

**Pflegemanagement im Fernstudium.
Eine Evaluationsstudie zum Qualifikationsprofil des
Diplomstudienganges Pflegemanagement an der
Hamburger Fern-Hochschule (HFH)**

Universität Hamburg
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Dissertation

Zur Erlangung der Würde des Doktors der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

(gemäß der PromO vom 29. Juni/27. September 1989
mit den Änderungen vom 28. November 1996,
3. April 1997 und 19. November 1998)

vorgelegt von
Thomas Rosenthal

aus Ratzeburg

Hamburg, 17. August 2016

Vorsitzender: Prof. Dr. Alfred Oppolzer

Erstgutachter: Prof. Dr. Alfred Oppolzer

Zweitgutachter: Prof. Dr. Florian Schramm

Datum der Disputation: 12. Juli 2016

Textteil

Pflegemanagement im Fernstudium

Eine Evaluationsstudie zum Qualifikationsprofil
des Diplomstudienganges Pflegemanagement
an der Hamburger Fern-Hochschule (HFH)

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor rerum politicarum
(Dr. rer. pol.)

an der

Universität Hamburg
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Gutachter
Prof. Dr. Alfred Oppolzer

vorgelegt von

Thomas Rosenthal
Dipl.-Sozialökonom
Am Deich 7a
25335 Elmshorn

30. September 2015

Widmung

Ich widme die vorliegende Dissertation meinen beiden Söhnen

Denzel und Dennis

*Kinder lassen mich die Zeit vergessen
– und alle anderen unwichtigen Dinge*

Roswitha Bloch

Vorwort

*Der Entschluss, ein berufsbegleitendes oder ausbildungsbegleitendes Hochschulstudium zu beginnen, ist keine leichte Sache.
Sich richtig zu informieren schon*

Informationstafel der Hamburger Fern-Hochschule
| Studienzentrum Hamburg

Einen besonderen Dank schulde ich zunächst meinen beiden früheren Hochschullehrern an der ehemaligen Hochschule für Wirtschaft und Politik (HWP) – Friedrich Heckmann und Alfred Oppolzer. Ohne ihre fundierte Lehre, ohne ihr hohes Engagement, ohne ihre ansteckende Begeisterung für die Sozialwissenschaften und empirischen Methoden und ohne ihre persönliche Fürsprache wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Als ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hamburger Fern-Hochschule habe ich damals am Aufbau und der Entwicklung des Diplomstudienganges Pflegemanagement mitgewirkt. Dies hat bei mir ein nachhaltiges Interesse erzeugt – sowohl am Fernstudiengang Pflegemanagement selbst (bietet Pflegekräften die hervorragende Möglichkeit, sich nebenberuflich akademisch zu qualifizieren) als auch grundsätzlich am Hamburger Fernstudienmodell (bietet durch den hohen Anteil an Präsenzlehre die Möglichkeit, neben der reinen Wissensvermittlung auch praxisrelevante Führungskompetenzen einzuüben).

Die vorliegende Arbeit ist auch Ausdruck und Beleg dieser intensiven Beschäftigung mit dem Diplomstudiengang Pflegemanagement und dem Fernstudienmodell der Hamburger Fern-Hochschule. Nach wie vor bin ich der Hamburger Fern-Hochschule auf vielfältige Art und Weise eng verbunden – die vorliegende Dissertation ist somit auch eine Referenz an diese Hochschule.

Besonderer Dank sei Michael Bosch (dem ehemaligen Präsidenten) und Uwe Ploch (dem ehemaligen Kanzler und Geschäftsführer) der Hamburger Fern-Hochschule gesagt, die seinerzeit die Dissertation genehmigten und das Vorhaben unterstützten.

Ein ganz besonderes Zeichen des Dankes gebührt Peter François (Präsident) und Johannes Wolf (Kanzler) der Hamburger Fern-Hochschule, die die Dissertation förderten und mir für die vorliegende Studie nun erlaubten, (interne) Daten und Dokumente der Hamburger Fern-Hochschule zu nutzen. Ohne ihren Rückhalt und ihr Vertrauen wäre die Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

Für die konkrete Bereitstellung der Daten zur Evaluation bedanke ich mich ganz herzlich bei Tilka-Sophia von Kodolitsch-Jonas (Leiterin) und Martina Corleis (Mitarbeiterin) der Abteilung Qualitätsmanagement der Hamburger Fern-Hochschule.

Die Dissertation wäre ebenfalls nicht ohne die freundliche Unterstützung und die Bereitstellung statistischer Daten zu den Studierenden seitens Björn Hennings und Marco Meyer von der Abteilung Informationstechnik der Hamburger Fern-Hochschule möglich gewesen.

Für die anregenden Diskussionen und kritischen Reflexionen zum Thema Pflegemanagement danke ich besonders herzlich Dieter Lerner.

Thomas Kieseewetter hat über den langen Zeitraum der Erstellung hinweg mich in den schwierigen Phasen der Erarbeitung persönlich stets unterstützt und motiviert – dies war von unschätzbarem Wert.

„Nebenberuflich eine Dissertation zu beginnen, ist eine leichte Sache; nicht aber, sie auch zu beenden“, kann ich nun in Anlehnung an den obigen Informationstext der Hamburger Fern-Hochschule formulieren. Insofern bin ich für die enorme Geduld und Ausdauer meinem Doktorvater zu ganz besonderem Dank verpflichtet.

Thomas Rosenthal
Elmshorn | September 2015

Inhaltsverzeichnis

Widmung	I
Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Einleitung	11
Forschungsanlass und Hintergrund der Studie	11
Forschungsfragen und Aufbau der Studie	13
1 Zu den konzeptionellen Grundlagen des Managements	15
1.1 Einführung	15
1.2 Verständnis des Managements	15
1.3 Aspekte des Managements	16
1.3.1 Konzeptionen der Managementlehre	16
1.3.1.1 Der verhaltenswissenschaftliche Ansatz	16
1.3.1.2 Der systemtheoretische Ansatz	17
1.3.1.3 Der betriebswirtschaftliche Ansatz	18
1.3.2 Prinzipien des Managements	19
1.3.2.1 Managementprinzipien und Unternehmensgestaltung	20
1.3.2.1.1 Prinzipien zukunftsfähiger Unternehmen	20
1.3.2.1.2 Prinzipien wandlungsfähiger Unternehmen	20
1.3.2.1.3 Prinzipien organischer Unternehmen	21
1.3.2.1.4 Prinzipien individualisierter Unternehmen	23
1.3.2.2 Managementprinzipien und Erfolgsfaktoren	27
1.3.2.2.1 Prinzipien erfolgreicher Unternehmen	27
1.3.2.2.2 Prinzipien wirksamer Führung	32
1.4 Resümee	36
2 Zu den konzeptionellen Grundlagen des Pflegemanagements	37
2.1 Einführung	37
2.2 Aspekte des Pflegemanagements	40
2.2.1 Komponenten des Pflegemanagements	41
2.2.1.1 Zum Theorie-Ausbildungs-Verhältnis	42
2.2.1.2 Zum Praxis-Theorie-Verhältnis	43
2.2.1.3 Zum Ausbildungs-Praxis-Verhältnis	44
2.2.2 Ansätze des Pflegemanagements	47
2.2.2.1 Der disziplinbezogene Ansatz	48
2.2.2.1.1 Zur pflegewissenschaftlichen Ausrichtung	48
2.2.2.1.2 Zur betriebswirtschaftlichen Ausrichtung	49
2.2.2.2 Der führungsbezogene Ansatz	53
2.2.2.3 Der hierarchiebezogene Ansatz	54
2.2.2.3.1 Zur aufgabenorientierten Perspektive	55
2.2.2.3.2 Zur handlungsorientierten Perspektive	56
2.2.2.4 Der organisationsbezogene Ansatz	57
2.2.2.5 Der themenbezogene Ansatz	58
2.2.2.5.1 Zur ethischen Orientierung	59
2.2.2.5.2 Zur interkulturellen Orientierung	62
2.2.2.6 Der modellbezogene Ansatz	63
2.2.3 Bausteine einer Konzeption des Pflegemanagements	64

2.2.3.1	Empirische Forschung zum Pflegemanagement – ein Ansatz	64
2.2.3.2	Konzeptionelle Grundlagen des Pflegemanagements – ein Vorschlag	69
2.3	Resümee	73
3	Zu den Qualifikationen im Pflegemanagement	74
3.1	Einführung	74
3.2	Qualifikationen und Kompetenzen	74
3.2.1	Qualifikationen und Schlüsselqualifikationen	75
3.2.2	Kompetenzen und Schlüsselkompetenzen	76
3.3	Hinweise zum Qualifikationsbedarf	79
3.4	Analysen zu den Qualifikationsanforderungen	82
3.4.1	Projekte zu den Qualifikationsanforderungen	83
3.4.1.1	Das UKE-Projekt	83
3.4.1.1.1	Projektdesign	83
3.4.1.1.2	Projektergebnisse	85
3.4.1.2	Das VIP-Projekt	86
3.4.1.2.1	Projektdesign	87
3.4.1.2.2	Projektergebnisse	88
3.4.2	Empirische Studien zu den Qualifikationsanforderungen	88
3.4.2.1	Die BIBB-Studie	88
3.4.2.1.1	Studiendesign	89
3.4.2.1.2	Studienergebnisse	90
3.4.2.2	Die WEGE-Studie	96
3.4.2.2.1	Studiendesign	96
3.4.2.2.2	Studienergebnisse	96
3.4.2.3	Die IHF-Studie	97
3.4.2.3.1	Studiendesign	97
3.4.2.3.2	Studienergebnisse	98
3.4.2.4	Die ISP-Studie	100
3.4.2.4.1	Studiendesign	100
3.4.2.4.2	Studienergebnisse	100
3.4.2.5	Die BuBI-Untersuchung	101
3.4.2.6	Befragung von Arbeitgebern	102
3.4.2.7	Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen	103
3.5	Resümee	105
4	Zur Evaluation als Forschungsmethode	108
4.1	Einführung	108
4.2	Grundlagen der Evaluation	108
4.3	Eigene Evaluationsstudie zur Hamburger Fern-Hochschule	109
4.3.1	Forschungsdesign und Methodenansatz	111
4.3.2	Bewertungskriterien und Materiallage	113
4.4	Bisherige Evaluationsstudien an der Hamburger Fern-Hochschule	114
4.5	Resümee	121
5	Zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement	122
5.1	Einführung	122
5.2	Diplomstudiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland	123
5.2.1	Managementorientierte Diplomstudiengänge	125
5.2.1.1	Zu den bereichsspezifischen Studiengängen	125
5.2.1.2	Zu den bereichsübergreifenden Studiengängen	144
5.2.1.3	Zu den berufsspezifischen Studiengängen	146
5.2.2	Pflegeorientierte Diplomstudiengänge	147
5.2.2.1	Zu den bereichsspezifischen Studiengängen	147
5.2.2.2	Zu den bereichsübergreifenden Studiengängen	150
5.2.2.3	Zu den berufsspezifischen Studiengängen	155

5.3	Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule	156
5.3.1	Zum Profil der Hamburger Fern-Hochschule	157
5.3.1.1	Grundsätzliche Aspekte des Fernstudiums	157
5.3.1.2	Spezifische Aspekte des Hamburger Fernstudienmodells	158
5.3.2	Zur Dokumentation des Diplomstudienganges Pflegemanagement	161
5.3.2.1	Konzeptionelle Aspekte des Studienganges	161
5.3.2.1.1	Zum Studienangebot	162
5.3.2.1.2	Zum Studienprofil	165
5.3.2.1.3	Zum Studienmaterial	175
5.3.2.2	Strukturelle Merkmale des Studienganges	178
5.3.2.2.1	Zum Curriculum	178
5.3.2.2.2	Zum Studienbrief	179
5.3.2.2.3	Zum Rahmenablaufplan	181
5.3.2.3	Didaktische Prinzipien des Studienganges	182
5.3.2.3.1	Zur Grundlegung des Curriculums	182
5.3.2.3.2	Zur Umsetzung des Curriculums	196
5.3.2.3.3	Zur Vermittlung des Curriculums	205
5.3.3	Zur Evaluation des Diplomstudienganges Pflegemanagement	207
5.3.3.1	Zu den Studierenden	207
5.3.3.2	Zur Studierbarkeit	209
5.3.3.3	Zu den Hausarbeitsthemen	211
5.3.3.3.1	Zum Sample der Hausarbeiten	211
5.3.3.3.2	Zur Bedeutung der Hausarbeiten	212
5.3.3.3.3	Zu den Schritten der empirischen Inhaltsanalyse	213
5.3.3.3.3.1	Zum Vorgehensmodell	213
5.3.3.3.3.2	Zum Kategorienschema	214
5.3.3.3.4	Zu den statistischen Ergebnissen	214
5.3.3.3.4.1	Projektmanagement	215
5.3.3.3.4.2	Empirische Studie	216
5.3.3.3.4.3	Diplomarbeit	217
5.3.3.3.4.4	Vergleichende Auswertung	219
5.3.3.4	Zur Studierendenbefragung	222
5.3.3.4.1	Zum Fragebogen	223
5.3.3.4.2	Zu den statistischen Ergebnissen	225
5.3.3.4.2.1	Auswertung zum Grundstudium	225
5.3.3.4.2.2	Auswertung zum Hauptstudium	228
5.3.3.5	Zur Absolventenbefragung	231
5.3.3.5.1	Zum Fragebogen	231
5.3.3.5.2	Zu den statistischen Ergebnissen	233
5.3.3.6	Zur Präsenzphase	237
5.3.3.6.1	Allgemeine Aspekte zur Methodenvielfalt	237
5.3.3.6.1.1	Zum Kategorienschema	237
5.3.3.6.1.2	Zu den statistischen Ergebnissen	238
5.3.3.6.2	Spezifische Aspekte zur Methodenvielfalt	243
5.3.3.6.2.1	Zur Bedeutung der Zukunftswerkstatt	243
5.3.3.6.2.2	Zur Bedeutung eines Planspiels	247
5.4	Resümee	249
	Zusammenfassung	253
	Anlage und Ergebnis der Studie	254
	Perspektive und Fazit der Studie	256
	Literaturverzeichnis	257

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1:	Der systemische Managementprozess	18
Abbildung 1-2:	Prinzipien individualisierter Unternehmen	24
Abbildung 1-3:	Spitzenunternehmen werden – Prinzipien	30
Abbildung 1-4:	Spitzenunternehmen bleiben – Prinzipien	31
Abbildung 1-5:	Wirksame Führung – Prinzipien	34
Abbildung 2-1:	Pflegemanagement – Zum Begriff	41
Abbildung 2-2:	Das dynamische Verhältnis des Pflegemanagements	41
Abbildung 2-3:	Ansätze des Pflegemanagements im Überblick	47
Abbildung 2-4:	Dimensionen des Managementhandelns	67
Abbildung 2-5:	Einflussfaktoren auf das Pflegemanagementhandeln	68
Abbildung 2-6:	Pflegemanagement als besonderes Management	69
Abbildung 2-7:	Bausteine einer Konzeption des Pflegemanagements	72
Abbildung 3-1:	Zur Auffassung von Qualifikationen und Kompetenzen	78
Abbildung 3-2:	Zum Konzept Qualifikationsbedarf – Pflegemanagement	79
Abbildung 3-3:	Zur Untersuchung der Qualifikationsanforderungen – Pflegemanagement	82
Abbildung 4-1:	Evaluation – Phasen und Standards	109
Abbildung 4-2:	Evaluation – Plan und Abstimmung	110
Abbildung 5-1:	Diplomstudiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland – Systematik	125
Abbildung 5-2:	Funktionen des Selbst- und Präsenzstudiums	159
Abbildung 5-3:	Struktur und Ablauf im Hauptstudium (1) – Pflegemanagement II und Wahlpflichtfächer	166
Abbildung 5-4:	Struktur und Ablauf im Hauptstudium (2) – Studienschwerpunkte und Empirische Studie	169
Abbildung 5-5:	Studienmaterial im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Übersicht	176
Abbildung 5-6:	Seitenumfang [Beispiel Grundstudium] – Studienfach Allg. BWL/Rechnungswesen	210
Abbildung 5-7:	Seitenumfang [Beispiel Hauptstudium] – Studienfach Pflegemanagement II	210
Abbildung 5-8:	Bedeutung der Hausarbeiten im Diplomstudiengang Pflegemanagement	213
Abbildung 5-9:	Vorgehensmodell – Analyse der Hausarbeitsthemen	213
Abbildung 5-10:	Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen [≥5 Nennungen]	221
Abbildung 5-11:	Fragebogen der Hamburger Fern-Hochschule – Evaluation Studierende	224
Abbildung 5-12:	Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.1] – Psychologie	226
Abbildung 5-13:	Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.4] – Soziologie	226
Abbildung 5-14:	Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.7] – Pflichtfach	229
Abbildung 5-15:	Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.11] – Pflichtfach	230
Abbildung 5-16:	Fragebogen der Hamburger Fern-Hochschule – Evaluation Absolventen	233
Abbildung 5-17:	Einschätzung des Studiums [Item 3.11] – Fachliche Erwartungen	234
Abbildung 5-18:	Einschätzung des Studiums [Item 3.12] – Berufliche Anforderungen	234
Abbildung 5-19:	Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.16] – Berufliche Position	235
Abbildung 5-20:	Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.18] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	235
Abbildung 5-21:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen	238
Abbildung 5-22:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Psychologie	239
Abbildung 5-23:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II	239
Abbildung 5-24:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen	240
Abbildung 5-25:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Methoden	240
Abbildung 5-26:	Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken	241
Abbildung 5-27:	Vergleich der Präsenzphasen – Curriculum und Rahmenablaufplan	243

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1:	Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Stationäre Krankenversorgung	90
Tabelle 3-2:	Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Stationäre Altenhilfe	92
Tabelle 3-3:	Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Ambulante Dienste	94
Tabelle 3-4:	Bewertung arbeitsplatzbezogener Kompetenzen nach Wichtigkeit – institutionsübergreifend	98
Tabelle 3-5:	Bewertung ausbildungsbezogener Kompetenzen nach Wichtigkeit – institutionsübergreifend	99
Tabelle 3-6:	Qualifikationen am Arbeitsplatz – Vergleich	100
Tabelle 3-7:	Kompetenzen zur Stärkung der Pflegeleitung – Vergleich	101
Tabelle 3-8:	Qualifikationen für die Berufspraxis – Studiengang Pflegemanagement	102
Tabelle 3-9:	Wichtigkeit von Kompetenzen – Arbeitgeber	102
Tabelle 3-10:	Anforderungen von Pflegedirektoren – Stellenanzeigen	103
Tabelle 3-11:	Anforderungen an leitende Pflegekräfte – Stellenanzeigen	104
Tabelle 5-1:	Stundentafel des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Grundstudium	170
Tabelle 5-2:	Stundentafel des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Hauptstudium	171
Tabelle 5-3:	Studienplan des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Grundstudium	173
Tabelle 5-4:	Studienplan des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Hauptstudium	174
Tabelle 5-5:	Entwicklung im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Immatrikulationen	207
Tabelle 5-6:	Zugang zum Diplomstudiengang Pflegemanagement – Zulassungsart	208
Tabelle 5-7:	Altersstruktur im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Absolventen	208
Tabelle 5-8:	Hausarbeiten im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Studienschwerpunkte	212
Tabelle 5-9:	Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen [≥ 5 Nennungen]	219
Tabelle 5-10:	Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen [< 5 Nennungen]	220
Tabelle 5-11:	Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.3] – Unterstützung	227
Tabelle 5-12:	Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.4] – Bemessung	227
Tabelle 5-13:	Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.1] – Wahlpflichtfach Personalmanagement	230
Tabelle 5-14:	Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.2] – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe	231
Tabelle 5-15:	Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.19] – Arbeitsaufgaben [vor dem Studium]	236
Tabelle 5-16:	Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.20] – Arbeitsaufgaben [nach dem Studium]	236
Tabelle 5-17:	Ergebnisse der deskriptiven Statistik – Präsenzphase	242

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIMS	Anästhesie-Informationen-Management-System
AK	Allgemeines Krankenhaus
AKH	Allgemeines Krankenhaus
Allg.	Allgemeine
AöR	Anstalt öffentlichen Rechts
AOZ	Ambulantes OP-Zentrum
ASE	Atemstimulierende Einreibung
ATA	Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten
AWO	Arbeiterwohlfahrt
AWW	Arbeitsstelle für Wissenschaftliche Weiterbildung
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BG	Berufsgenossenschaft
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIG	Betriebswirt in Einrichtungen des Gesundheitswesens
BKH	Bezirkskrankenhaus
BLK	Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening Score
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSC	Balanced Scorecard
BuBI	Berufseinmündung und Berufsverbleib
BVC	Brøset Violence Checklist
BWL	Betriebswirtschaftslehre
bzw.	beziehungsweise
CAPD	Continous Ambulatory Peritonal Dialyses
CD	Compact Disc
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
CIRS	Critical Incident Reporting Systems
CMAI	Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument
DCM	Dementia Care Mapping Dezentrales Casemanagement
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DeGEval	(Deutsche) Gesellschaft für Evaluation e. V.
DIE	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIP	Diplom

DiP	Dokumentation in der Pflege
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DV	Datenverarbeitung
DVZ	Dialyseversorgungszentren
E	Evaluation
e. V.	eingetragener Verein
Eds	Editors
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFH	Evangelische Fachhochschule
EFQM	European Foundation of Quality Management
EKG	Elektrokardiogramm
E-Mail	Electronic Mail
EMP	Empirische Studie
EN	Europäische Norm
ESA	Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe
et al.	et alii (und andere)
Ev.	Evangelisch
F	Funktionsebenen
f.	folgende Seite, folgendes Jahr
Fa.	Firma
FB	Fragebogen
ff.	folgende Seiten, folgende Jahre
FFH	Fern-Fachhochschule Hamburg
FH	Fachhochschule
FHAS	Fachhochschule Alice Salomon
FS	Frühjahrssemester
gAG	gemeinnützige Aktiengesellschaft
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GDW	Grimm Deutsches Wörterbuch
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHP	Grund und Hauptpraktikum
GM	German Modification
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HFH	Hamburger Fern-Hochschule

HI	Humane Immundefizienz
HK	Hauptkategorie
HmbHG	Hamburgisches Hochschulgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HS	Herbstsemester Hochschule
IBF	Innerbetriebliche Fortbildung
IBFW	Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICU	Intensive Care Unit
IHF	Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung
iku	Interkulturelle Fortbildung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
ISO	International Organization for Standardization
ISP	Internationaler Studiengang für Pflegeleitung
IT	Informationstechnologie
Kath.	Katholisch
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KFH	Katholische Fachhochschule
KG	Kommanditgesellschaft
KKH	Kreiskrankenhaus
KPM	Krankenpflegemanagement
KPP	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KPPPM	Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
KTB	Klinik für Tumorbiologie
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
L	Lernzielstufen
LENE	Lebensqualität in der Neonatologie
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
lt.	laut
LVS	Lehrveranstaltungsstunde
LWL	Landeswirtschaftsverband Westfalen-Lippe
M & A	Mergers and Acquisitions
MAG	Mitarbeitergespräch
MAV	Mitarbeitervertretung
MBA	Master of Business Administration
mbH	mit beschränkter Haftung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MIC	Minimal Invasive Chirurgie

MLU	Martin-Luther-Universität
MNA	Mini-Nutritional-Assessment
MRSA	Methillicin resistenter staphylococcus aureus
MSE	Muskel- und Skeletterkrankungen
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NK	Nebenkategorie
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSDstat	Norwegian Social Science Data Service
NU-DESC	Nursing Delirium Screening Scale
OP	Operation, Operationssaal
OTA	Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten
PANDA	Prozessorientierte Arbeitsorganisation/Neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle
PASIS	Patienten-Sicherheits-Informations-System
pCC	proCum Cert
PDL	Pflegedienstleitung
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PEPP	Pauschalisierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PKH	Psychiatrische Krankenhaus
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PKMS-E	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PO	Prüfungsordnung
pol.	politicarum
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik
PPO	Prüfungs- und Praktikumsordnung
PPR	Pflegepersonalregelung
PPV	Primärpflegeverantwortlichkeit
PRO	Projektmanagement
Prof.	Professor
PSt	Präsenzstunde
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
QM	Qualitätsmanagement
RADAR	Results, Approach, Deployment, Assessment, Review
RAI	Resident Assessment Instrument
rer.	rerum

SB	Studienbrief
SGB	Sozialgesetzbuch
SO	Studienordnung
SOC	Sense of Coherence
Spitex	Spitalexterne Gesunden- und Krankenpflege
SPO	Studien- und Prüfungsordnung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSt	Selbststudienstunde
St.	Sankt
SWS	Semesterwochenstunde
SZ	Studienzentrum
TEP	Totale Endoprothese
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TQM	Total Quality Management
TÜV	Technischer Überwachungsverein
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
u. a.	unter anderem, und andere
UK	Universitätsklinikum
USA	United States of America
VaW	Verzicht auf Wiederbelebung
vgl.	vergleiche
VIP	Vivantes Interdisziplinäre Versorgungspfade
vs.	versus
WAI	Work Ability Index
WEGE	Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft
WG	Wohngemeinschaft
WH	Westsächsische Hochschule
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel
ZaP	Zentrum für ambulante Pflege und Betreuung
ZCM	Zentrales Casemanagement

Einleitung

Seit den 1990er Jahren haben sich in Deutschland etliche gesundheits- und pflegebezogene Studiengänge mit unterschiedlichen Studienrichtungen an Universitäten und Fachhochschulen etabliert. Dies war die Reaktion auf die vielfältiger gewordenen Anforderungen an die Pflegeberufe – verbunden waren damit auch berufspolitische Intentionen.

Im Zusammenhang mit diesem Akademisierungsprozess der Pflegeberufe sind in Deutschland 29 grundständige Studiengänge zum Bereich Pflegemanagement an den Hochschulen vorwiegend als Präsenzstudium eingerichtet worden. Damit haben die Hochschulen die Empfehlungen des Wissenschaftsrates aufgegriffen und umgesetzt, „neue Studiengänge [...] zu entwickeln, die den speziellen Gegebenheiten und Anforderungen der nicht ärztlichen Gesundheitsdienstberufe entgegenkommen“ (Wissenschaftsrat 1991: 79). Hintergrund dieser Bemühungen zur Akademisierung: Aufgrund struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen haben sich die Qualifikations- und Arbeitsanforderungen an Führungskräfte bezüglich der Managementkompetenzen erheblich gewandelt – komplexe Managementaufgaben gewinnen auch im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung.

Forschungsanlass und Hintergrund der Studie

1 | An der staatlich anerkannten Hamburger Fern-Hochschule (HFH) ist ein Studienkonzept zur Einführung eines grundständigen Studienganges Pflegemanagement als Fernstudium entwickelt worden. Hintergrund der Bemühungen zur Ausweitung von Fernstudienangeboten: „In allen entwickelten Industriegesellschaften gilt es als ein wichtiges gesellschafts- und hochschulpolitisches Ziel, für den Personenkreis, der kein Studium an einer Präsenzhochschule aufnehmen kann oder in der Vergangenheit nicht aufnehmen konnte, möglichst breit gefächerte Fernstudien für seine wissenschaftliche Ausbildung anzubieten. Eine ebenso wichtige Aufgabe des Fernstudiums besteht darin, ein differenziertes berufsbezogenes Angebot für die wissenschaftliche Weiterbildung Berufstätiger bereitzuhalten“ (Wissenschaftsrat 1992: 3). Der Wissenschaftsrat erklärt in seinen grundlegenden Empfehlungen zum Fernstudium an Hochschulen: „Ein besonderes Defizit besteht im Angebot an Fachhochschulstudien im Fernstudium. Aufgrund der Berufsorientierung und der kürzeren Studiendauer eignen sich Fachhochschulstudiengänge prinzipiell für das Fernstudium“ (Wissenschaftsrat 1992: 77).

Die 1996 gegründete und 1997 staatlich anerkannte Hamburger Fern-Hochschule hat im Dezember 2000 die hochschulrechtliche Genehmigung für den grundständigen Fernstudiengang Pflegemanagement von der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg erhalten; seit dem 1. Januar 2001 ist der Lehrbetrieb für diesen Studiengang aufgenommen worden. Bis 2015 haben über 1.000 Studierende diesen (berufsbegleitenden) grundständigen Studiengang an der Hamburger Fern-Hochschule absolviert und mit einem Diplom abgeschlossen.

Mit der Umstellung auf die neuen Studienstrukturen (Bachelor, Master) ist es Zeit für eine Analyse und Reflexion dieser ersten Diplomstudiengänge akademisch qualifizierter Führungskräfte für den Pflegebereich in Deutschland.

Bislang liegt noch keine wissenschaftlich fundierte Analyse weder grundständiger Studiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland noch des Diplomstudienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vor. Systematische Studien zur Evaluation pflegebezogener Präsenzstudiengänge sind nur zu einzelnen Bereichen und Aspekten (mit unterschiedlichen Methoden und Kriterien) publiziert worden – einerseits beziehen sich die vorliegenden Untersuchungen auf einzelne Studiengänge (meist Modellprojekte) und andererseits gibt es auch nur wenige vergleichende Analysen von pflegebezogenen Studiengängen (die vom Untersuchungsdesign ganz verschieden angelegt sind).¹

2 | Die Dissertation hat sich die Aufgabe gestellt, den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule im Kontext des allgemeinen Akademisierungsprozesses im Pflegebereich zu untersuchen. Die Bedeutung des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule wird anhand einer Evaluation exemplarisch aufgezeigt und begründet.² Das besondere Anliegen besteht dabei in einer wissenschaftlichen Überprüfung des Studienkonzeptes und Bewertung der Umsetzung des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule.

Bei der Dissertation handelt es sich um eine theoretische und empirische Durchdringung des Themas Pflegemanagement.

- Die Studie soll einen Beitrag zur Analyse des Qualifikationsprofils akademisch ausgebildeter Führungskräfte im Pflegemanagement in Form der Erörterung bisheriger empirischer Studien zu den Qualifikationsanforderungen leisten (theoretische Reflexion).
- Die Dissertation analysiert die fachlich-inhaltliche Seite des grundständigen Studienganges Pflegemanagement und der Diplomstudiengänge zum Bereich Pflegemanagement in Deutschland auf der Basis von Studienordnungen und Prüfungsordnungen (vergleichende Synopse).
- Die Studie stellt eine Konzeption des Pflegemanagements vor und evaluiert den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule auf der Basis vorrangig interner Kriterien (immanente Analyse).

¹ Zum Beispiel analysiert die Studie von Lohr und Landenberger (1994) die Studienprofile auf der Basis der Curricula ausgewählter Pflegestudiengänge (Synopse); die explorative Studie von Görres et al. (2000) basiert auf einer schriftlichen Befragung aller pflegewissenschaftlicher Studiengänge zu spezifischen Kriterien der Studienprofilierung – vgl. dazu noch Gensch (1998).

² Vgl. zu den Grundlagen der Evaluation Koch und Wittmann (1990) sowie Wottawa und Thierau (1990). Zur Evaluation von Fernstudiengängen siehe Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (2000: 231 ff.). Als praktisches Beispiel zur Evaluation eines Studienganges sei auf Gensch et al. (1997) verwiesen.

Forschungsfragen und Aufbau der Studie

1 | Wie ist der grundständige Studiengang Pflegemanagement in Fernstudienform zu bewerten? Wie ist das Qualifikationsprofil ausgestaltet?

Mit dem gewählten Evaluationsansatz werden die fachlich-inhaltlichen Komponenten des Diplomstudienganges Pflegemanagement operationalisiert.

Inwieweit berücksichtigt der grundständige Studiengang Pflegemanagement die berufliche Situation und die fachlichen Anforderungen im Pflegemanagementbereich? Wie gelingt der Hamburger Fern-Hochschule die akademische Umsetzung eines auf die Führungskräfte im Pflegebereich hin orientierten Studienganges?

Wie gestaltet sich das Verhältnis von Theorie-Praxis-Ausbildung im Bereich des Pflegemanagements? Wie werden die für das Pflegemanagement notwendigen Managementqualifikationen speziell in einem präsenzgestützten Fernstudiengang ausgebildet (Hamburger Fernstudienmodell)? Welche Rolle spielt im Rahmen der wissenschaftlichen Ausbildung von (zukünftigen) Pflegemanagern das präsenzgestützte Fernstudienmodell?

Die erste Dimension der Evaluation analysiert die konzeptionellen Grundlagen und stellt eine Systematik zur (theoretischen) Einordnung des Pflegemanagements vor. Was macht das Pflegemanagement aus? Wie kann das Pflegemanagement konzeptualisiert werden? Worin ist das Besondere am Pflegemanagement zu sehen?

Die zweite Dimension der Evaluation analysiert unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten die Qualifikationsanforderungen im Bereich Pflegemanagement auf der Grundlage empirischer Untersuchungen. Welche Qualifikationsanforderungen werden im Bereich Pflegemanagement empirisch ermittelt? Lassen sich spezifische Anforderungsprofile benennen?

Die dritte Dimension der Evaluation analysiert unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten das Konzept und Curriculum sowie die Umsetzung und Entwicklung des grundständigen Fernstudienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule. Wie ist der grundständige Fernstudiengang Pflegemanagement konzipiert und strukturiert? Wie werden die Elemente eines Fernstudiums in didaktischer und methodischer Hinsicht mit welchem Anspruchsniveau umgesetzt? Inwieweit berücksichtigt der grundständige Fernstudiengang Pflegemanagement einerseits die aus der Systematik herausgearbeiteten Dimensionen des Pflegemanagements (Theorie) und andererseits die aus den empirischen Untersuchungen herausgearbeiteten Qualifikationsanforderungen (Praxis)?

Zentrales Anliegen der Dissertation ist die Begutachtung und Bewertung des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an Hamburger Fern-Hochschule. Das Evaluationskonzept ist methodisch breit gefächert und grundsätzlich als explorative Fallstudie mittels deskriptiver Statistik angelegt. Die qualitative und quantitative Inhaltsanalyse bezieht sich hier zum einen

auf interne und unveröffentlichte Dokumente sowie auf zugängliche und publizierte Materialien zum Diplomstudiengang Pflegemanagement und zum anderen auf Dokumente und Expertisen zu Struktur und Organisation der Hamburger Fern-Hochschule. Darüber hinaus erfolgt eine Sekundäranalyse bereits vorhandener Rohdaten der Hamburger Fern-Hochschule

2 | Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel:

- Kapitel 1 stellt zunächst die konzeptionellen Grundlagen im Hinblick auf die (verhaltenswissenschaftliche, systemtheoretische, betriebswirtschaftliche) Managementlehre vor und gibt einen Überblick über neuere Managementansätze und zeigt zentrale praxisorientierte Erfolgsprinzipien des Managements auf.
- Kapitel 2 stellt danach die konzeptionellen Grundlagen des Pflegemanagements in Bezug auf einerseits die Komponenten (Praxis, Theorie, Ausbildung) und andererseits die Ansätze des Pflegemanagements – dazu wird eine Systematik zur Einordnung der bisherigen Perspektiven auf das Pflegemanagement entwickelt und vorgestellt. Im Anschluss daran wird ein Vorschlag zur Konzeptualisierung des Pflegemanagements unterbreitet.
- Kapitel 3 bezieht sich auf Untersuchungen zu den beruflichen Anforderungen beim Pflegemanagement. Dazu werden die zentralen Ansätze der Qualifikationsforschung vorgestellt und vertiefend die wesentlichen Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu den Qualifikationsanforderungen im Bereich des Pflegemanagements dargestellt und analysiert. Dazu werden Studien diskutiert, die die qualitativen Anforderungen hinsichtlich zukünftiger Managementqualifikationen im Pflegebereich erfassen.
- Kapitel 4 stellt neben den Grundlagen der Evaluation das Forschungsdesign und die Bewertungskriterien der Dissertation vor. Darüber hinaus werden die wesentlichen Ansätze und Ergebnisse der bisherigen Studien und Expertisen an der Hamburger Fern-Hochschule resümierend vorgestellt und kritisch reflektiert.
- Kapitel 5 stellt zunächst in einer differenzierten Synopse die grundständigen Studiengänge zum Pflegemanagement vor und unterbreitet eine vergleichende Systematik zur Einordnung der Diplomstudiengänge in Deutschland auf der Basis der Studienordnungen und Prüfungsordnungen; der grundständige Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule wird von der konzeptionellen und curricularen Orientierung her eingeordnet.

Die Dissertation dokumentiert und evaluiert den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule. Zunächst werden das Profil der Hamburger Fern-Hochschule und das spezifische Hamburger Fernstudienmodell präsentiert. Kapitel 5.3.2 dokumentiert in konzeptioneller, struktureller und didaktischer Hinsicht den Diplomstudiengang in seinen Grundzügen. Kapitel 5.3.3 evaluiert den grundständigen Studiengang Pflegemanagement auf der Grundlage der Fragestellungen und Bewertungskriterien – zur Struktur des Selbststudiums und der Präsenzphase, zum Verhältnis Selbststudium zur Präsenzphase und berufliche Tätigkeit zum Fernstudium, zur Studierbarkeit und Zufriedenheit.

In der Zusammenfassung erfolgt eine kurze Übersicht zu den zentralen Ergebnissen der Evaluationsstudie und zu möglichen Forschungsperspektiven.

1 Zu den konzeptionellen Grundlagen des Managements

1.1 Einführung

Mit Managen meint man alltagssprachlich „etwas zustande bringen“, „bewerkstelligen“ – oder „etwas händeln“.³ Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird Management allerdings eher auf Unternehmen bzw. Organisationen bezogen. Darüber hinaus wird eine grundsätzliche Unterscheidung von Führung und Management vorgenommen, wobei Führung im Rahmen der Managementlehre als Teilaufgabe des Managements aufgefasst wird. Malik versteht unter Management die „Gestaltung, Entwicklung und Lenkung einer Institution in ihrer Gesamtheit“ (Malik 2000: 38). Für Steinmann und Schreyögg ist Management ein „Komplex von Steuerungsaufgaben, die bei der Leistungserstellung und -sicherung in arbeitsteiligen Systemen erbracht werden“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 7). Ulrich und Fluri meinen mit Management die „Leitung soziotechnischer Systeme in personen- und sachbezogener Hinsicht mit Hilfe von professionellen Methoden. In der sachbezogenen Dimension des Managements geht es um die Bewältigung der Aufgaben, die sich aus den obersten Zielen des Systems ableiten, in der personenbezogenen Dimension um den richtigen Umgang mit allen Menschen, auf deren Kooperation das Management zur Aufgabenerfüllung angewiesen ist“ (Ulrich, Fluri 1995: 13).

Kapitel 1.2 geht auf das wissenschaftliche Verständnis von Management ein. Kapitel 1.3 stellt grundlegende Konzeptionen der Managementlehre vor (Kapitel 1.3.1) und zeigt überblicksartig neuere Entwicklungen in der Managementlehre anhand zentraler Managementprinzipien auf (Kapitel 1.3.2).

1.2 Verständnis des Managements

Management kann sich auf verschiedene Bereiche beziehen. Das allgemeine Management formuliert hierarchie- und organisationsübergreifende Managementaufgaben und „besteht in der Entwicklung und Anwendung einer umfassenden Konzeption und eines systematischen Instrumentariums für die Gesamtleitung der Unternehmung“ (Ulrich, Fluri 1995: 15). Es stellt darüber hinaus den Rahmen für das spezielle Management zur Verfügung, das sich auf die einzelnen Funktionsbereiche des Unternehmens konzentriert (z. B. Produktion, Personalwesen) und die damit verbundenen spezifischen Aufgaben thematisiert (z. B. Produktionsmanagement, Personalmanagement).

Es wird weiter unterschieden zwischen dem Management als Institution oder Funktion. Der institutionelle Ansatz bezieht sich auf das Management als hierarchiespezifischer Leitungsinstanz und den mit den formalen Positionen verbundenen Entscheidungs- und Weisungsbe-

³ Das englische Verb „to manage“, vom lateinischen *manus* (= Hand) und *agere* (= führen), heißt so viel wie „an der Hand führen“ und „bedeutete ursprünglich ein Pferd in allen Gangarten üben, es veranlassen, die Übungen der Reitbahn (*manège*) auszuführen“ (Braverman 1980: 61). Staehle (1994: 69) weist darauf hin, dass der Begriff „Management“ in seiner etymologischen Deutung auch vom lateinischen *manu agere* (= mit der Hand arbeiten) bzw. *mansionem agere* (= das Haus für einen Eigentümer bestellen) abgeleitet werden kann.

fugnissen. Der funktionale Ansatz setzt demgegenüber an den Handlungen an, „die der Steuerung des Leistungsprozesses, d. h. aller leistungsrelevanten Arbeitsvollzüge, dienen. [...] So gesehen geht es [...] nicht um einen speziellen Personenkreis oder um eine bestimmte Ebene in einem Unternehmen, sondern [...] um einen Kranz von Aufgaben, die erfüllt werden müssen, wenn das System seine Ziele erreichen will“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 6). Die Managementfunktionen stehen quer zu den betrieblichen Funktionen (wie z. B. Einkauf, Produktion, Verkauf) und „fallen demzufolge in und zwischen jedem Bereich des Unternehmens an“ (Steinmann, Schreyögg (2000: 7). Im Rahmen dieses Managementprozesses hat die Führung (Mitarbeiterführung) die Funktion, „mit Hilfe eines geeigneten Führungsstils und wirksamer Führungstechniken eine leistungsstimulierende und zugleich den Mitarbeiterbedürfnissen gerecht werdende Gruppenkultur zu schaffen und die Aufgabenerfüllung sicherzustellen“ (Ulrich, Fluri 1995: 18). Die Veranlassung und Steuerung des Arbeitshandelns, die Aufrechterhaltung und Steigerung der Arbeitsmotivation, die Gestaltung der Kommunikation und die Bearbeitung von Konflikten in der Organisation stehen hier im Hinblick auf die Zielerreichung des Unternehmens im Vordergrund.

Eine weitere Unterscheidung bezieht sich auf die drei sich überlagernden und ergänzenden Handlungsebenen des Managements: Während es beim operativen Management um die „unmittelbare Steuerung des laufenden Wertschöpfungsprozesses“ geht, besteht das Anliegen des strategischen Managements in einem „frühzeitigen und systematischen Aufbau von strategischen Erfolgspotentialen [...] qualitativer Art“, um wie bei einem guten Schachspieler, „aus einer Position der Stärke heraus flexibel, wirksam und erfolgreich reagieren zu können“ (Ulrich, Fluri 1995: 20 f.). Das normative Management hingegen beschäftigt sich z. B. generell mit Wertfragen unternehmerischen Handelns oder speziell mit der „angemessenen Bewältigung von unternehmenspolitischen Wert- und Interessenkonflikten“ (Ulrich, Fluri 1995: 21).

Dahlgaard (1998: 6) weist daraufhin, dass Management sich als „Dachbegriff für zielorientiertes, geplantes Handeln in Organisationen“ auf drei Ebenen vollzieht:

- Das Management des gesamten Unternehmens bezieht sich auf die beiden Aspekte Unternehmensführung und Management der Leistungsprozesse.
- Die Personalführung findet im unmittelbaren Arbeitsbereich (z. B. Kooperation im Team) und auf Abteilungsebene (z. B. Leitung eines Teams) statt.
- Das Management der Arbeitsprozesse äußert sich sowohl im Management der eigenen Arbeit als auch im Management der Arbeit anderer.

1.3 Aspekte des Managements

1.3.1 Konzeptionen der Managementlehre

1.3.1.1 Der verhaltenswissenschaftliche Ansatz

Stahle (1994: 70 f.) gliedert das Management in die drei großen Bereiche Personalführung, Unternehmensführung und Unternehmensforschung. Der erste Bereich stellt den verhaltenswissenschaftlichen, der zweite den betriebswirtschaftlichen und der dritte den formalwissenschaftlichen Teil des Managementwissens dar. Stahle (1994) bezieht sich in seinem ver-

haltenswissenschaftlichen Ansatz (Ethnologie, Anthropologie, Psychologie, Soziologie) von Management auf die Bereiche Personalführung und Unternehmensführung: „Sieht man im Aufbau, in der Stabilisierung und [...] Veränderung von zweckrationalem Verhalten in und von Organisationen eine zentrale Aufgabe des Managements, dann wird unmittelbar einsichtig, daß das hierfür notwendige Managementwissen primär in den Verhaltenswissenschaften zu suchen ist. Auch wenn man einen systemtheoretisch-kybernetischen Ansatz bevorzugt, und die Aufgaben des Managements in der Gestaltung, Lenkung und Entwicklung von zweckorientierten sozialen Systemen erblickt, kommt man ohne verhaltenswissenschaftliche Erkenntnisse nicht aus“ (Stahle 1994: 135).

Die verhaltenswissenschaftliche Managementlehre beschäftigt sich mit dem Verhalten von Individuen und Gruppen (in Organisationen) und dem Verhalten der Organisation (Aspekte der Organisation wie z. B. Ziele, Struktur oder Organisationskultur; Prozesse in Organisationen wie z. B. Entscheidung, Planung oder Organisationswandel). Darüber hinaus wird unterscheiden zwischen einem Management der Beziehungen (Unternehmensstrategie wie z. B. strategische Analysen und Entscheidungen) und einem Management der Strukturen (Unternehmensorganisation wie z. B. Mikrostruktur der Arbeitsorganisation und Makrostruktur der Unternehmensorganisation) sowie einem Management des Personals und einem Management des Wandels (Entwicklung und Veränderung von Organisationen) (vgl. Stahle 1994).

1.3.1.2 Der systemtheoretische Ansatz

Steinmann und Schreyögg (2000) orientieren sich in ihrem systemtheoretischen Ansatz zwar an den Managementfunktionen, „nicht aber an dem klassischen Schema des Managementprozesses und seiner linearen Funktionsabfolge“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 123).⁴ Die fünf zentralen Funktionen Planung – Organisation – Personaleinsatz – Führung – Kontrolle können „dynamisch als Phasen im Sinne einer aufeinander aufbauenden Abfolge von Aufgaben angesehen“ und somit als Steuerungsprozess „in und von komplexen Handlungssystemen“ aufgefasst werden (Steinmann, Schreyögg 2000: 9, 123). Die Abbildung 1-1 strukturiert den systemischen Managementprozess im Hinblick auf die vier Aspekte Aktivitäten – Funktionen – Basistätigkeiten – Elemente.

⁴ Der klassische Managementprozess beruht auf der Logik eines plandeterminierten Steuerungsmodells. In diesem Modell wird der Planung eine zentrale Rolle zugewiesen (Planung bestimmt die anderen Funktionen), die nachgeordneten Managementfunktionen „sind Mittel zur effizienten Planrealisierung“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 124). Kritisch zu sehen sind die mit diesem Ansatz verbundenen Annahmen und Voraussetzungen (wie z. B. Beherrschbarkeit des Managementprozesses oder Vorhersagbarkeit im Managementprozess) sowie die mit diesem Konzept einhergehende Ausblendung komplexer Phänomene von Organisationen (z. B. als soziale Systeme) und Implementierungsproblemen bei der Umsetzung von Plänen in Organisationen (z. B. in Form von Widerstand).

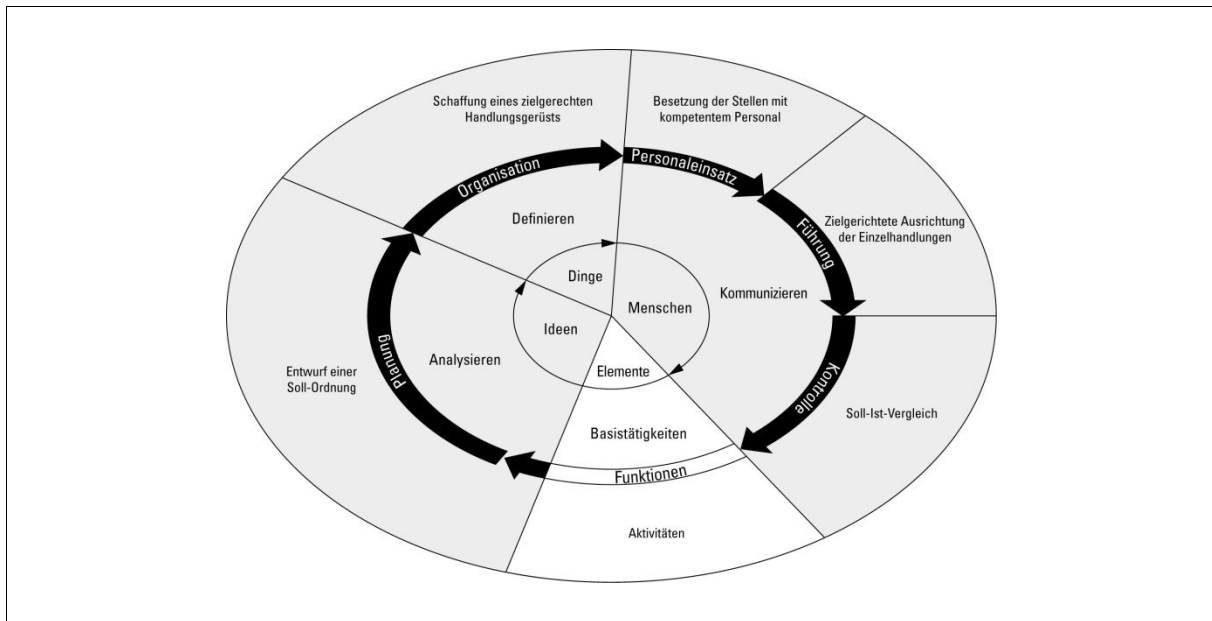


Abbildung 1-1: Der systemische Managementprozess (in Anlehnung an Steinmann, Schreyögg 2000: 11)

Der systemische Managementprozess wird wie folgt charakterisiert: „Die Managementfunktionen Organisation, Personaleinsatz, Führung und Kontrolle treten [...] aus ihrer bloßen Planumsetzungsfunktion heraus und stehen neben der Planung als prinzipiell eigenständige, getrennt einsetzbare Steuerungspotentiale zur Verfügung“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 138). Damit eröffnet sich auch eine andere Sicht auf die Funktion Organisation. „Nachdem die Organisation [...] aus der reinen Planumsetzungsaufgabe austritt und weiterreichende [...] Aufgaben übernimmt, erhält auch die Beziehung von Organisation und Planung einen ganz neuen, rationalisierungsbedürftigen Akzent. Die Organisation tritt nun als logische Konsequenz auch vor die Planung, und zwar in dem Sinne, daß die Organisation systematischen Einfluß auf die Planung gewinnt [...]. Die These ‚Strategie folgt Struktur‘ findet hier ihre systematische Verankerung“ (Steinmann, Schreyögg 2000: 140 f.).

Die systemtheoretische Managementlehre gliedert sich entlang des Managementprozesses in die Handlungssysteme Planung und Kontrolle (strategische Planung und Kontrolle, operative Planung und Kontrolle), Organisation und Führung (im Hinblick auf organisatorische Strukturgestaltung, organisatorischen Wandel, auf Motivation und Verhalten von Individuen und Gruppen in Organisationen, auf das Führungsverhalten und die Unternehmenskultur) sowie dem Einsatz des Personals (mit z. B. Personalauswahl, Personalbeurteilung oder Personalentwicklung) (vgl. Steinmann, Schreyögg 2000).

1.3.1.3 Der betriebswirtschaftliche Ansatz

Die betriebswirtschaftliche Managementlehre der Unternehmensführung (zielorientierte Gestaltung, Steuerung und Entwicklung von Unternehmen) gliedert sich in eine institutionale Unternehmensführung (Führungskräfte) und eine funktionale Unternehmensführung – mit der sachbezogenen Führung als Unternehmensführung (Leitung) und mit der personenbezogenen Führung (Personalführung – mit den Führungsinstrumenten z. B. Führungsmittel oder Führungsstile). Die sachbezogene Unternehmensführung differenziert sich in die prozessbezogene

nen Führung (mit den Elementen des Führungsprozesses Zielsetzung, Planung, Durchführung, Kontrolle und Steuerung) und die strukturbezogene Führung (wie beispielsweise Aufbaustruktur, Ablaufstruktur oder Unternehmensentwicklung) (vgl. Olfert, Pischulti 2013: 18; Rahn 2012).

Die institutionale Unternehmensführung bezieht sich auf die Führungskräfte, Führungsebenen und auf die Führungsaufgaben. Führungskräfte sind „alle im Unternehmen tätigen Personen, die anderen Personen verpflichtende Weisungen erteilen können“ (Olfert, Pischulti 2013: 20).

Die Führungskräfte benötigen zur Bewältigung ihrer Aufgaben berufliche Handlungskompetenzen in den fünf Kompetenzbereichen Fachkompetenz (z. B. Sachwissen, fachliche Fähigkeiten oder berufliche Erfahrungen), Methodenkompetenz (z. B. Analysieren, Planen oder Probleme lösen), Sozialkompetenz (z. B. Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit oder Toleranz), Selbstkompetenz (z. B. Fähigkeit zur Selbstkritik oder unternehmensethisches Handeln) und Führungskompetenz (z. B. Motivationsfähigkeit) (vgl. Olfert, Pischulti 2013: 21).

Die institutionale Führungslehre gliedert Unternehmen in die drei Führungsebenen des oberen Managements (Unternehmensleitung) als strategisches Management, des mittleren Managements (Bereichsleitung) als taktisches Management und des unteren Managements (Gruppenleitung) als operatives Management. Der Managementprozess (Schrittabfolge) kommt auf allen drei Ebenen zur Anwendung – beim oberen Management z. B. als strategische Zielsetzung, Planung oder als strategisches Controlling; beim mittleren Management z. B. als taktische Zielsetzung, Planung oder als taktisches Controlling; beim unteren Management z. B. als operative Zielsetzung, Planung oder als operatives Controlling (vgl. Rahn 2012: 34 ff.).

Führungsaufgaben nehmen in der Führungspyramide von oben nach unten hin ab, während Ausführungsaufgaben umgekehrt von unten nach oben hin abnehmen. Den Führungsebenen werden unterschiedliche Managementaufgaben (Tätigkeitsschwerpunkte) zugeordnet – die Unternehmensleitung befasst sich hauptsächlich mit strategischen Aufgaben (z. B. Grundsatzentscheidungen zur strategischen Ausrichtung des Unternehmens oder zur Unternehmenskultur), die Bereichsleitung mit taktischen Aufgaben ihres Zuständigkeitsbereichs (setzt die strategischen Vorgaben um) und die Gruppenleitung mit operativen Aufgaben (setzt die Entscheidungen und Vorgaben der übergeordneten Führungsebenen um) wie z. B. „Führung und Förderung der Gruppenmitglieder, Fällen und Umsetzung von Routineentscheidungen, [...] Aufrechterhaltung des Arbeitsflusses“ (Olfert, Pischulti 2013: 33).

1.3.2 Prinzipien des Managements

Das folgende Kapitel wirft einen Blick auf aktuelle Entwicklungen und innovative Konzepte im Bereich des Managements sowie auf allgemeine Erfolgsprinzipien von Management und Führung. Dazu werden ausgewählte (übergreifende) Ansätze des Managements in einem Überblick vorgestellt.

1.3.2.1 Managementprinzipien und Unternehmensgestaltung

1.3.2.1.1 Prinzipien zukunftsfähiger Unternehmen

Zukunftsfähige Unternehmen haben (mehr als bisher) organisatorische Ziele mit mitarbeiterorientierten Belangen in Einklang zu bringen. Klages formulierte bereits 1994 dazu: „Zukunftsfähig sein heißt, [...] aktiv auf Chancen zuzugehen, d. h. den Mitarbeitern Handlungsspielräume öffnen, kooperativ führen, Verantwortung delegieren, Teamarbeit ermöglichen, Zielvereinbarungen schließen, Rückmeldungen über Leistungen geben, um Selbstkontrolle zu ermöglichen und persönliche Entwicklungspotentiale erschließen, letztlich auch: Strukturen aufbauen, die dies alles institutionalisieren“ (Klages 1994; zit. nach Wendt 1999: 17).

Wendt (1999) geht in seiner Dissertation zum Thema Managementprinzipien und ihre Zusammenhänge mit Arbeitsorientierungen und Arbeitsverhalten der Frage nach: Lassen sich Handlungsgrundsätze der Unternehmens- und Personalführung identifizieren, unter denen Mitarbeiter ihre Potenziale besonders gut und im Sinne des betrieblichen Erfolgs entfalten können?⁵ Wendt geht von neun Managementprinzipien als Erfolgsfaktoren aus (Modell der Mitarbeiterbehandlung): 1. Mitarbeiterorientierung des Vorgesetzten, 2. Partizipation, 3. Qualifikationsgerechter Einsatz, 4. Transparenz durch Information, 5. Persönliches Wachstum, 6. Angemessene Vergütung, 7. Zeitmanagement, 8. Stressprophylaxe, 9. Gesunde Arbeitsbedingungen.

Es wird untersucht, welche Wirkungen diese Prinzipien auf die Arbeitsorientierungen (Belastungsfreiheit, Arbeitszufriedenheit, Betriebsverbundenheit, Betriebsklima) und das Arbeitsverhalten (Fehlzeiten, Fluktuation) der Beschäftigten haben. Die Studie belegt, dass diese Managementprinzipien „in einem positiven Zusammenhang mit Arbeitsorientierungen und Arbeitsverhalten stehen“ (Wendt 1999: 216). Es wird nachgewiesen, dass „eine Verletzung der Managementprinzipien mit deutlich erhöhten Fehlzeiten- und Fluktuationsraten einhergeht“; damit lassen sich „nachhaltige Kostensenkungspotentiale in Organisationen erkennen“ (Wendt 1999: 217). Fazit der Untersuchung: „Menschengerechte Arbeitsstrukturen und Organisationsformen sowie Vorgesetzte mit modernen Führungsqualitäten sind daher eine Voraussetzung dafür, daß sich Beschäftigte mit Engagement, Kreativität und Können für ihr Unternehmen einsetzen“ (Wendt 1999: 227). Zukunftsfähige Unternehmen erkennen den ökonomischen Nutzen einer Investition in die richtigen weichen Faktoren.

1.3.2.1.2 Prinzipien wandlungsfähiger Unternehmen

Das Management hat nach Kanter (1998) zwei Aufgaben: das Tagesgeschäft zu erledigen und sich auf die Zukunft vorzubereiten (vgl. Kanter 1998: 15).

Kanter geht in ihrem Unternehmensmodell vom Menschen aus: Der Mensch stellt den wertvollsten Rohstoff für ein Unternehmen dar; aber erst durch effektiven Einsatz kann diese Ressource bzw. dieses Potenzial sich als Firmenskapital bzw. Vermögenswert entfalten. Manager

⁵ Auf der Basis einer Befragung von 5.933 Teilnehmern in vier Wirtschaftsunternehmen verschiedener Branchen wird die Bedeutung weicher Faktoren für den betrieblichen Erfolg analysiert und empirisch überprüft.

haben dabei die beständige Aufgabe, die individuellen Fähigkeiten des Menschen zu mobilisieren und mit den unternehmerischen Zielen in Einklang zu bringen (vgl. Kanter 1998: 18).

Über konkrete Veränderungsprojekte und spezielle Veränderungsprogramme (und den damit verbundenen spezifischen Managementprinzipien) hinausgehend, richtet sich der Blick vor allem auf das Managen einer wandlungsfähigen Organisation. Wandlungsfähige Organisationen sind dynamische und offene Systeme mit zahlreichen Möglichkeiten der Beteiligung und Mitwirkung sowie der gemeinsamen Suche nach besseren Ideen (vgl. Kanter 1998: 17). Wandlungsfähige Organisationen regen die Phantasie zur Innovation an, fördern den Professionalismus zur Leistung und pflegen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit (vgl. Kanter 1998: 19). Das Führen einer wandlungsfähigen Organisation stellt eine besondere Herausforderung dar und zielt auf das Schließen einer Lücke zwischen der gegenwärtigen Leistung und den Möglichkeiten einer Organisation. Es geht um die Erschließung und Entfaltung von Potenzialen. Das Management muss einerseits Bedingungen schaffen, unter denen die Änderungen natürlich ablaufen und andererseits die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter freisetzen, um die Zukunft zu gestalten (vgl. Kanter 1998: 37).

Der Aufbau einer wandlungsfähigen Organisation macht einerseits neue Unternehmensstrategien notwendig und verlangt andererseits ein modernes Führungsverständnis: „Ein dauerhafter Wettbewerbsvorteil beruht auf Fähigkeiten des Unternehmens, Änderungen zu meistern“ (Kanter 1998: 40). Die Manager müssen als Führungspersonlichkeiten andere mit attraktiven Zielen anregen und mobilisieren sowie funktions- bzw. unternehmensübergreifende Teamarbeit ermöglichen – die neue Strategien zur Schaffung von Märkten fördert (vgl. Kanter 1998: 40).

Der Wandel von Organisationen geht Hand in Hand mit Veränderungen der Unternehmenskultur und beginnt in der Regel bei den Führungskräften selbst (der Manager als Innovator) (vgl. Kanter 1998: 79):

- Die Führer von erfolgreichen Veränderungen fühlen sich auf unsicherem Terrain wohl.
- Die Führer von erfolgreichen Veränderungen verfolgen mit Ausdauer die langfristigen Ziele.
- Die Führer von erfolgreichen Veränderungen pflegen einen partizipativen Führungsstil.

Eine wandlungsfähige Organisationskultur (z. B. ungehinderter Informationsfluss und übergreifender Austausch oder weit gefasste Arbeitsplatzbeschreibungen als Ermunterung zur Eigeninitiative) unterstützt die Arbeit der Führer von Veränderungen. In diesem innovativen Umfeld reifen mehr Ideen und neue Vorstellungen heran.

1.3.2.1.3 Prinzipien organischer Unternehmen

Auf der Basis einer Kritik an den traditionellen Unternehmensstrukturen und der traditionellen Betriebswirtschaftslehre ergeben sich für Mentzel (2003) drei Voraussetzungen für eine

organische Unternehmensführung.⁶ 1. Die Unternehmen müssen sich dem fortwährenden Wandel in Markt und Gesellschaft stellen und anpassungsfähige Strukturen entwickeln vor allem für die Bereiche Organisation, Planung und Führung. 2. Eine ganzheitliche Unternehmensführung ist erforderlich. Die gegenseitigen Abhängigkeiten aller Bereiche müssen erkannt und berücksichtigt werden. Die Handlungen der traditionellerweise funktional gegliederten Bereiche müssen vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. 3. Die Berücksichtigung eines modernen Menschenbildes darf kein bloßes Lippenbekenntnis bleiben. Die Abkehr vom homo oeconomicus setzt vielmehr eine Umgestaltung der Führung voraus, indem den Mitarbeitern mehr Befugnisse gegeben werden und die Führungskräfte mehr koordinieren als Anweisungen geben.

Das Konzept einer organischen Unternehmensführung baut darauf auf: Zu den Kernelementen gehört der Umgang mit Veränderungen (Welche Notwendigkeiten ergeben sich aus den permanenten Veränderungen im Umfeld für die Prozesse der Unternehmensführung?), die Berücksichtigung von Ganzheitlichkeit (Wie kann eine Ganzheitlichkeit der Unternehmensführung zurückgewonnen werden?) und die Nutzung des modernen Menschenbildes (Welche Chancen bietet ein verändertes Menschenbild für neue Ansätze der Unternehmensführung?). Dabei kommen diese drei Prinzipien in allen fünf Prozessen der Unternehmensführung (Entscheidung, Organisation, Führung, Planung, Information) zum Tragen; grundsätzlich sind für die Realisierung der Prinzipien in einem Prozess immer bestimmte Voraussetzungen in den jeweils anderen Prozessen unabdingbar.

Zwei Aspekte des organischen Ansatzes sind grundlegender Natur und beziehen sich auf alle Prozesse der Unternehmensführung:

- „In einer organischen Unternehmensführung müssen die Ziele von Kapital, Führungskräften und Mitarbeitern in Übereinstimmung gebracht werden“ (Mentzel 2003: 228). Die Führung muss ein einheitliches Zielsystem für alle (die treibenden Kräfte des Unternehmens) entwickeln. „Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Mitarbeiter erhöhen die Reaktionen von Unternehmen, erlauben diesen die Chancen aus Veränderungen zu nutzen und steigern auf diese Weise Unternehmenswert sowie die Überlebensmöglichkeiten des Unternehmens“ (Mentzel 2003: 230); der Unternehmenswert bezieht sich dabei auf (zukünftige) Potenziale des Unternehmens (und wird nicht nur aus finanziellen Zahlen ermittelt). Potenziale können z. B. noch nicht genutzte Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter bzw. Führungskräfte sein.

⁶ Die traditionelle Betriebswirtschaftslehre geht davon aus, dass „alle unternehmerischen Vorgänge rechenbar und optimierbar seien und insbesondere die zukünftige Entwicklung des unternehmerischen Umfeldes aus der Vergangenheit [...] hochrechenbar sei, [...] Planungen Unsicherheiten, die von außen auf das Unternehmen einwirken (externe Varietät), reduzieren können, die Organisation Verhaltensweisen von Mitarbeitern normiert und einengt (interne Varietät). Auf diesen Prinzipien Rechenbarkeit, Menschenbild und Reduzierung von Varietäten (Unsicherheiten), bauen alle Strukturen von Unternehmen auf. Entschieden wird auf der Basis von Zahlen [...]. Organisiert sind Unternehmen nach dem Prinzip der Funktionalität [...]. Geführt wird nach wie vor nach dem Prinzip, dass Mitarbeiter zu Leistung getrieben werden müssen“ (Mentzel 2003: 18 f.). Die Folgen: Handlungsspielräume sind stark eingeschränkt; umfangreiche Kontrollmechanismen sind erforderlich; Mitarbeiter verhalten sich risikoarm; traditionelle Unternehmen sind stark durchreguliert, leiden an Machtkämpfen und reagieren zu langsam auf Marktveränderungen (vgl. Mentzel 2003: 19).

- In organischen Ansätzen „bestimmen gemeinsame Ziele von Kapital, Führungskräften und Mitarbeitern die zukünftige Entwicklung des Unternehmens“ (Mentzel 2003: 233). Für alle Prozesse der Unternehmensführung gilt: die Menschen treiben Unternehmen – nicht Systeme oder Pläne. „In organischen Ansätzen [...] wandeln Führungskräfte und Mitarbeiter die auftretenden Veränderungen in Chancen um und passen ursprüngliche Ziele sowie Pläne entsprechend an [...]. Sobald alle Mitarbeiter diesen Umwandlungsprozess eigenverantwortlich gestalten, muss mit einer großen Lösungsvielfalt gerechnet werden. Hieraus ergibt sich eine neue Führungsaufgabe. Eine Führungskraft muss die Lösungsvielfalt bündeln in Richtung der gemeinsamen Ziele für die zukünftige Entwicklung des Unternehmens und die Verhaltensweisen aller Mitarbeiter darauf ausrichten“ (Mentzel 2003: 232 f.).

1.3.2.1.4 Prinzipien individualisierter Unternehmen

Bartlett und Ghoshal (2000) stellen die Grundlagen eines individualisierten Unternehmens vor und gehen auf die mit der Führung einer individualisierten Organisation verbundenen Managementprinzipien ein (Abbildung 1-2).

Im ersten Bereich werden die Eigenschaften (Merkmale) eines individualisierten Unternehmens genannt und die damit verbundenen allgemeinen Managementaufgaben aufgezeigt. Im zweiten Bereich werden die sich aus dem Aufbau (Übergang) von einem traditionellen zu einem individualisierten Unternehmen ergebenden speziellen Managementaufgaben vorgetragen.

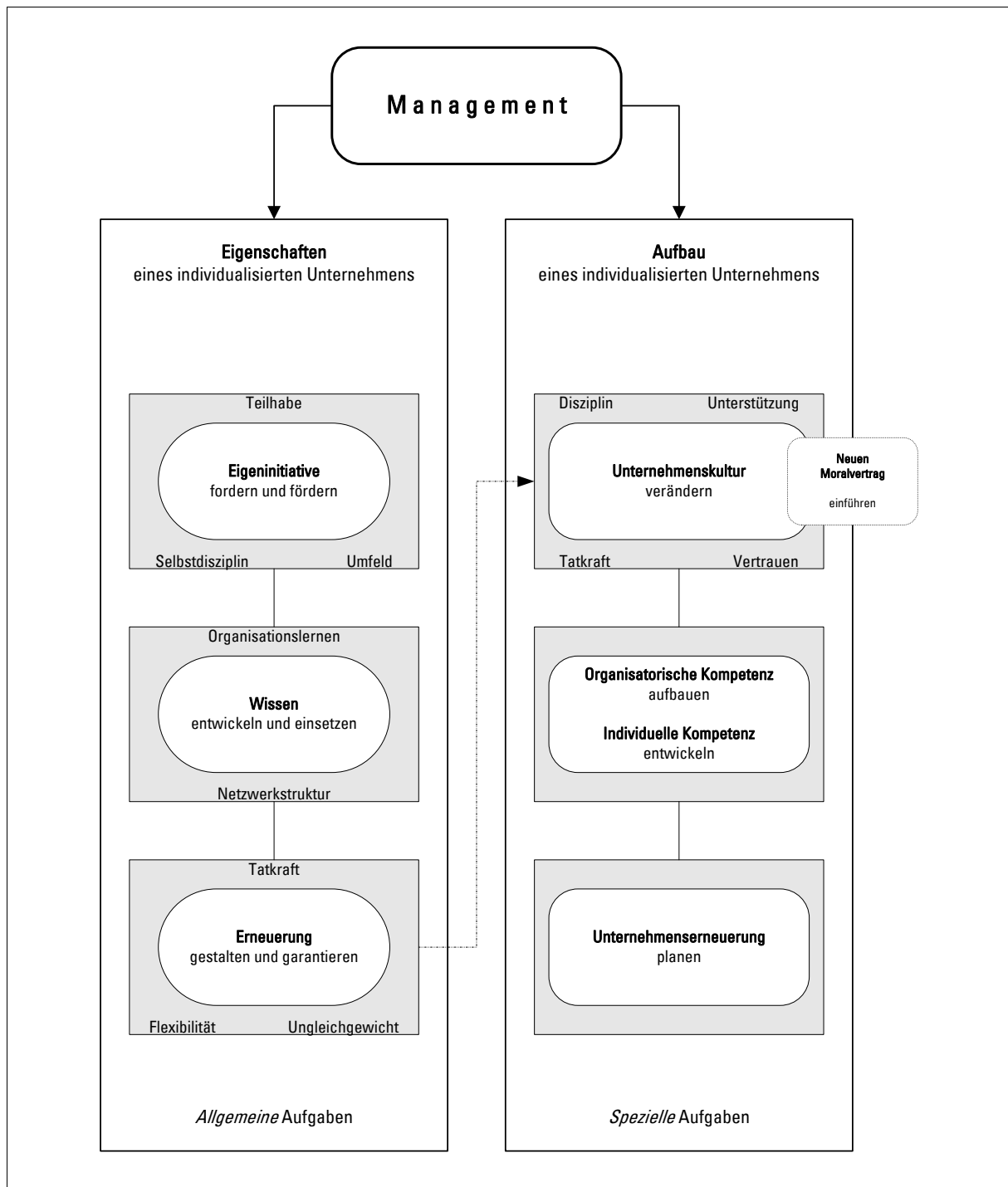


Abbildung 1-2: Prinzipien individualisierter Unternehmen (eigene Darstellung nach Bartlett, Ghoshal 2000)

Das moderne individualisierte Unternehmen setzt am Menschen an. Drei Grundprinzipien charakterisieren die Herausforderungen für das Management:

- **Eigeninitiative fordern und fördern.** Drei Merkmale sind zu berücksichtigen: Es muss dem Einzelnen nicht nur ein Gefühl der Teilhabe vermitteln (Identität, Zugehörigkeit, Nachvollzug), sondern auch beim Einzelnen ergänzend eine ausgeprägte Selbstdisziplin entwickeln (klare Leistungsstandards, nachvollziehbare Verhaltenserwartungen, transparentes Informationssystem). Darüber hinaus muss ein unterstützendes Umfeld (Offenheit für Kritik, Toleranz gegenüber Misserfolgen, Coaching für Führungskräfte) geschaffen werden.

„Der Respekt des Managements vor dem Einzelnen muß sich in einer Unternehmenskultur niederschlagen, die von unten in Frage gestellt werden kann und Versagen toleriert. Nur in einer solchen Umgebung, die Risikobereitschaft fordert, kann Empowerment wirklich funktionieren“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 58). Fazit: Es gilt, die Mitarbeiter aus den Fesseln der Hierarchie zu befreien und den unternehmerischen Geist zu entfalten. Basis ist der Glaube an und das Vertrauen in den Menschen. „Wirkliches Empowerment erwächst nur aus einem reziproken System des Glaubens. Die Mitarbeiter auf allen Ebenen müssen an das Unternehmen und seine Führung glauben. Dieses System der wechselseitigen Unterstützung ermöglicht den einzelnen Mitgliedern einer Organisation, an sich selbst zu glauben. Und dieser Glaube an sich selbst ist die Grundvoraussetzung für das Aufblühen von Eigeninitiative, die den Unternehmensmotor antreibt“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 83).

- Wissen entwickeln und einsetzen. Das individualisierte Unternehmen verlagert „den Fokus von der kurzfristigen Wertextraktion auf die langfristige Werterzeugung, indem es das Prinzip des kontinuierlichen Lernens des Einzelnen zu einem Eckpfeiler seiner Organisation macht“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 84). Im Hinblick auf die Erhöhung organisatorischer Effizienz, muss die Organisation „Initiativen aus den verschiedensten Bereichen verbinden sowie verteiltes Wissen konzentriert einsetzen und die sich daraus ergebenden Beziehungen in einen kontinuierlichen Prozeß des organisatorischen Lernens und Handelns einbetten“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 85). Drei Aspekte stützen und ermöglichen das Organisationslernen: Ein individualisiertes Unternehmen legt Wert auf die Entwicklung individuellen Expertentums und die Entfaltung horizontaler Informationsflüsse. Dreh- und Angelpunkt ist aber die Etablierung einer Vertrauenskultur (Transparenz und Offenheit, Fairness und Gerechtigkeit) durch Aufbau einer organisatorischen Wertegemeinschaft. Das Prinzip des Organisationslernens schlägt sich aber auch in einer anderen Organisationsform nieder – individualisierte Unternehmen haben eine integrierte (auf Kooperation beruhende) Netzwerkstruktur. „Diese organisatorische Eigenschaft macht den Kern der Fähigkeit eines Unternehmens aus, Wissen intern zu entwickeln und weiterzugeben und das Prinzip des organisatorischen Lernens als Quelle für vielfältige Wettbewerbsvorteile zu erschließen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 124).
- Erneuerung gestalten und garantieren. Hiermit wird die Fähigkeit zur (dauerhaften) Selbsterneuerung angesprochen. Dazu sind drei Elemente notwendig:
 - Es muss ein Gefühl der Tatkraft in der Organisation erzeugt werden (Normen, Standards); der Einzelne muss stimuliert werden, „sein Potential zu erreichen“ und jede Einheit muss herausgefordert werden, „ein Höchstmaß an Leistung zu erbringen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 130). Grundvoraussetzung dafür ist es, dass sich gemeinsamer Ehrgeiz und persönliches Engagement entfalten sowie eine kollektive Identität entwickeln kann.
 - Es muss eine organisatorische Flexibilität aufgebaut werden, „die in der Lage ist, die enormen Spannungen, die durch die Notwendigkeit eines Ausgleichs zwischen den konfligierenden Zielen der Verbesserung und der Regeneration entstehen, aufzufangen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 130).
 - Es muss ein dynamisches Ungleichgewicht hergestellt werden. Gemeint ist damit die „Fähigkeit, die traditionell auf die Ausrichtung der Organisation an der Unternehmensstrategie konzentrierte Rolle des Managements derart zu erweitern, daß eine permanente

Infragestellung der Strategie sichergestellt und ein kreatives organisatorisches Ungleichgewicht erzeugt wird“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 130).

Beim Übergang von einer traditionellen hierarchischen Organisationsstruktur (Zwang, Kontrolle, Unterordnung) zu einem individualisierten Unternehmen (Entwicklungsmöglichkeiten, Gestaltungsspielräume, Mitverantwortung) sind vier Bereiche vom Management zu beachten:

- Der erste Bereich bezieht sich auf die Veränderung der Unternehmenskultur. Die Schlüsselaufgabe des Managements besteht darin, „gewöhnliche Menschen zu ungewöhnlichen Leistungen zu führen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 202). Das Management gestaltet den dafür notwendigen Kontext, der aus den vier (im Zusammenhang zu sehenden) Elementen Disziplin vermitteln, Unterstützung gewährleisten, Vertrauen schaffen, Tatkraft erzeugen besteht und Wirkungen auf das Verhalten der einzelnen Organisationsmitglieder im Hinblick auf z. B. Engagement, Selbstvertrauen oder Zusammenarbeit hat.
- Der zweite Bereich bezieht sich auf den Aufbau organisatorischer Kompetenz. „Das individualisierte Unternehmen läßt sich anhand seiner Kernprozesse und der in diese Prozesse eingebetteten neuen Managementfunktionen untersuchen. Weil sich diese neuen Rollen im Zentrum des [...] Organisationsmodells befinden, besteht die wichtigste Aufgabe bei der Transformation eines Unternehmens in ein individualisiertes Unternehmen darin, die Haltungen der Manager auf der operativen, der mittleren und der obersten Ebene zu verändern, damit sie willens und in der Lage sind, ihre verschiedenen Funktionen als lokale Unternehmer auf Betriebsebene, bei der Entwicklung von Kompetenzen und als Konzernführer zu erfüllen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 239 f.).
- Der dritte Bereich bezieht sich auf die Entwicklung individueller Kompetenz. Der Wandel organisatorischer Strukturen geht einher mit der Transformation der Managementrollen und -aufgaben sowie der Managementkompetenzen und -fähigkeiten auf den unterschiedlichen hierarchischen Stufen. „Im Kern des [...] Konzepts des individualisierten Unternehmens steht die grundsätzlich andersartige Überzeugung, daß Unternehmen die Eigenheiten [...] ihrer Mitarbeiter nutzen können und müssen. Dazu müssen sie die einzigartigen Fähigkeiten der Mitarbeiter erkennen, entwickeln und einsetzen. Geschick und Sensitivität sind erforderlich, wenn man das Potential eines [...] Mitarbeiters erkennen will, und Mut und Geduld sind erforderlich, wenn man seine spezifischen Fähigkeiten entwickeln will. Aber am Ende winkt ein großer persönlicher und organisatorischer Lohn“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 278).
- Der vierte Bereich bezieht sich auf die Planung der Unternehmenserneuerung. Dabei wird Bezug genommen auf ein allgemeines Prozessmodell. Die Transformation findet dabei in drei Phasen statt: 1. Rationalisierung (Verwirklichung unternehmerischer Energie), 2. Revitalisierung (Entwicklung integrativer Synergien), 3. Regeneration (Entwicklung kontinuierlicher Selbsterneuerung).

Fazit: Management bedeutet vor allem, „durch Menschen Ergebnisse zu erzielen“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 364). Die eigentliche Funktion des Managers besteht darin, „Menschen zu gewinnen, zu motivieren, zu entwickeln und im Unternehmen zu halten, die über die knappen und wertvollen Ressourcen Wissen und Kompetenz verfügen. Diese Funktion ist sowohl aus-

gesprochen einfach als auch äußerst schwierig. Doch genau sie ist die zentrale Funktion im Aufbau und Management des individualisierten Unternehmens“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 364).

Seinen Ausdruck findet das individualisierte Unternehmen in der Einführung eines neuen Moralvertrags. „In diesem Vertrag verpflichtet sich jeder Mitarbeiter [...] zu Spitzenleistungen und zu einem kontinuierlichen Lernprozeß, der erforderlich ist, um die Leistungsfähigkeit in einem sich ständig wandelnden Umfeld zu erhalten. [...] Nach diesem Vertrag müssen sich die Unternehmen bemühen, ein anregendes und belebendes Arbeitsklima zu schaffen, das es den Mitarbeitern ermöglicht, ihre Qualifikationen zugunsten des Wettbewerbsvorteils des Unternehmens einzusetzen. Und – was noch wichtiger ist – sie müssen auch die Mitarbeiter im Unternehmen zu halten suchen, wenn sich ihnen anderweitig Chancen bieten“ (Bartlett, Ghoshal 2000: 327 f.).

Mit dem neuen Moralvertrag geht die Umkehrung von Funktion und Verantwortung einher: Während der traditionelle Arbeitsvertrag auf dem Tauschgeschäft Loyalität gegen Arbeitsplatzsicherheit (Mitarbeiter setzen die Strategie des Managements um – Manager sichern die Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens) basiert, gründet sich der neue Moralvertrag auf Wettbewerbsfähigkeit gegen Wachstumschancen (Mitarbeiter sind mit Befugnissen ausgestattet und sind für die Konkurrenzfähigkeit mitverantwortlich – Manager fördern die Mitarbeiter und sichern die Arbeitsmarktchancen).

1.3.2.2 Managementprinzipien und Erfolgsfaktoren

1.3.2.2.1 Prinzipien erfolgreicher Unternehmen

Collins (2003, 1997) ergründet in zwei Untersuchungen, worin sich erfolgreiche Unternehmen von anderen unterscheiden. In der ersten Studie beschreibt er die Vorgehensweisen, mit denen Unternehmen zu Spitzenunternehmen geworden sind (vgl. Collins 2003). In der zweiten Studie zeigt er auf, wie es erfolgreichen Unternehmen gelingt, auf Dauer erfolgreich zu sein (vgl. Collins 1997).

Aus beiden Untersuchungen ergeben sich eine Reihe von Managementprinzipien, die gemeinsames Kennzeichen der erfolgreichen Unternehmen und gleichzeitig Unterscheidungsmerkmal gegenüber weniger erfolgreichen Unternehmen sind.⁷

1 | Ausgangspunkt für die erste Studie (Collins 2003) ist die Frage: Kann ein gutes Unternehmen zum Spitzenunternehmen werden? Und wenn ja, wie? Das Ergebnis der Untersuchung: es kann sehr wohl gelingen, sich von einem durchschnittlich guten Unternehmen zu einem Spitzenunternehmen zu entwickeln.

Dafür ist die Befolgung von sechs Prinzipien auf drei Ebenen (Disziplinierte Menschen – Diszipliniertes Denken – Diszipliniertes Handeln) ausschlaggebend:

- **Level-5-Führungsqualitäten.** Die Führungskompetenzen eines Unternehmensführers haben weitreichenden Einfluss auf die Entwicklung seines Unternehmens. Um ein Spitzenunternehmen aufzubauen, sind höchste Qualitäten erforderlich – die Level-5-Führungsqualitäten. Die Führungsqualitäten lassen sich in Grade einteilen, wobei z. B. Level 3 ein kompetenter Manager und Level 4 ein effektiver Manager (der eine Unternehmensvision konsequent umsetzt) bedeutet. Ein Level-5-Manager zeichnet sich zusätzlich noch durch eine persönliche Bescheidenheit und energische Durchsetzungskraft aus: beim Unternehmensaufbau steht die Institution im Vordergrund und nicht die eigene Person (vgl. Collins 2003: 31 ff.).
- **Erst wer ... dann was.** Zuerst kommt es darauf an, Mitarbeiter um sich zu scharen, die zu Spitzenleistungen bereit sind. Erst danach geht es um Fragen der Strategie, Organisation oder Technik. Damit ist gewährleistet, dass es sich um ein starkes Team handelt. Die Bedeutung dieses Prinzips liegt darin, dass alle Mitarbeiter den Aufbau des Unternehmens als ihre eigentliche Aufgabe betrachten. Je mehr Mitarbeiter eigenständig handeln können, desto größer die Fähigkeit des Unternehmens auf Veränderungen des Marktes reagieren zu können (vgl. Collins 2003: 61 ff.).

⁷ Um zu den Prinzipien gelangen zu können, hat Collins zunächst eine Anzahl von Unternehmen herausgesucht, die nach traditionellen Kriterien (Börsenkurs, Umsatz, Gewinn, Einschätzung von Unternehmensführern) als erfolgreich gelten. Zu jedem Unternehmen hat er ein Vergleichsunternehmen aus derselben Branche gesucht, das (zumindest zeitweise) dieselbe Größe hatte. Bei allen Unternehmenspaaren hat Collins betriebswirtschaftliche Kennzahlen, interne Dokumente, Bilanzen, Aufsätze und Zeitungsartikel sowie Interviews mit Führungskräften gesammelt und nach Auffälligkeiten analysiert. Zur Methodik vgl. Collins (2003: 11 ff., 277 ff.) und Collins (199: 20 ff., 318 ff.). Ausgehend von einer Analyse der Erfolgsfaktoren bei 75 hochangesehenen, amerikanischen Unternehmen haben Peters und Waterman (1991) festgestellt, dass diese Unternehmen sich durch einfache Grundtugenden auszeichnen. Die erfolgreichen Unternehmen setzen die Mitarbeiterorientierung konsequent um – das „überragende Kennzeichen dieser Unternehmen ist die aus festgefühten Überzeugungen erwachsene Intensität der Firmenkultur“ (Peters, Waterman 1991: 39). Als Ergebnis werden acht Grundtugenden für erfolgreiche Unternehmen festgestellt: 1. Primat des Handelns; 2. Nähe zum Kunden; 3. Freiraum für Unternehmertum; 4. Produktivität durch Menschen; 5. Sichtbar gelebtes Wertesystem; 6. Bindung an das angestammte Geschäft; 7. Einfacher, flexibler Aufbau; 8. Straff-lockere Führung. Kramer und Schmalenberg (1990, 1989) haben in Anlehnung an Peters und Waterman (1991) die Erfolgskriterien von Spitzenunternehmen auf Magnet-Spitäler in den USA übertragen und diese dort bestätigt gefunden. Diese Unternehmen sind „geprägt von den Wertbegriffen Pflegequalität, Selbstständigkeit der Krankenschwestern, spontane mündliche Kommunikation, Innovationen, Ausschöpfen der Fähigkeiten jedes einzelnen, hoher Stellenwert der Ausbildung, Respekt und Fürsorge für jeden einzelnen und Streben nach Bestleistung. [...] Die Magnet-Spitäler weisen zweifellos viele der Grundsätze der bestgeführten Unternehmen auf“ (Kramer, Schmalenberg 1990: 21); vgl. dazu auch Rosenthal und Töllner (2001).

- Der Realität ins Auge blicken (ohne den Mut zu verlieren). Ein Ziel oder eine Vision zu verfolgen, ist wichtig für ein Unternehmen, aber im Gegensatz zu normalen Unternehmen modifizieren Spitzenunternehmen ständig den Weg, um dorthin zu gelangen. Den Veränderungen des Marktes auf der Spur zu bleiben, hilft Chancen zu entdecken und Fehler zu vermeiden. Es gilt daher, ein Klima im Unternehmen zu schaffen, das diese Vorgehensweise unterstützt. Eine Kultur des Dialogs und der Diskussion ist für das Entwickeln von Problemlösungen hilfreich wie auch die Förderung von konstruktiver Kritik (vgl. Collins 2003: 91 ff.).
- Das Igel-Prinzip (die drei Kreise). Mit diesem Prinzip legt ein Unternehmen seine Ausrichtung fest und klammert alle anderen Möglichkeiten durch Reduktion auf eine zentrale Einsicht aus. Der Weg dorthin wird bestimmt durch die Beantwortung von drei Fragen: Worin können wir die Besten werden? Was ist unser wirtschaftlicher Motor? Worin besteht unsere wahre Passion? Die erste Frage lässt sich in zwei Teilfragen aufteilen: Wo sind wir besser als andere Unternehmen? Was können wir nicht besser als unsere Konkurrenten? Aus diesen beiden Fragen lassen sich diejenigen Aktivitäten bestimmen, die einen Vorsprung vor den Mitbewerbern geben. Nur dort, wo die Mitarbeiter Leidenschaft entwickeln, werden fortlaufend Ideen zur Weiterentwicklung des Unternehmens produziert.
- Eine Kultur der Disziplin. Spitzenunternehmen arbeiten kontinuierlich im Rahmen des Igel-Prinzips und beschäftigen Menschen, die dies mit Begeisterung und Disziplin machen. Wie verfahren die angehenden Spitzenunternehmen, um eine Kultur der Disziplin aufzubauen? Spitzenunternehmen „schaffen ein konsistentes System mit klaren Bedingungen, geben ihren Mitarbeitern innerhalb dieses Rahmens jedoch Freiheit und Verantwortung. Sie stellen disziplinierte Menschen ein, die man nicht ständig führen muß, und kümmern sich dann um das Management ihres Systems statt um das Management der Belegschaft“ (Collins 2003: 161).
- Technologie als Beschleunigungsfaktor. Entgegen einer weitverbreiteten Auffassung ist der Einsatz modernster Technik nicht (bzw. sehr selten) der Auslöser für die Entwicklung zu einem Spitzenunternehmen. Der Einsatz von Technologie folgt aus dem Igel-Prinzip. Erst wenn klar ist, wohin ein Unternehmen sich entwickelt, lassen sich technische Hilfsmittel sinnvoll (zielgerecht) einsetzen. Spitzenunternehmen überlegen genau, ob eine bestimmte Technik zur eigenen Grundausrichtung passt (vgl. Collins 2003: 185 ff.).

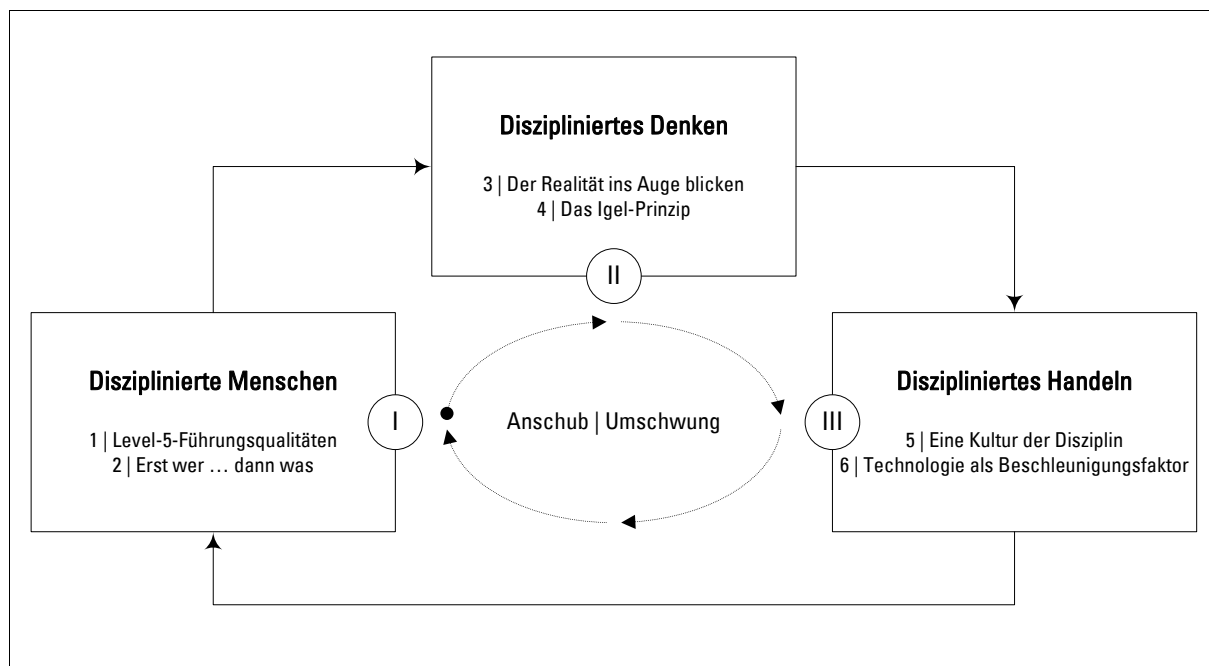


Abbildung 1-3: Spitzenunternehmen werden – Prinzipien (eigene Darstellung in Anlehnung an Collins 2003: 24)

Schwungrad und Teufelskreis. Für den Aufbau von Spitzenunternehmen sind nicht günstige Umstände oder eine geniale Erfindung maßgeblich, sondern kontinuierliche Arbeit. Spitzenunternehmen „haben eine einfache Wahrheit verstanden: Durchschlagende Leistung besteht aus ständiger Verbesserung plus vorzeigbaren Ergebnissen“ (Collins 2003: 222). Hieraus ergibt sich der Schwungradeneffekt: Aus kleinen Verbesserungen und sichtbaren Resultaten werden bei Befolgung des Igel-Prinzips Anhäufungen, die die Mitarbeiter zu weiteren Anstrengungen anspornen; wird auf dieser Basis weitergearbeitet, entstehen größere Verbesserungen (Abbildung 1-3).

Der Schwungradeneffekt stellt eine Art Zusammenfassung der übrigen Prinzipien dar, indem alle Teile zusammenwirkend zu einer nachhaltigen Entwicklung des Unternehmens beitragen und schließlich zur Formung eines Spitzenunternehmens führen (vgl. Collins 2003: 211 ff.).

2 | Ausgangspunkt für die zweite Studie (Collins 1997) ist die Frage, wie erfolgreiche Unternehmen dauerhaft an der Spitze bleiben (können). Und: Worin unterscheiden sich diese herausragenden Spitzenunternehmen von den anderen Unternehmen?

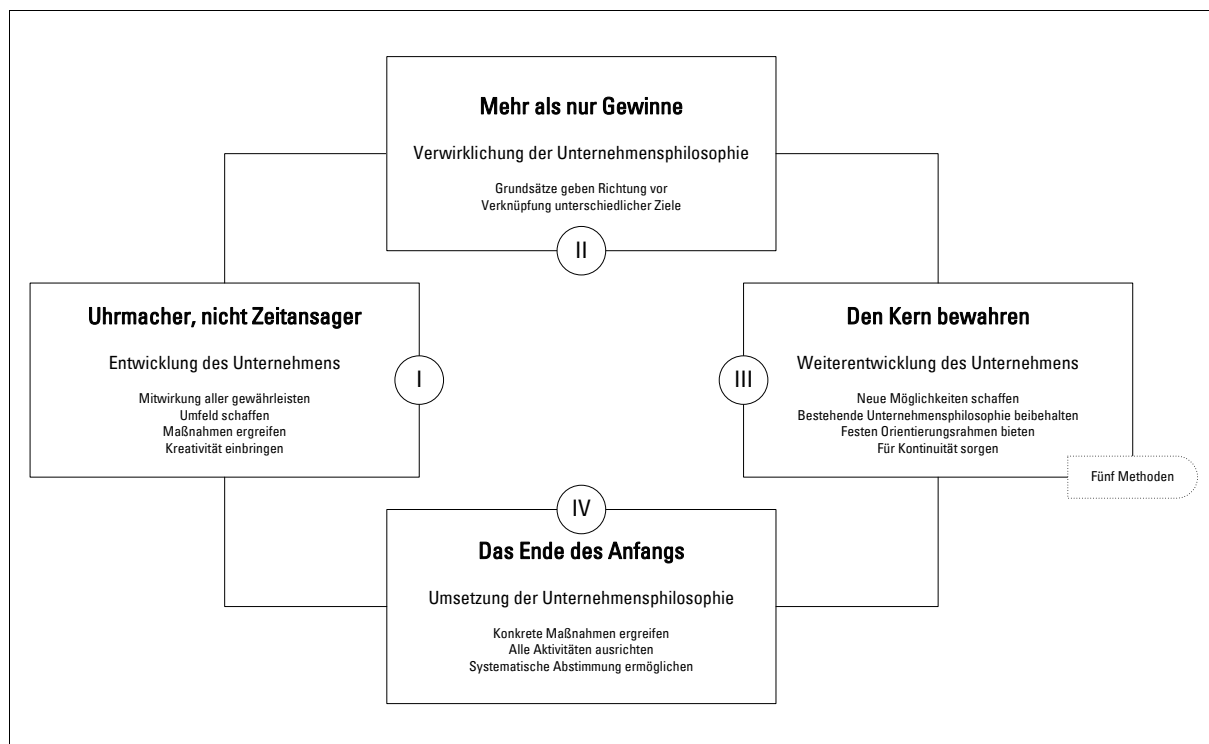


Abbildung 1-4: Spitzenunternehmen bleiben – Prinzipien (eigene Darstellung nach Collins 1997)

Collins (1997) macht vier Prinzipien ausfindig (Abbildung 1-4):

- **Uhrmacher, nicht Zeitansager.** Ein Unternehmen kann durch eine geniale Idee oder eine charismatische Führungskraft vorangebracht werden – und folgt damit eher dem Zeitansager-Prinzip. Die geniale Idee bzw. die Führungskraft geben die Richtung vor; finden die Produkte, die sich aus der Idee ergeben, keinen Zuspruch mehr bei den Kunden, erlischt die Kraft der genialen Idee. Stellt das Management dagegen die Entwicklung des Unternehmens in den Vordergrund, folgt er damit dem Uhrmacher-Prinzip. Es gilt, ein Umfeld zu erzeugen, in dem alle Mitarbeiter an der Weiterentwicklung des Unternehmens mitwirken können. Mit Hilfe organisatorischer Maßnahmen können z. B. Freiräume geschaffen werden, die es den Mitarbeitern ermöglichen, ihre Kreativität im Sinne fortwährender Verbesserungen einzusetzen (vgl. Collins 1997: 45 ff.).
- **Mehr als nur Gewinne.** Bei der Untersuchung der erfolgreichen Unternehmen zeigt sich, dass die Gewinne erst an zweiter Stelle kommen. „Die Gewinnmaximierung steht nicht im Vordergrund, doch die visionären Unternehmen verfolgen ihre Ziele so, daß sie dabei Gewinne machen“ (Collins 1997: 85). An erster Stelle steht bei den Unternehmen die Verwirklichung ihrer Unternehmensphilosophie. Erst danach folgen andere Ziele (z. B. Kostensenkung oder Ablaufoptimierung). In kreativer Weise werden auch scheinbar unvereinbare Ziele miteinander verbunden, wie Stabilität und Experimente oder strategische Kontrolle und operative Autonomie. Die Grundsätze der Unternehmensphilosophie geben die Richtung vor (vgl. Collins 1997: 74 ff.).
- **Den Kern bewahren.** Die Weiterentwicklung fördern. Spitzenunternehmen zeichnen sich durch einen inneren Drang zu fortwährender Weiterentwicklung aus (d. h. Verbesserungen und Schaffung neuer Möglichkeiten). Bei der Weiterentwicklung bleibt gleichzeitig die Unternehmensphilosophie (als Kern) bestehen und sorgt für Kontinuität sowie einen festen

Orientierungsrahmen (vgl. Collins 1997: 115 ff.). Bei der Konkretisierung dieses Prinzips sind fünf Methoden zur Umsetzung bedeutsam:

- Riskante, hochgesteckte Ziele. Konzentration auf herausragende, kühne und oft riskante Ziele und Projekte, für die ein visionäres Unternehmen all seine Kräfte aufbietet (die Weiterentwicklung fördern).
- Sektenartige Kulturen. Großartige Arbeitsplätze nur für diejenigen, die sich mit der Unternehmensphilosophie identifizieren (den Kern bewahren).
- Viel Experimentieren und das Bewährte festhalten. Aktivismus und viele oft ungeplante und ungezielte Experimente, die neue und unerwartete Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen (die Weiterentwicklung fördern).
- Langfristige Nachfolgeplanung. Politik der Besetzung von Führungspositionen aus den eigenen Reihen, damit nur solche Manager in obere Führungspositionen berufen werden, die sich restlos mit der Unternehmensphilosophie identifizieren (den Kern bewahren).
- Gut ist nie gut genug. „Ein unendlicher Prozeß fortwährender Perfektionierung, um besser und immer besser zu werden (die Weiterentwicklung fördern)“ (Collins 1997: 125).
- Das Ende des Anfangs. Viele Unternehmen haben mittlerweile eine Vision oder eine Unternehmensphilosophie formuliert und belassen es dabei. „Das Wesen eines visionären Unternehmens besteht darin, daß es seine Unternehmensphilosophie und seinen spezifischen Entwicklungsdrang in konkrete Maßnahmen umsetzt – in Ziele, Strategien, Taktiken, Regeln, Verfahren, kulturelle Praktiken, Führungsstile, Baupläne, Vergütungssysteme, Buchführungssysteme, Arbeitsgestaltung – kurz: in all seine Aktivitäten“ (Collins 1997: 257). Die Ausrichtung und Abstimmung aller unternehmerischen Aktivitäten auf die übergeordneten Ziele ist eine dauerhafte und wichtige Aufgabe. Durch die systematische Abstimmung aller Einzelmaßnahmen potenzieren sich die Effekte. Die Arbeit an der Weiterentwicklung eines Unternehmens kommt nie an ein Ende, sondern ist eine beständige Aufgabe (vgl. Collins 1997: 257 ff.).

1.3.2.2.2 Prinzipien wirksamer Führung

Malik (2000) legt einen konstitutionellen Ansatz von Management vor und betont in der Tradition einer „Praxis des Managements“ (Drucker 1998) die alltagsrelevanten Komponenten erfolgreichen Managements.⁸ Es werden die wesentlichen Elemente und zentralen Besonderheiten des Managements im Hinblick auf eine wirksame Führung herausgearbeitet (Abbildung 1-5). Malik rückt mit diesem Ansatz die handwerkliche Seite des Managements ins Blickfeld der Betrachtung. Auf zwei Fragen soll eine Antwort gegeben werden: Was macht Management als Beruf überhaupt aus? Was sind die allgemeinen Prinzipien erfolgreichen Managements?

⁸ Mit dem konstitutionellen Ansatz sollen die zentralen Elemente herausgearbeitet werden, die den Beruf Manager ausmachen. Neben der Berücksichtigung grundlegender Prinzipien eines wirksamen Managements sind aber auch zehn Verhaltensregeln zu nennen, die echte Führer auszeichnen und zum Erfolg beitragen: 1. Sie sind auf die Aufgabe konzentriert; 2. Sie zwingen sich, zuzuhören; 3. Sie arbeiten daran, sich verständlich zu machen; 4. Sie verzichten auf Alibis und Ausreden; 5. Sie geben ihr Bestes, aber nicht ihr Leben; 6. Sie stehlen Mitarbeitern nicht den Erfolg; 7. Sie haben keine Angst vor starken Leuten; 8. Sie akzeptieren Verschiedenartigkeit; 9. Sie überzeugen, statt zu begeistern; 10. Sie sind Realisten (vgl. Malik 2002: 36).

Malik (2000) strukturiert Management in die drei Bereiche Grundsätze wirksamer Führung (Sechs Grundsätze: 1. Orientierung am Resultat, 2. Beitrag zum Ganzen, 3. Konzentration auf Weniges, 4. Stärken nutzen, 5. Vertrauen schaffen, 6. Positiv denken), Aufgaben wirksamer Führung (Fünf Aufgaben: 1. Für Ziele sorgen, 2. Organisieren, 3. Entscheiden, 4. Kontrollieren, 5. Menschen entwickeln und fördern) und Werkzeuge wirksamer Führung (Sieben Werkzeuge: 1. Die Sitzung, 2. Der Bericht, 3. Job Design und Assignment Control, 4. Persönliche Arbeitsmethodik, 5. Budget und Budgetierung, 6. Leistungsbeurteilung, 7. Systematische Müllabfuhr).⁹

⁹ In der Konzeption von Malik (2000) geben die Aufgaben und Werkzeuge wirksamer Führung dem Management generelle Prinzipien und grundlegende Instrumente an die Hand (vgl. Malik 2000: 192).

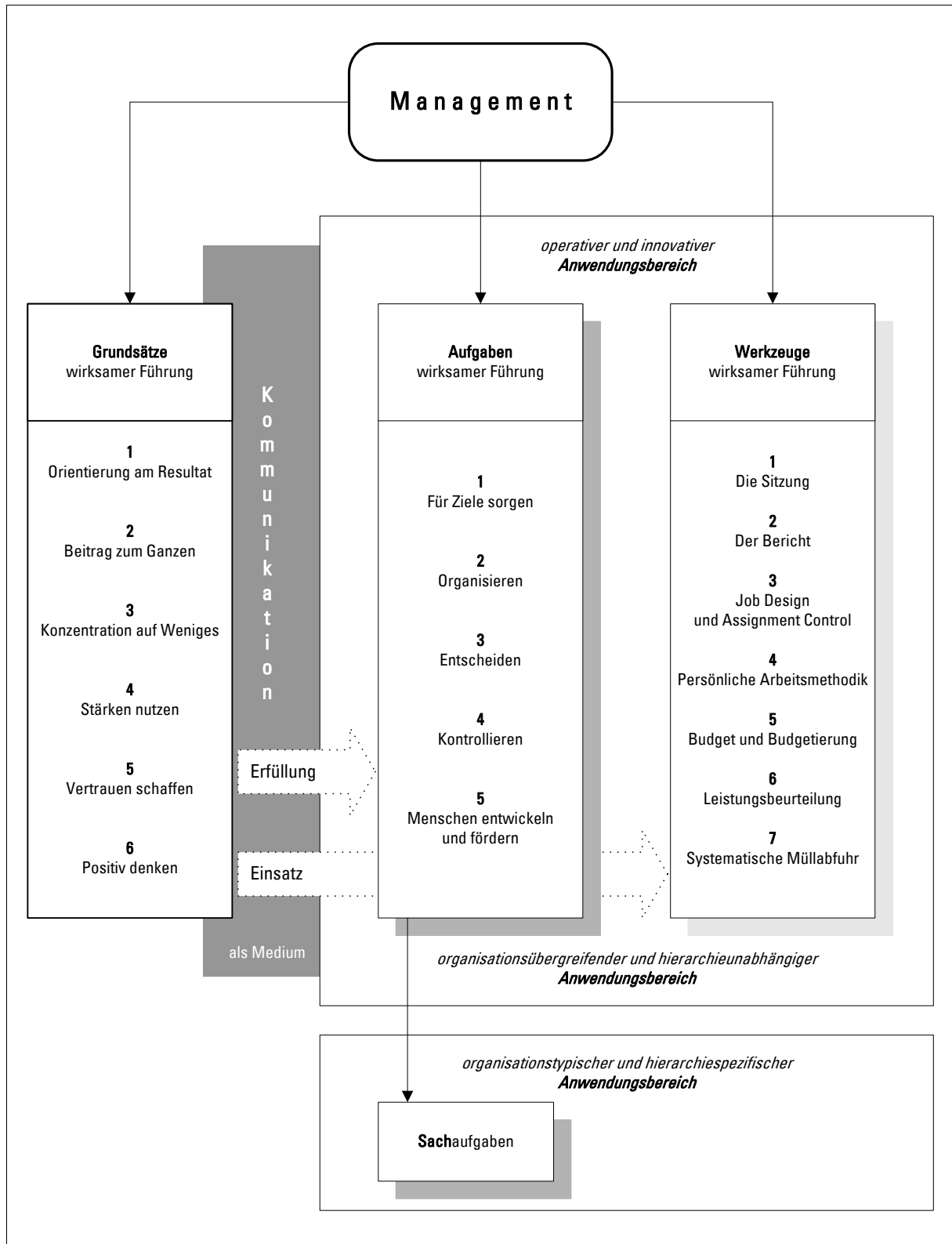


Abbildung 1-5: Wirksame Führung – Prinzipien (eigene Darstellung nach Malik 2000)

Diese Grundsätze sind der „Kern von Unternehmenskultur, [...] der Kern guten, kompetenten und wirksamen Managements. Und dies in zweifacher Hinsicht: Erstens, mehr als diese sechs Grundsätze sind [...] nicht erforderlich; ohne ihre Beachtung aber kann es gutes Management und eine brauchbare, auf Dauer und auch durch Schwierigkeiten hindurch tragfähige Unter-

nehmenskultur nicht geben. Zweitens, wichtiger aber noch, ohne diese Grundsätze wird man dauerhaft keine Organisation erfolgreich führen können, gleichgültig welche anderen Elemente man noch als erforderlich ansehen mag“ (Malik 2000: 166). Dabei sind die Grundsätze im Zusammenhang zu sehen: „Sie bilden einen Satz von verhaltenssteuernden Regeln mit dem Zweck der Etablierung wirksamen, professionellen Managements“ (Malik 2000: 167).¹⁰

Darüber hinaus geht es zum einen um die Erfüllung von Aufgaben wirksamer Führung und zum anderen um den Einsatz von Werkzeugen wirksamer Führung. Dabei spielt die Kommunikation als Medium eine zentrale Rolle: „Information und Kommunikation können meines Erachtens besser verstanden werden, wenn man sie nicht als Aufgaben ansieht, sondern als Medium, vermittels dessen die Aufgaben erfüllt werden. Auch wenn Vergleiche meistens hinken: So wie Geld ein Medium oder ein Vehikel ist, das die Wirtschaft benutzt, mit dem und durch das sie arbeitet, lassen sich Information und Kommunikation [...] als Medium oder Vehikel verstehen, um wirksam zu werden. Es geht im Management aber – und das ist entscheidend – so gut wie niemals um Information und Kommunikation an und für sich. Sie sind kein Selbstzweck. Der Zweck muss in der Erfüllung der Managementaufgaben liegen, und insofern dafür Information erforderlich ist, muss kommuniziert werden. [...] Das Wesentliche im Management ist immer die Botschaft; es sind die Inhalte, auf die es ankommt und gerade nicht das Medium selbst“ (Malik 2000: 270 f.).

In der Konzeption stellen die Aufgaben wirksamer Führung und die Werkzeuge wirksamer Führung sowohl den operativen und innovativen als auch den organisationsübergreifenden und hierarchieunabhängigen Anwendungsbereich dar. Die fünf Managementaufgaben und die sieben Managementwerkzeuge sind universell, d. h. übergreifend im Hinblick auf die Art der Organisation (z. B. ob Industrieunternehmen oder Krankenhaus) und unabhängig von der Position in der Hierarchie (z. B. ob oberes Management oder unteres Management): „Management kann ohne professionelle Erfüllung der [...] fünf Aufgaben nicht funktionieren und keine Ergebnisse erzielen“ (Malik 2000: 264). „Die Werkzeuge und ihr professioneller Einsatz bilden die Brücke zwischen Effizienz und Effektivität. [...] Ohne Beherrschung der Werkzeuge kann es weder Produktivität noch Profitabilität, weder vernünftige Teamarbeit noch Innovation, weder die Bewältigung von Wandel noch die Nutzung von Chancen geben“ (Malik 2000: 382 f.).¹¹

Von den Aufgaben wirksamer Führung als Schlüsselaufgaben werden die Sachaufgaben als Fachaufgaben unterschieden; diese Sachaufgaben (Fachwissen: Kenntnisse und Kompetenzen) stellen den organisationstypischen und hierarchiespezifischen Anwendungsbereich dar;

¹⁰ Welche Konsequenzen sind aus dem konstitutionellen Ansatz von Malik (2000) mit seinen Grundsätzen, Aufgaben und Werkzeugen eines wirksamen Managements für die konzeptionelle und curriculare Gestaltung der akademischen Ausbildung von Managern zu ziehen?

¹¹ Vgl. dazu auch Malik (2003). Eine zentrale Aufgabe von Führungskräften ist das Treffen von Entscheidungen. Malik stellt das richtige Vorgehen der Entscheidungsfindung in einem in acht Schritten ablaufendes Verfahren dar: 1. Präzise Bestimmung des Problems; 2. Spezifikation der Anforderungen an die Entscheidung; 3. Herausarbeitung von Alternativen; 4. Risikoanalyse; 5. Festlegung von Grenzen; 6. Entschlussfassung; 7. Einbau der Realisierung; 8. Feedback und Followthrough (vgl. Malik 2003: 30).

d. h. die Sachaufgaben sind in den Organisation unterschiedlich und in den Managementpositionen verschieden.

1.4 Resümee

Die vorgestellten Managementansätze unternehmen den Versuch, allgemeine und übergreifende Prinzipien eines gelingenden Managements herauszuarbeiten. Es werden grundsätzlich nur einige wenige Prinzipien formuliert. Insgesamt kommt eine eher pragmatische Sicht des Managements mit Bezug auf konkrete Vorgehensweisen zum Tragen. Darüber hinaus wird dem Faktor Mensch (z. B. Verhaltensmuster der Führungskräfte, Einstellungen zu den Mitarbeitern) eine herausgehobene Stellung im Rahmen des Managements eingeräumt – Unternehmenskultur und Menschenbild spielen eine große Rolle.

Die skizzierten Managementansätze beruhen einerseits auf gewonnenen langjährigen Erfahrungen in der Managementberatung bzw. geronnenen profunden Erkenntnissen aus der Managementpraxis und beziehen andererseits ihr Wissen aber auch aus empirisch abgestützten Forschungsvorhaben – sie ergänzen von daher das bisherige Repertoire einer verhaltenswissenschaftlich begründeten, systemtheoretisch ausgerichteten und betriebswirtschaftlich fundierten Managementlehre.

2 Zu den konzeptionellen Grundlagen des Pflegemanagements

2.1 Einführung

Erhöhter Kosten- und Rationalisierungsdruck, zunehmendes Konkurrenz- und Marktprinzip, wachsende Qualitäts- und Effizienzanforderungen: Der „scharfe Wind der freien Marktwirtschaft“ erzwingt schon seit geraumer Zeit erhebliche Anpassungsleistungen von Gesundheitsorganisationen an ein dynamisches Umfeld (Conradt 1995). Pflegeeinrichtungen müssen sich neuerdings einer „Operation Betriebswirtschaft“ unterziehen und werden dabei Unternehmen aus der übrigen Wirtschaft immer ähnlicher (Kreutz-Arnold 2004).

Auf der einen Seite wird auf ökonomische Prinzipien in Form der traditionellen Betriebswirtschaftslehre als Richtschnur für das Managementhandeln gesetzt und teilweise werden ganz unterschiedliche Managementmodelle bzw. -konzepte aus dem Industriebereich übernommen und angewandt.¹² Auf der anderen Seite mehren sich die kritischen Stimmen, die sich gegen eine „Kolonialisierung der Pflege durch die Sprache der Ökonomen“ wenden (Müller et al. 2003: 15) und sich gegen eine unreflektierte Übernahme einer reinen finanzwirtschaftlichen Perspektive in Form einer zweckrationalen Steuerung von sozialen Organisationen aussprechen: Die Behandlung von Patienten im Krankenhaus oder die Betreuung von Bewohnern im Altenheim sollte im Vordergrund sämtlicher Bemühungen stehen. Einerseits wird damit auf den besonderen Charakter des Pflegemanagements aufmerksam gemacht. Andererseits befindet sich das Pflegemanagement in einem Spannungsfeld widersprüchlicher Erwartungen und divergenter Anforderungen – speziell in einer dichotomen Auseinandersetzung zwischen ökonomischer Rationalität des Sparens und pflegerischem Berufsethos des Helfens.¹³ Das Pflegemanagement muss deshalb in der täglichen Arbeit einen Balanceakt vollbringen können und ökonomische Zwänge mit ethischer Verantwortung verbinden lernen.

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich drei Entwicklungen hinsichtlich des Pflegemanagements vollzogen:

1 | Die Strukturen der pflegerischen Versorgung haben sich in Deutschland seit den 1990er Jahren vor allem durch die Gesundheitsreformgesetzgebung grundlegend geändert.

¹² Eine kritische Einschätzung z. B. zur Anwendung des Konzepts des Lean Managements in der stationären Altenpflege geben Brater und Maurus in ihrem Band „Das schlanke Heim“. Die Untersuchung auf der Basis eines mehrjährigen Forschungsprojekts „wendet sich nicht gegen die Sparzwänge, denen Einrichtungen der sozialen Hilfe unterliegen (das sind politische Fragen, die auf einer anderen Ebene verfolgt werden müssen), sondern [...] möchte den für das Management der Pflegeeinrichtung Verantwortlichen dabei helfen, ‚am richtigen Ende‘ zu sparen. Konkret heißt das, [...] zu sensibilisieren für die Risiken strikter Sparkurse, vor allem aber auch, [...] eine radikale Alternative aufzuzeigen, einen völlig anderen Weg der Produktivitätssteigerung, der nicht einfach linear Kosten senkt, sondern der diese Kosten vorher qualitativ bewertet hinsichtlich ihrer Bedeutung für das wirtschaftliche Gesamtergebnis, und dabei nicht nur auf Zahlen starrt, sondern deren vernetzten Gesamtzusammenhang mit allen Prozessen eines Heims ins Auge fasst“ (Brater, Maurus 1999: 9).

¹³ „Insbesondere Führungskräfte aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich sehen sich in ihrer persönlichen Ethik im Widerspruch zu dem, was man als ‚Ethik des Marktes‘ bezeichnen könnte. Das hat seinen Grund häufig darin, dass die persönliche Werthaltung, die zu einem Beruf innerhalb der Dienstleistung Pflege geführt hat, in hohem Maß von Fürsorglichkeit, Zuwendung zu hilfsbedürftigen Menschen und der Bereitschaft zu großem Engagement bestimmt ist“ (Städtler-Mach 2003: 10).

Landenberger (1998) zeigt auf der Grundlage eines mehrstufigen Wirkungsmodells, dass sich mit der Einführung der Pflegeversicherung die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Pflegeeinrichtungen radikal gewandelt haben: Aus bürokratischen „Pflegeanstalten“ entwickelten sich wirtschaftlich eigenverantwortliche „Sozialunternehmen“. ¹⁴ Mit der Neustrukturierung der institutionellen Rahmenbedingungen und den veränderten Handlungsprämissen von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen gehen gleichzeitig erhöhte Anforderungen hinsichtlich der organisatorischen Selbststeuerung und damit der Gestaltungsverantwortung einher. „Durch Veränderung zentralstaatlicher Regulierung müssen Pflegeorganisationen neue Verhaltensstrategien im Hinblick auf Leistungsdefinition, Ressourcenbeschaffung und Bestandssicherung finden“ (Landenberger 1998: 184).

In der Studie von Landenberger werden die Pflegeorganisationen als Kristallisationspunkt von Makroprozessen (zentralstaatliche Gesundheitspolitik) und Mikroprozessen (medizinisch-pflegerisches Handeln durch Angehörige der Gesundheits- und Pflegeprofessionen) betrachtet. „Pflegeorganisationen setzen allgemein normierende Leistungsprogramme in konkrete, dem Einzelfall des Kranken und Pflegebedürftigen angemessene Leistungen um. Eine Veränderungsdynamik entsteht nun in der Weise, als die neuen institutionellen Rahmenbedingungen das Ausbalancieren von klienten- und gemeinwohlorientierter Leistungserstellung einerseits und ökonomischer Effizienz andererseits zur Überlebensfrage der einzelnen Pflegeorganisationen machen. Unter den früheren rechtlichen Normierungen trugen staatliche Instanzen und Träger einen Teil der Finanzierungsverantwortung mit, und die Pflegeeinrichtungen hielten im konkurrenzfreien Raum ihr Angebot vor – ohne für die Nachfragesicherung selbst verantwortlich zu sein. Unter diesen beschützenden, aber auch innovationsfeindlichen Bedingungen konnten einzelne Berufsgruppen Partialinteressen realisieren (z. B. kostenintensive Medizintechnik), ohne daß der Organisationsbestand dadurch in Gefahr geriet. Durch neue rechtliche Normierungen werden Pflegeorganisationen nun zu selbständigen Wirtschaftseinheiten, was mit ungewohnter Instabilität aufgrund von Finanzierungsverantwortung und Konfrontation mit Wettbewerb um Klienten und Ressourcen verbunden ist“ (Landenberger 1998: 185). Das Nachlassen staatlicher Gesamtsteuerung ermöglicht die Zunahme organisatorischer Feinsteuerung und eröffnet dem Pflegemanagement damit verschiedene Handlungsoptionen.

2 | Aufgrund struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen haben sich die Qualifikations- und Arbeitsanforderungen an Führungskräfte bezüglich der Managementkompetenzen erheblich gewandelt. Dies zeigt sich daran, dass komplexe (organisatorische, planerische,

¹⁴ „Man wird jedoch, wenn es darum geht, Managementtechniken aus privatwirtschaftlichen in nichtprivatwirtschaftliche Organisationen zu importieren, warnend darauf hinweisen müssen, daß die zielführende Evidenz der Managementtechniken nur um den Preis der Einführung jener strukturellen Spannungen zu haben ist, aus denen sie ihre Energie und Motivation beziehen. Nichts jedoch ist organisatorisch unverfügbarer als diese strukturellen Spannungen, die nicht das Produkt unternehmerischer Entscheidung sind, sondern der Art und Weise, wie die Differenz zwischen Organisation und Gesellschaft in der Gesellschaft als Voraussetzung der Ausdifferenzierung von Organisationen gefaßt und reproduziert wird. Die Einführung von Managementtechniken in nichtprivatwirtschaftliche Organisationen ist nur um den Preis der Einführung der Priorität des Bezugs auf das Funktionssystem Wirtschaft und damit der Abschwächung des Bezugs auf andere Funktionssysteme zu haben. Für Behörden, Gerichte, Kirchen, Armeen, Schulen, Universitäten, Krankenhäuser, Ingenieurbüros, Orchester und Theater ist typisch, daß sie nicht gemanagt, sondern professionell verwaltet werden“ (Baecker 2003: 270).

administrative und koordinierende) Managementaufgaben auch im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung gewinnen. Bereits 1988 wurde für die Pflegedienstleitung im Krankenhausbereich festgestellt: „Zunehmende Komplexität, Arbeitsteilung und Verdichtung der Leistungsprozesse bringen mit sich, daß immer mehr Koordinations- und Kooperationsnotwendigkeiten entstehen und deshalb der Aufgabenumfang der Krankenhausleitungen in gleichem Maße steigt“ (Dahlgaard, Pütjer 1988: 822).¹⁵ Mit den wachsenden und sich verändernden Anforderungen an Leitungskräfte im Pflegebereich stehen aber auch die bisherigen traditionellen Fort- und Weiterbildungswege zur Disposition. Die Bundesanstalt für Arbeit befindet: „Diese gesellschaftlichen, ökonomischen und pflegerischen Veränderungsprozesse verlangen vom Pflegemanagement Qualifikationen, die in der Zukunft, vergleichbar mit anderen tragenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen, vor allem im tertiären Bildungsbereich erworben werden müssen“ (Bundesanstalt für Arbeit 1996: 5). Von der akademischen Ausbildung sollen wiederum positive Wirkungen auf die Praxis ausgehen, wie es die Robert Bosch Stiftung formuliert: „Eine wissenschaftlich fundierte und interdisziplinär ausgerichtete Qualifizierung der Führungskräfte im mittleren und oberen Management stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen [...] soll dazu beitragen, daß sich Qualität und Leistungsfähigkeit in den Institutionen des Gesundheitswesens verbessern“ (Robert Bosch Stiftung 1993: 115).

3 | In den Jahren bis zur Strukturreform im Hochschulbereich haben sich gesundheits- und pflegebezogene Diplomstudiengänge mit unterschiedlichen Studienrichtungen an Universitäten und Fachhochschulen als Reaktion auf die vielfältiger gewordenen Anforderungen an die Pflegeberufe etabliert. In Zusammenhang mit dem Akademisierungsprozess sind vor allem die Studiengänge Pflegemanagement an den Fachhochschulen eingerichtet worden (29 grundlegende Studiengänge). Damit haben die Fachhochschulen die Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1991 aufgegriffen und umgesetzt, „neue Studiengänge [...] zu entwickeln, die den speziellen Gegebenheiten und Anforderungen der nichtärztlichen Gesundheitsdienstberufe entgegenkommen“ (Wissenschaftsrat 1991: 79).¹⁶

Im Zuge der Akademisierung hat man versucht, sich dem Bereich des Pflegemanagements aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln zu nähern.¹⁷ Der Bogen an Publikationen reicht deshalb

¹⁵ Über den Wandel des Anforderungsprofils der Pflegedienstleitung im ambulanten Bereich berichtet Sießegger – zu den pflegfachlichen kommen zunehmend betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse hinzu. Die Pflegedienstleitung „steht in der Verantwortung, wirtschaftliche Aspekte in besonderem Maße bei der täglichen Arbeit zu berücksichtigen, da wirtschaftliches Handeln die soziale Dienstleistung Pflege erst ermöglicht“ (Sießegger 1998a: 19). Mit der Bestimmung und Gestaltung zentraler Kernprozesse eines ambulanten Dienstes (z. B. Personaleinsatzplanung, Zeit- und Leistungserfassung) ist die Pflegedienstleitung „als Manager anzusehen. Sie ist die entscheidende Person für die Abstimmung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflege“ (Sießegger 1998b: 28).

¹⁶ Der Wissenschaftsrat stellt in seinen Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen fest, dass in den letzten zehn Jahren über 1200 neue Studienangebote eingerichtet (bzw. sich in Planung befinden) und neue Felder erschlossen wurden. „Den größten Anteil machen hier diejenigen Studiengänge aus, die auf die Ausübung nicht-ärztlicher Berufe [...] vorbereiten, wie Pflege, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und angewandte Gesundheitswissenschaften“ (Wissenschaftsrat 2002: 31).

¹⁷ Vgl. als eine erste Übersicht die Referate zum Pflegemanagement auf dem internationalen Kongress in Aarau (Schweiz), bei dem es darum ging, „die verschiedenen aktuellen Problembereiche zu ordnen und Ansatzpunkte für eine strategisch ausgerichtete Entwicklung des Pflegemanagements festzuhalten“ (Althaus, Schumacher 1997: 5).

von fundierten Übersichten zur Bandbreite des Pflegemanagements über theoretische und empirische Studien zu Einzelaspekten des Pflegemanagements bis hin zu praxisbezogenen Leitfäden mit Handlungsempfehlungen für Führungskräfte im Pflegemanagement.

Das Pflegemanagement befindet sich in konzeptioneller Hinsicht in einem Spannungsfeld was die wissenschaftliche Erfassung und Durchdringung anbelangt. Zunächst erfolgt in Kapitel 2.2.1 eine Verortung des Pflegemanagements im Kontext von Theorie, Ausbildung und Praxis. Kapitel 2.2.2 gibt einen Überblick zu den Grundlagen des Pflegemanagements. Es werden die bisherigen Ansätze in eine Übersicht eingeordnet und gewürdigt. Danach wird in Kapitel 2.2.3 das Pflegemanagement als besonderes Management verortet.

2.2 Aspekte des Pflegemanagements

Was ist Pflege? Das Grimmsche Wörterbuch bezeichnet als Pflege „das thun und treiben, die übung, beschäftigung, das benehmen, die sitte und gewohnheit“ (GDW 1889: 1733).¹⁸ Eine modernere Auffassung thematisiert Pflege als Reaktion auf Pflegebedürftigkeit und bezeichnet als deskriptive Kategorie damit den Umstand, „dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist“ (Wingefeld 2000: 339).

Pflegemanagement hingegen ist eine Wortschöpfung jüngerer Datums. Das Pflegemanagement setzt sich aber nicht nur aus den zwei ganz unterschiedlichen Begriffen Pflege und Management zusammen, sondern verbindet auch die dahinterliegende pflegewissenschaftliche und betriebswirtschaftliche Perspektive (Abbildung 2-1). Während Management sich als Gegenstandsbereich der Betriebswirtschaftslehre schon lange etabliert hat, beginnt die Pflege, sich als Wissenschaft gerade erst zu konstituieren und ihr Untersuchungsobjekt systematisch zu erfassen.¹⁹

Das Pflegemanagement kann aus zwei Blickwinkeln betrachtet werden:

- zum einen als spezielle Form des Managements. Damit liegt die Betonung eher auf dem Wort Management und zielt auf ein spezifisches Verständnis von Management.
- zum anderen als spezielle Aufgabe der Pflege. Damit liegt das Gewicht eher auf dem Wort Pflege und zielt auf ein spezifisches Anliegen der Pflege.

¹⁸ Zunächst war mit *phlēge* bzw. *pflēge* (mdh.), *phlēga* (ahd.) sowie *plēon* (aengl.) sinngemäß „für etwas einstehen, sich für etwas einsetzen“ und später auch „sorgen für, betreuen, hegen“ oder „sich mit etwas abgeben, betreiben, gewohnt sein“ gemeint. Nach dem Duden wird in substantivierter Form unter *Pflege* (mhd. = pflege, späthd. = pflega) Sorge, Obhut und Betreuung sowie unter dem *Pfleger* (mhd. = pflegære, späthd. = flegare) der Fürsorger, Helfer und Betreuer verstanden (vgl. Duden 1999a: 2910 f).

¹⁹ Vgl. zum Überblick das Handbuch Pflegewissenschaft (Rennen-Allhoff, Schaeffer 2000) und darin den Beitrag zu Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung von Bartholomeyczik (2000).

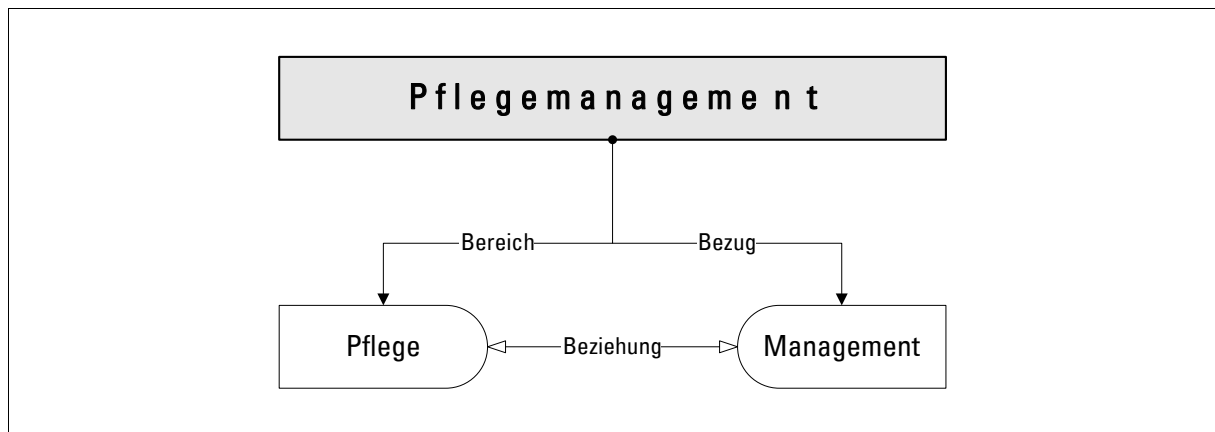


Abbildung 2-1: Pflegemanagement – Zum Begriff (eigene Darstellung)

2.2.1 Komponenten des Pflegemanagements

Bislang liegt noch keine Theorie des Pflegemanagements vor. Die systematische Beschäftigung mit den Grundlagen des Pflegemanagements im Hinblick auf Klärung und Abgrenzung des Gegenstands, Verständigung und Diskussion über die Methoden sowie Reflexion und Auseinandersetzung über die Annahmen ist deshalb angezeigt. Die vorliegende Studie bezieht sich auf das Theorie-Ausbildungs-Verhältnis und Ausbildungs-Praxis-Verhältnis.

Das Management im Allgemeinen und das Pflegemanagement im Besonderen setzen sich aus drei Komponenten zusammen, die gemeinsam in den Blick zu nehmen sind. Neben der Theorie (Grundlagen: Konzepte, Modelle, Ansätze) sind die Bereiche Ausbildung (Studium: Ziele, Profile, Inhalte) und Praxis (Berufsfeld: Anforderungen, Qualifikationen, Kompetenzen) des Pflegemanagements als dynamisches Verhältnis mit einzubeziehen (Abbildung 2-2).

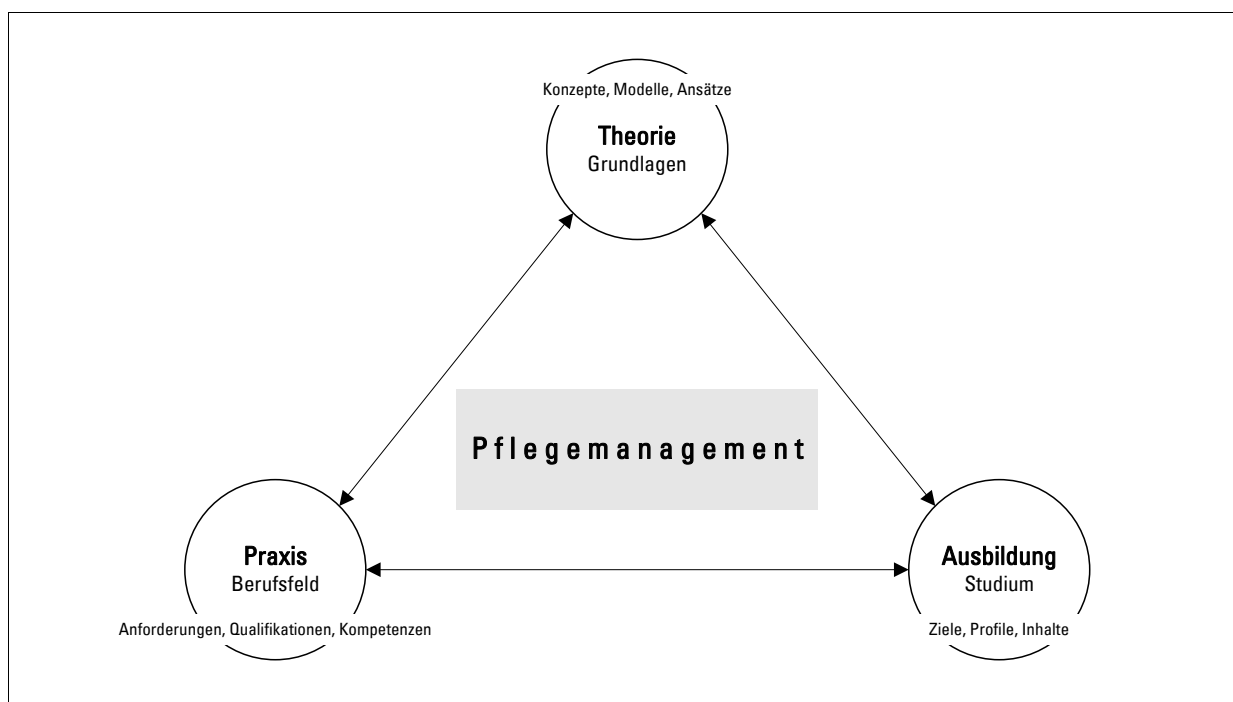


Abbildung 2-2: Das dynamische Verhältnis des Pflegemanagements (eigene Darstellung)

2.2.1.1 Zum Theorie-Ausbildungs-Verhältnis

1 | Von der Theorie zur Ausbildung: Managementansätze und ihre theoretischen Ausgangspositionen sind nicht starr, sondern entwickeln sich aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen und wissenschaftlichen Fortschritts bzw. Erkenntnisprozesses. Gleichwohl hat ein spezifisches vorherrschendes Managementverständnis Einfluss auf die Konstitution der Ausbildung seiner Zeit. Insofern kann die Konstruktion von Studiengängen zum Pflegemanagement auch die implizit oder explizit dahinterliegenden Managementmodelle widerspiegeln.

Die konkreten Konsequenzen bestimmter Managementvorstellungen auf die Curricula erläutert Dahlgaard (1998) in Bezug auf den Studiengang Pflege. Bei der Gestaltung des Faches Management ist zunächst von einem grundlegend anderem Verständnis von Management im Gesundheitsbereich auszugehen und vermieden werden sollte eine „undifferenzierte Übertragung von Managementkonzepten aus anderen Zusammenhängen“ (Dahlgaard 1998: 7). Darüber hinaus sind die besonderen Anforderungen des Managements im Pflegebereich zu berücksichtigen. „Neben den fachlichen und methodischen Anforderungen, die ähnlich hoch sind wie in anderen Anwendungsfeldern des Managementhandelns, sind hier insbesondere die notwendigen sozialen Qualifikationen zu nennen. Der unmittelbare Personen- bzw. Klientenbezug [...] der Pflegearbeit fordert auch im Arbeitsfeld ‚Management‘ besondere Fähigkeiten von den Akteuren, die über das ‚normale Vorgesetztenrepertoire‘ (Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit etc.) hinausgehen. Dazu gehören beispielsweise Einfühlungsvermögen, Kritikfähigkeit, Empathie und [...] auch die Fähigkeit, die eigene ethische Grundhaltung zu verdeutlichen und andere Haltungen zu akzeptieren“ (Dahlgaard 1998: 8). Mit der Berücksichtigung dieser Aspekte sind Auswirkungen auf die Lehrpläne z. B. hinsichtlich Fächerstruktur und -kombination sowie Themenangebot und -vielfalt verbunden. Sinnvoll erscheint aber noch ein weiteres Nachdenken über die Annahmen an der Nahtstelle zwischen Managementtheorie und Managementausbildung.

2 | Von der Ausbildung zur Theorie: Insgesamt haben sich mit den bereits etablierten Präsenz- als auch Fernstudiengängen an verschiedenen Fachhochschulen in der Bundesrepublik Deutschland drei Studienprofile herauskristallisiert: 1. Die Studiengänge Pflegedienstleitung bereiten explizit auf leitende Tätigkeiten vor. 2. Die Studiengänge Pflegemanagement beziehen sich allgemein auf den Managementbereich und betonen die inhaltliche Ausrichtung der späteren Tätigkeit. 3. Die Studiengänge Pflege haben einen universellen Anspruch und bilden für alle Funktionsbereiche und Hierarchieebenen aus; sie bieten häufig die Vertiefungsrichtungen bzw. Studienschwerpunkte Pflegemanagement an.²⁰

²⁰ Vgl. zur Einteilung sämtlicher Pflegestudiengänge die Systematik bei Dorschner (1999: 102).

Diese grundständigen Studiengänge sind hinsichtlich ihrer Studienkonzepte und -struktur sehr heterogen und vielfältig; sie weisen ganz verschiedene Studienfächer und -inhalte mit unterschiedlicher Gewichtung aus.²¹ Für die theoretische Entwicklung des Pflegemanagements ist eine umfassende und vergleichende Untersuchung speziell der Studiengänge Pflegemanagement notwendig und hilfreich; damit kann einerseits die Bandbreite inhaltlicher Schwerpunktsetzungen und Variationen sowie die Heterogenität der Konzepte und Curricula erfasst werden. Durch eine breiter angelegte Analyse sämtlicher Studiengänge könnte andererseits herausgearbeitet werden, was bisher an den Fachhochschulen eigentlich unter Pflegemanagement verstanden wird. Pflegemanagement konstituiert sich durch Art und Inhalt des Angebots an Studiengängen.

2.2.1.2 Zum Praxis-Theorie-Verhältnis

1 | Von der Praxis zur Theorie: Für die Theorieentwicklung ist eine systematische Analyse und Reflexion der Wirklichkeit des Pflegemanagements auf drei Ebenen notwendig.²² Unter der Leitfragestellung „Was machen die Pflegemanagerinnen und Pflegemanager eigentlich?“ sind die tatsächlichen Tätigkeiten und Arbeitsabläufe in ihrer Struktur mit eher quantitativen Methoden zu beschreiben und zu analysieren. Mit der zentralen Frage „Wie verstehen sich die Pflegemanagerinnen und Pflegemanager selbst?“ sind die Selbsteinschätzungen hinsichtlich des beruflichen Handelns zu erfassen und zu deuten. Mit den Hauptfragestellungen „Wie gehen die Pflegemanagerinnen und Pflegemanager z. B. mit ethischen Anforderungen um? Mit welchen Ansprüchen und Widersprüchen hat man es in der Arbeit zu tun?“ ist die Alltagswelt des Pflegemanagements aus einer Innensicht durch eher qualitative Untersuchungen zu verstehen und zu interpretieren. Das Gesamtanliegen zielt auf die Rekonstruktion der Praxis des Pflegemanagements; dazu ist vor allem das umfangreiche Methodenrepertoire der qualitativen Sozialforschung voll auszuschöpfen und breiter anzuwenden.

2 | Von der Theorie zur Praxis: Managen ist eine eher praktische Tätigkeit, die allerdings nicht gänzlich voraussetzungslos und ohne theoretische Bezüge stattfindet. Von einer Theorie des Pflegemanagements können Impulse im Hinblick auf Handlungsorientierung und Entscheidungsgrundlagen für die Praxis wünschenswerte Auswirkungen ausgehen. Die Theorie kann den Handlungsrahmen abstecken und die dahinterstehenden Denkstrukturen aufzeigen

²¹ Systematische Studien zur Evaluation pflegebezogener Präsenzstudiengänge liegen bislang nur zu einzelnen Bereichen und Aspekten mit unterschiedlichen Methoden und Kriterien vor: einerseits beziehen sich die vorliegenden Untersuchungen auf einzelne Studiengänge (vgl. exemplarisch Bock-Rosenthal 1999a – b) und andererseits gibt es nur wenige vergleichende Analysen von Studiengängen, die vom Untersuchungsdesign auch noch ganz verschieden angelegt sind. Zum Beispiel analysiert die Studie von Lohr und Landenberger (1994) die Studienprofile auf der Basis der Curricula ausgewählter Pflegestudiengänge in Form einer Synopse; die explorative Studie von Görres et al. (2000) basiert auf einer schriftlichen Befragung aller pflegewissenschaftlichen Studiengänge zu spezifischen Kriterien der Studienprofilierung. Die Arbeit von Gensch (1998) bezieht sich eher auf formale Aspekte und ist als Regionalstudie angelegt; Dorschner (1999) untersucht die Studienordnungen von 19 Studiengängen im Hinblick auf die Kriterien „Studienziele“ (institutionelle Ausrichtung) und „Studienschwerpunkte“ (thematische Differenzierung).

²² Grundlage hierfür ist die empirisch-handlungsorientierte Perspektive. Nach Staehle (1994: 78 ff.) lassen sich in der Managementforschung zwei Vorgehensweisen identifizieren: der analytisch-funktionsorientierte Ansatz (Managementfunktionen) und der empirisch-handlungsorientierte Ansatz (Managementhandeln), der die „Aktivitäten der Manager vor Ort“ untersucht (Staehle 1994: 81).

sowie die damit verbundenen Entscheidungsoptionen darstellen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen aufzeigen. Für die Praktiker des Pflegemanagements besteht die Möglichkeit, durch die Auseinandersetzung mit den Theorien ein methodengeleitetes Vorgehen zu realisieren und das eigene tägliche Tun systematisch zu reflektieren sowie in einen größeren Kontext zu stellen. Das berühmte „über den Tellerrand schauen“ wird dadurch erst ermöglicht. Grundsätzlich ist eine verbesserte Vermittlung zwischen Managementtheorie und Managementpraxis anzustreben.

2.2.1.3 Zum Ausbildungs-Praxis-Verhältnis

Bereits 1991 hat der Wissenschaftsrat in einer Stellungnahme empfohlen, das Fächerspektrum an den Fachhochschulen zu erweitern (vgl. Wissenschaftsrat 1991). Brinkmann et al. haben dazu 1994 eine Untersuchung über die „zukünftige Managementausbildung an Fachhochschulen“ vorgelegt. Es werden vier Managementstudiengänge für die drei Bereiche Privatwirtschaft, öffentliche Verwaltung und intermediärer Sektor vorgeschlagen (vgl. Brinkmann et al. 1994: 10 ff.): 1. Die Ausbildung zum Betriebswirt (schwerpunktmäßig auf die Privatwirtschaft ausgerichtet), 2. Die Ausbildung zum Verwaltungsbetriebswirt (schwerpunktmäßig für den intermediären Bereich: z. B. Krankenhaus), 3. Die Ausbildung zum Rechtswirt (in erster Linie für Privatwirtschaft und in zweiter Linie für den intermediären Bereich), 4. Die Ausbildung zum Verwaltungswirt (bereitet auf die qualifizierte Sachbearbeitung in der öffentlichen Verwaltung vor). „Eine weitere Differenzierung von Managementstudiengängen [...] wird demgegenüber nicht für sinnvoll gehalten“ (Brinkmann et al. 1994: 14). Es wird allerdings darauf verwiesen, dass dieser Vorschlag der institutionellen Gliederung nur eine Zwischenlösung darstellt. „Die beste Lösung wäre eine Beschränkung der beruflichen Erstausbildung auf die in allen Managementtätigkeiten benötigten Grundqualifikationen in Verbindung mit einem konsequenten Ausbau eines Systems berufs begleitender, lebenslanger Ausbildung, das an einzelnen Funktionsbereichen ausgerichtet sein könnte“ (Brinkmann et al. 1994: 13). Die Entwicklung an den Fachhochschulen in den letzten Jahren zeigt aber, dass diese Empfehlung nicht durchgängig aufgegriffen wurde und sich verschiedene Spezialstudiengänge etabliert haben (z. B. Gesundheitsmanagement, Krankenhausmanagement).

Für das Pflegemanagement und deren Entwicklung spielt die enge Verzahnung zwischen Ausbildung (z. B. Fachhochschulen als Anbieter) und Praxis (z. B. Institutionen als Nachfrager) eine wesentliche Rolle. Dabei geht es vor allem um eine optimale Abstimmung zwischen der Qualifikations- und Kompetenzvermittlung und den Qualifikations- und Kompetenzanforderungen.

Der Wissenschaftsrat hat sich in einer grundlegenden Stellungnahme vertiefend mit dem Verhältnis von Hochschulausbildung und Beschäftigungssystem auseinander gesetzt. Ausgangspunkt der Überlegungen ist der sowohl von den Universitäten als auch von den Fachhochschulen zu berücksichtigende Wandel der Qualifikationsanforderungen. „Im Kontext von Veränderungen der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur wandeln sich auch die Qualifikationsanforderungen an Hochschulabsolventen. [...] Veränderungsprozesse führen teilweise zu veränderten Unternehmensstrukturen, die häufig mit anderen Managementkonzepten verbun-

den sind. Der Wandel der Arbeitsorganisation von traditionaler, funktionaler Arbeitsteilung in Richtung prozessorientierter, kooperativer Arbeitsformen stellen andere Anforderungen an Wissen und Kompetenzen“ (Wissenschaftsrat 1999: 12). Damit sind Forderungen seitens der Wirtschaft verbunden – neben den fachlichen Qualifikationen – zunehmend außerfachliche Schlüsselqualifikationen seitens der Hochschule zu vermitteln.²³

Zur Verbesserung des Verhältnisses von Hochschulausbildung und Beschäftigungssystem zielen die Empfehlungen des Wissenschaftsrats auf drei Aspekte:

- Stärkung des Praxisbezugs
- Förderung der Beschäftigungsfähigkeit
- Intensivierung der Kooperationsbeziehungen

1 | Von der Ausbildung zur Praxis: Allgemeines Kennzeichen der Fachhochschulausbildung ist ein auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhendes praxis-, berufs- und anwendungsorientiertes Studium. Aufgabe der Studiengänge zum Pflegemanagement ist eine wissenschaftlich fundierte Vorbereitung mit deutlichem Bezug auf Handlungsfelder und Praxisaufgaben des Pflegemanagements.

Als charakteristisches Merkmal von Präsenzstudiengängen an Fachhochschulen haben sich verschiedene Formen des Praxisbezugs herauskristallisiert (z. B. Praxisphasen im Ausland, betriebsbezogene Haus- und Diplomarbeiten); die sogenannten Praxissemester nehmen in diesem Zusammenhang eine zentrale Stellung ein und „haben sich in den vergangenen Jahren zu einem festen curricularen Bestandteil von Fachhochschulstudiengängen entwickelt“ (Wissenschaftsrat 2002: 40). Im Hinblick auf die berufspraktischen Phasen sieht der Wissenschaftsrat Entwicklungsperspektiven und Gestaltungsmöglichkeiten und gibt folgende Empfehlungen: „Die Vermittlung grundlegender Wissensbestände an der Hochschule dient der wissenschaftsbasierten Vorbereitung der Praxisphasen, umgekehrt müssen jedoch auch die praktischen Erfahrungen auf die Wissensvermittlung in der Fachhochschule zurückwirken, um Praxisphasen zu einem Gewinn für alle beteiligten Akteure werden zu lassen. [...] Die didaktische und inhaltliche Integration in die wissenschaftlich-theoretischen Inhalte des Studiums sollte deshalb eine der Leitlinien für die Einrichtung und Durchführung von Praxisphasen bilden. [...] Die wissenschaftliche Anleitung zu berufspraktischem Handeln und die wissenschaftsbasierte Reflexion über Tätigkeiten, die in den berufspraktischen Phasen ausgeübt

²³ Mit dem Begriff Schlüsselqualifikationen ist eine Bedeutungsvielfalt verbunden. Der Wissenschaftsrat (1999: 13) äußert sich folgendermaßen dazu: „Die Spanne der zu Schlüsselqualifikationen gerechneten Aspekte reicht von intellektuellen Fähigkeiten (z. B. analytisches Denken), generell erlernbaren Kenntnissen (Fremdsprachen) über strukturelle Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Flexibilität) und Arbeitstugenden (z. B. Leistungsbereitschaft) bis hin zu sozialen Kompetenzen (z. B. Kommunikations-, Teamfähigkeit).“ Das Konzept der Schlüsselqualifikationen kommt auch im Bereich des Pflegemanagements zum Tragen (vgl. dazu Berger 2000). „Die Anforderungen der Wirtschaft, ihre Kritik an den gegenwärtigen Studiengängen, aber auch die Beurteilungen des Studiums durch Absolventen selbst machen deutlich, daß die Vermittlung von Fachkompetenzen an deutschen Hochschulen positiv eingeschätzt wird. Gravierende Mängel werden der Hochschul-ausbildung jedoch hinsichtlich kommunikativer Kompetenzen und Teamfähigkeit im Sinne einer Kooperationsfähigkeit attestiert, die Grundkenntnisse in relevanten Nachbardisziplinen ebenso wie die Bereitschaft und die Fähigkeit zur disziplinübergreifenden, projektbezogenen Zusammenarbeit voraussetzen“ (Wissenschaftsrat 1999: 80).

werden, müssen mit den berufspraktischen Tätigkeiten stärker integriert werden. [...] Um die Vorbereitung der Praxisphasen und deren Rückkoppelung in das Curriculum zu optimieren, muss insbesondere die Abstimmung der Lernorte Hochschule und Beschäftigungssystem weiter verbessert werden. Die Lernorte müssen ihre spezifischen didaktischen und inhaltlichen Stärken in einem gemeinsam entwickelten Konzept der Verknüpfung von wissenschaftlicher und an der Berufspraxis orientierter Ausbildung zusammenführen“ (Wissenschaftsrat 2002: 107 f.).

2 | Von der Praxis zur Ausbildung: Befragungen von Studierenden und Absolventen haben ergeben, dass sich viele Studierende „durch das Studium nur ungenügend auf eine spätere Berufstätigkeit vorbereitet fühlen“ (Wissenschaftsrat 1999: 78). Im Hinblick auf die Beschäftigungsfähigkeit kommt der Wissenschaftsrat zu folgender Schlussfolgerung: „Die Förderung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit muß von den Hochschulen als ein Prozeß begriffen werden, der sich durch das ganze Studium zieht und nicht erst mit dem Studienabschluß einsetzt. Die Hochschulen sollen als Ort der Reflexion beruflicher Praxis dabei – im Dialog mit Arbeitgebern in Wirtschaft und öffentlichem Sektor – die Chance zur Entwicklung neuer Berufsfelder für ihre Absolventen durch innovative Studienangebote nutzen“ (Wissenschaftsrat 1999: 79).

Ein weiterer Gesichtspunkt der mit dem Beschäftigungsbezug zusammenhängt: Seitens der Fachhochschulen sind die Qualifikationsanforderungen der Praxis zu berücksichtigen und entsprechend sind empirische Instrumente zur Erfassung der derzeitigen und zukünftigen Qualifikationen (z. B. in Form von Bedarfsanalysen) systematisch einzusetzen, auszuwerten und curricular umzusetzen. Darüber hinaus sind vorhandene Forschungsstudien zum Qualifikationsbedarf und neuere Ansätze zur Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen zu berücksichtigen (vgl. Alex, Bau 1999). Damit soll eine möglichst genaue Passung zwischen den Qualifikationsanforderungen der Praxis und der Qualifikationsvermittlung im Studium erreicht werden. Nach dem Studium können die beruflichen Erfahrungen der Studierenden ebenfalls für eine systematische Reflexion und Weiterentwicklung des Studienganges genutzt werden. Dazu sind gezielt Studien zum Verbleib (die sich sowohl an die Absolventen als auch an die Arbeitgeber richten) kontinuierlich einzusetzen, systematisch auszuwerten und curricular umzusetzen.²⁴

Stärkung des Praxisbezugs und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit können durch eine Intensivierung der Kooperationsbeziehungen von Hochschulausbildung und Beschäftigungssystem besser erreicht werden. Auch dazu hat sich der Wissenschaftsrat richtungsweisend geäußert: „In den letzten Jahren entstanden an den Hochschulen eine Reihe von Initiativen zur Förderung des Praxis- und Berufsbezugs des Studiums. Diese sind im Grundsatz zu begrüßen, haben aber eine geringe Reichweite und üben weitgehend eine kompensatorische Funktion

²⁴ Hinsichtlich der Qualitätssicherung und -verbesserung des Ausbildungsprozesses im Studiengang Pflege/Pflegemanagement sowie über die vielfältig eingesetzten Evaluationsinstrumente wird beispielhaft auf die Evangelische Fachhochschule Berlin (2001) verwiesen. Hier werden systematisch Fragebögen u. a. zur Studienentscheidung, zur Studienzufriedenheit, zum Praktikum, zur Forschungsprojektphase oder zur Berufseinstimmung eingesetzt.

gegenüber den Versäumnissen der Fachbereiche aus. [...] Gemeinsame Verantwortung für die Beschäftigungsfähigkeit der Absolventen verlangt auch einen Beitrag der Wirtschaft und der öffentlichen Arbeitgeber, die auf lokaler/regionaler Ebene in eine Verständigung mit den Hochschulen eingebunden werden sollten. Dies betrifft zum einen den Austausch mit den Hochschulen über die erwarteten Qualifikationen und die Definition von Berufs- bzw. Praxisbezug. Zum anderen müssen Wirtschaft und öffentliche Arbeitgeber Möglichkeiten zur Verfügung stellen, Studierenden einen qualifizierenden und fachbezogenen Einblick in die Berufspraxis zu gewähren und dabei zusammen mit den Hochschulen auch neue Formen neben den Praxissemestern zu entwickeln“ (Wissenschaftsrat 1999: 80).

2.2.2 Ansätze des Pflegemanagements

Die bislang vorliegenden Ansätze des Pflegemanagements sollen in ihren wesentlichen Aussagen kurz vorgestellt (Grundzüge der Ansätze) und durch eine systematische Zuordnung verortet werden (Übersicht der Ansätze) (vgl. Rosenthal, Töllner 2005, 2004).

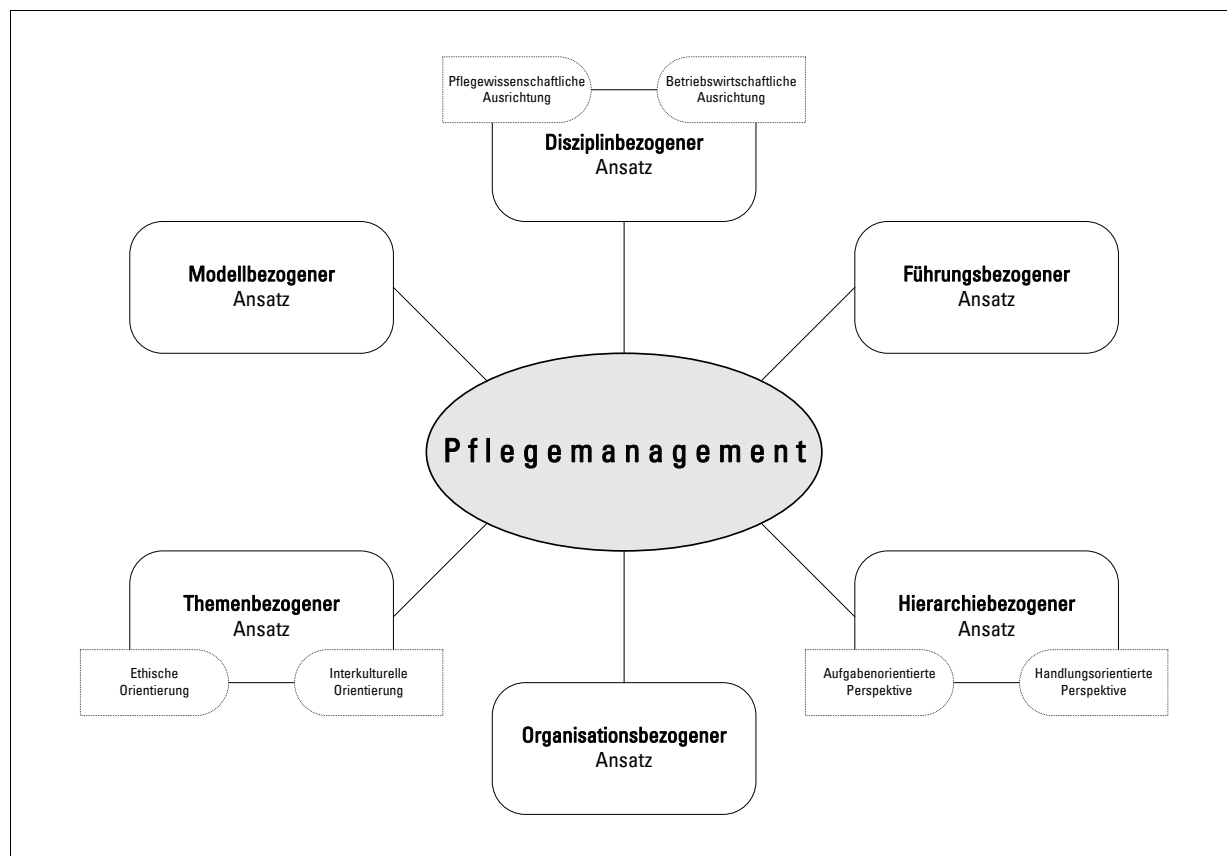


Abbildung 2-3: Ansätze des Pflegemanagements im Überblick (eigene Darstellung)

Mit der Abbildung 2-3 wird ein Vorschlag zur Strukturierung der Ansätze unterbreitet. Hierbei handelt es sich um eine idealtypische Einteilung. Mit der Zuordnung der bisherigen Beiträge zu einer Kategorie soll das zentrale Anliegen bzw. der grundlegende Blickwinkel des Ansatzes ausgedrückt werden.

2.2.2.1 Der disziplinbezogene Ansatz

Bei diesem Ansatz geht es um die Zuordnung zu einer bestimmten Fachdisziplin und damit um den speziellen pflegewissenschaftlichen oder betriebswirtschaftlichen Blick auf das Pflegemanagement.

2.2.2.1.1 Zur pflegewissenschaftlichen Ausrichtung

Gegenstand der Pflegewissenschaft ist das pflegerische Handeln. Bislang hat sich die Pflegewissenschaft kaum mit dem Thema Pflegemanagement beschäftigt.²⁵ Bartholomeyczik zeigt die Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft auf und benennt lediglich einige Themenfelder, die Bezüge zum Pflegemanagement aufweisen könnten.

Ein Bereich der Pflegeforschung befasst sich z. B. mit der „Pflege als Organisation und Institution. Hier stehen im Mittelpunkt die Analyse von Einrichtungen und Versorgungssystemen sowie die Zusammenarbeit Pflegenden mit anderen Berufsgruppen. Hierzu gehören auch die Fragen von Qualitätsmanagement und Wirtschaftlichkeit“ (Bartholomeyczik 2000: 72).

Im Hinblick auf das Pflegemanagement können aus pflegewissenschaftlicher Sicht zwei Ebenen unterschieden werden:

- Zum einen sind tätigkeitsspezifische Aspekte unter managementbezogenen Gesichtspunkten zu betrachten. Hierzu zählt speziell der pflegerische Arbeitsprozess (Pflegeprozess). Damit sind die Anwendung von Managementprinzipien und die Umsetzung von Managementinstrumenten in der direkten Pflege gemeint (z. B. Pflegeplanung).
- Zum anderen sind tätigkeitsübergreifende Aspekte unter einem managementbezogenen Blickwinkel zu untersuchen. Hierzu zählt allgemein der pflegerische Leistungsprozess (Managementprozess). Damit sind die Ausübung von Managementaufgaben und der Einsatz von Managementmethoden in der indirekten Pflege gemeint (z. B. Koordination).

Diese beiden Bereiche sind unter pflegewissenschaftlich relevanten Fragestellungen in ihren wechselseitigen Bezügen und gegenseitigen Durchdringungen zu analysieren. Ein Beispiel dazu liegt mit der Arbeit von Andereg-Tschudin (1999) vor, die sich mit dem komplexen Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Pflegemanagement beschäftigt. Einerseits werden die Auswirkungen der Pflegediagnostik auf die Dimensionen des Pflegemanagements analysiert. Andererseits wird die Bedeutung des Pflegemanagements für die Pflegediagnostik herausgearbeitet, welche „Führungsaspekte ausschlaggebend sind, wie deren Vernetzung ist und wie diese für das Einleiten eines Entwicklungsprozesses [...] miteinbezogen werden müssen“ (Andereg-Tschudin 1999: 216).

Uzarewicz und Dibelius (2001) beschäftigen sich übergreifend mit dem Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegemanagement und fragen nach der gegenseitigen Einflussnahme

²⁵ Das Handbuch Pflegewissenschaft (Rennen-Allhoff, Schaeffer 2000) weist beispielsweise keinen eigenständigen Beitrag zum Pflegemanagement aus; auch die beiden organisationsbezogenen Beiträge von Hundenborn (2000) zur Stationären Akutpflege sowie von Sowinski, Maciejewski (2000) zur Stationären Langzeitpflege stellen keinen Bezug zum Pflegemanagement her.

im Hinblick auf die Gestaltung pflegerischen Handelns. „Pflegerwissenschaft ist für ein erfolgreiches Pflegemanagement notwendig, indem sie wissenschaftliche Erkenntnisse und Argumentationen liefert bezogen auf die inhaltlichen Aspekte der Pflegearbeit, indem sie Wege aufzeigt, wie der therapeutische Charakter von Pflege sichtbar gemacht werden kann. [...] Aus einer Managementperspektive können hieraus ökonomische Argumente der langfristigen Kosteneinsparung bei gleichzeitig hohem Pflegeniveau abgeleitet werden [...]. Das Management kann die Pflegerwissenschaft befördern, indem sie durch ihre genauen Analysen der Handlungsabläufe Entwicklungs- und Forschungsbedarf erkennt und diesen an die Pflegerwissenschaft weiterleitet, Schwachstellen im Veränderungsprozess antizipiert und auch Freiräume organisiert für die noch zu entwickelnden Potenziale“ (Uzarewicz, Dibelius 2001: 227).

2.2.2.1.2 Zur betriebswirtschaftlichen Ausrichtung

Das Thema Management wird vorrangig der Betriebswirtschaftslehre zugeordnet.²⁶ Im Rahmen einer speziellen Betriebswirtschaftslehre wurde von Eichhorn (1976, 1975) wegweisend die Krankenhausbetriebslehre entwickelt, bei der aus traditioneller Sicht allerdings keine explizite Beschreibung des Pflegemanagements vorgenommen wird. Eichhorn (1975: 341 ff.) setzt sich aus funktionaler Sicht mit Struktur, Planung und Organisation des Pflegedienstes auseinander. Dabei hat der Pflegedienst „die sich aus der Aufgabenstellung des Krankenhauses im Bereich Diagnostik und Therapie ergebende Grund- und Behandlungspflege nach Spezialität und Intensität für alle Patienten sicherzustellen“ (Eichhorn 1976: 59). Dabei sind auf den verschiedenen Hierarchiestufen unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen. Es gehört z. B. zu den Aufgaben der Krankenpflegedirektion die mit der Gestaltung des Pflegedienstes und der Führung der im Pflegebereich tätigen Personen verbundene Arbeitsgestaltung, Arbeitsablaufgestaltung, Arbeitsverteilung, Personalbesetzung, Personaleinsatz und Diensterteilung (vgl. Eichhorn 1976: 59 ff.).

1 | Haubrock (2001: 231 ff.) beschäftigt sich mit der Rolle des Pflegemanagements im Krankenhaus. Ausgehend von dem abstrakten Hauptziel des Krankenhauses, den Bedarf der Bevölkerung an Krankenhausleistungen zu decken, sind konkrete Unterziele abzuleiten. Ein Unterziel ist die Leistungserstellung. „Zur Realisierung dieses Leistungserstellungsziels werden in Krankenhäusern unter anderem pflegerische Leistungen bereitgestellt. [...] Die Bereitstellung [...] erfolgt in dem [...] zweistufigen Leistungserstellungsprozess des Krankenhauses (Krankenhausbetriebsprozess). Dieser Krankenhausbetriebsprozess beinhaltet unter anderem

²⁶ Kritisch dazu Baecker (2003: 236): „Die Betriebswirtschaftslehre neigt an dieser Stelle zu einer Verabsolutierung, die das ökonomische Kalkül in Tateinheit mit technischen Effizienzvorstellungen für die Grundlage schlechthin jeden Managements hält. Kein Management ohne Referenz auf Gewinnziele, Absichten der Kostenreduktion und reibungslose Abläufe der Produktion. Das ist gut und schön, thematisiert jedoch nur ein bestimmtes Funktionssystem unter vielen anderen Funktionssystemen, mit denen es Organisationen zu tun haben. Es ist nicht auszuschließen, daß Management tatsächlich nur in wirtschaftlich operierenden Organisationen, also in Unternehmen, in der uns bekannten Form möglich ist. Das hieße: kein Management außerhalb des Profitmotivs. Andererseits wird jedoch gerade in jüngerer Zeit wieder vermehrt nach einem Rückgriff auf Managementtechniken auch in der öffentlichen Verwaltung, in der Politik (Parteien), in der Justiz (Gerichte), in Organisationen des Erziehungssystems (Schulen und Universitäten), im Kulturbereich (Theater, Galerien, Museen), im Sport (Sportvereine) und im Militär (Armeen) gerufen. Wie adaptierbar sind Managementtechniken in diesen Bereichen? Oder konkreter: Wie gebunden ist die Möglichkeit des Managements an monetäre Vorgaben für die Konstruktion von Profitzielen und Kostenrechnungen?“

die sachgerechte und wirtschaftliche Steuerung des Pflegepersonals und der pflegerischen Sachgüter. Die Zuständigkeit, diese Mitarbeiter und diese Sachmittel so einzusetzen, dass das Leistungserstellungsziel des Krankenhauses erreicht wird, liegt in der Hand des Pflegemanagements. Die Führungstätigkeiten des Pflegemanagements, nämlich den Einsatz des Pflegepersonals und der Güter zu planen, zu entscheiden, zu organisieren und zu kontrollieren (Managementfunktionen), zielen darauf ab, den Leistungserstellungsprozess so mitzusteuern, dass die Krankenhausziele erreicht werden“ (Haubrock 2001: 232).

Das Pflegemanagement ist folglich ein unverzichtbarer Bestandteil des Krankenhausmanagements. Zur Erfüllung der Managementfunktionen wird das Management hierarchisch gegliedert (Managementstrukturen). Die Aufbauorganisation der personalen Krankenhausleitung bildet neben den Managementtätigkeiten dabei das zweite Element des Führungskomplexes.

2 | Ptak (2004) zeigt den Beitrag der Betriebswirtschaftslehre für das Pflegemanagement und die Notwendigkeit betriebswirtschaftlichen Handelns im Pflegebereich am Beispiel des Krankenhauses auf. „In einem Krankenhaus sollen medizinische, pflegerische, analytische und rehabilitative Dienstleistungen unterschiedlicher helfender Berufe zur Erreichung des betrieblichen Primärzieles, nämlich die Wiederherstellung der Gesundheit von kranken Patienten, im Vordergrund stehen“ (Ptak 2004: 28). Für das Pflegemanagement haben vor allem drei Teilgebiete der angewandten Betriebswirtschaftslehre eine besondere Bedeutung: 1. Kosten- und Leistungsrechnung; 2. Marketing (Produktpolitik, Preispolitik, Distributionspolitik, Kommunikationspolitik); 3. Controlling.²⁷ Vor allem das bereichs- und funktionsübergreifende Controlling nimmt als zentrales betriebliches Steuerungsinstrument eine Schlüsselfunktion ein. Das Controlling hat eine „führungsunterstützende Funktion und soll Führungsentscheidungen betriebswirtschaftlich fundiert vorbereiten und die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen im Hinblick auf die Zielerreichung allen Entscheidungsträgern offen legen“ (Ptak 2004: 36). Mit der Anwendung der eher klassischen Instrumente und Methoden der Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitsbereich wird ein pragmatischer Anspruch verbunden: „Die Fähigkeit des Führungspersonals in einem Krankenhaus, berufsgruppenübergreifend Managementprobleme handwerklich solide und unter Berücksichtigung der betrieblichen Ziele in kurzer Zeit patienten- und kundengerecht lösen zu können und dabei die Kundenzufriedenheit auf hohem Niveau zu halten, wird eine Herausforderung aller Berufsgruppen in einer Klinik sein“ (Ptak 2004: 44).

3 | Thiele (2002) begründet in Abgrenzung zur Krankenhausbetriebslehre eine Pflegewirtschaftslehre, die von der Einzelwirtschaftstheorie der Institutionen ausgeht und sich dementsprechend auf alle Einrichtungen bezieht, in denen qualifizierte Pflege erbracht wird.²⁸ Der

²⁷ Für den ambulanten Bereich betont Sießegger die zunehmenden betriebswirtschaftlichen Anforderungen vor allem an die Pflegedienstleitung, die als verantwortliche Kraft mit Hilfe des „Controllings Effizienz und Qualität der Dienstleistung Pflege bestimmen muß und kann“ (Sießegger 1997: 36). Von daher steht auch die Anwendung eines Controllingssystem als wirtschaftliches Steuerungsinstrument mit den dazugehörigen betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen wie z. B. Kostenrechnung im Vordergrund.

²⁸ Von Thiele et al. (2006) liegt eine sowohl auf die stationäre Krankenversorgung als auch auf die stationäre und ambulante Altenhilfe bezogene institutionsübergreifende Pflegewirtschaftslehre vor.

Begriff der Institutionen bezieht sich auf Unternehmen und Märkte als Handlungssysteme. Grundlage dieses Ansatzes ist die Erkenntnis, dass pflegewirtschaftliches Handeln unter anderen Bedingungen stattfindet und sich von anderem wirtschaftlichen Handeln unterscheidet (z. B. durch die Mitwirkung des externen Produktionsfaktors bei der Leistungserstellung und dem damit verbundenen Aspekt des Vertrauens). Darüber hinaus kann die für die Einrichtungen des Gesundheitswesens eher typische Verzahnung zwischen innerbetrieblichen Sachverhalten und außerbetrieblichen Rahmenbedingungen durch dieses Modell gut abgebildet werden. Die Pflegewirtschaftslehre umfasst „zum einen die stärker ökonomisch und strukturell geprägten Wissensbestände der Volks- und Betriebswirtschaftslehre und zum anderen die überwiegend personen- und interaktionsbezogenen Inhalte der Managementlehre, die sich insbesondere der verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnisse bedient“ (Thiele, Koch 1998: 17). Aus der sich erst entwickelnden Teildisziplin Pflegewirtschaftslehre als Ausgangsbasis kann aber auch ein spezifisches Verständnis für ein Management der Pflege abgeleitet werden. Dazu liegen von Thiele folgende Überlegungen vor: Der Gegenstand des Managementwissens der Pflege wäre „wie bei den pflegewirtschaftlichen Handlungen in den Spezifika der Pflege zu suchen [...]. Das Pflegemanagement hat den externen Faktor – den Patienten [den Bewohner] – in seine Überlegungen mit einzubeziehen. Der [...] Vertrauensaustausch wird sich nur vollziehen, wenn auch im Rahmen des spezifischen Vertrauens die Voraussetzungen dafür geschaffen wurden, dass sich das situations- und personenspezifische Vertrauen bilden kann. Für das situationsspezifische Vertrauen sind die Voraussetzungen u. a. in der Aufbau- und Ablauforganisation [...] auch durch das Pflegemanagement zu schaffen. Das personenspezifische Vertrauen, die Vertrauenserwartung des Patienten wird in diesem Bereich erfüllt, wenn qualifiziertes Pflegepersonal in der konkreten Situation arbeitet. Für die Ausführungen zum spezifischen Vertrauen gilt, dass es zu den Tauschverhältnissen eher kommt, wenn auch die zeitliche Dimension dabei beachtet wird. Die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem ist durch die Intimität und kontinuierliche Präsenz gekennzeichnet“ (Thiele 2002h: 31 ff.).²⁹

4 | Mit der zunehmenden Ökonomisierung und Marktorientierung des Pflegebereichs werden sich beispielsweise die Strukturen in den Krankenhäusern ändern – das Pflegemanagement

²⁹ Vertrauen ist aber auch eine über das Pflegemanagement hinausgehende Kategorie. Mutius (2002a) weist auf die Bedeutung des Vertrauens im Rahmen einer wertebalancierten Unternehmensführung hin: „Man kann Vertrauen nicht einfach schaffen, schon gar nicht durch kurzfristige Maßnahmen. [...] Vertrauen muss ich mir durch anhaltende Leistung erarbeiten – durch solides Management, fortwährende Innovation, beharrliche Bemühungen um Produktivitätssteigerungen bei gleichzeitigen Qualitätsverbesserungen und nicht zuletzt durch die sorgsame und respektvolle Gestaltung von Beziehungen. Vertrauen hat also etwas mit Zeit zu tun: mit Geduld und Langfristigkeit“ (Mutius 2002b). Sprenger (2002) thematisiert Vertrauen als eine zentrale Kategorie in der Führung und plädiert für eine Kultur des Vertrauens in den Organisationen: „Vertrauen ist sicherer als jede Sicherungsmaßnahme. Vertrauen kontrolliert effektiver als jedes Kontrollsystem. Vertrauen schafft mehr Werte als jedes wertsteigernde Managementkonzept“ (Sprenger 2002: 7). „Der Schlüssel zu einer Vertrauenskultur ist mithin die [...] Einstellung, dass es auf jeden einzelnen Menschen ankommt, dass seine persönlichen Bedürfnisse und Interessen zählen, dass er ein selbstbestimmtes Individuum ist. Keine Managementmethode wird jemals funktionieren, wenn es ihr an authentischem Respekt vor dem einzelnen Menschen fehlt“ (Sprenger 2002: 184). Vgl. zur adressatenspezifischen Vertrauensförderung durch den Vorgesetzten werden folgende Empfehlungen gegeben: „Er sollte Anerkennung und Wertschätzung, Partizipation und Kooperation pflegen, die Mitarbeiter bei Entscheidungen berücksichtigen, sich respektvoll und fair verhalten sowie solche Bemerkungen vermeiden, die Ängste der Mitarbeiter schüren“ (Schweer, Thies 2003: 117).

benötigt neben pflegewissenschaftlichen Kompetenzen deshalb zunehmend betriebswirtschaftliche Qualifikationen.³⁰

Nach Moers (2003) benötigt das Pflegemanagement im Krankenhaus (mit absteigender Linie der Organisation zunehmend pflegewissenschaftliches Wissen („Je näher am Patienten gearbeitet wird, umso mehr pflegewissenschaftliche Qualifikation ist nötig“) und umgekehrt mit aufsteigender Linie zunehmend betriebswirtschaftliches Wissen („Je weiter weg vom Patienten gearbeitet wird, umso mehr betriebswirtschaftliche Qualifikation ist nötig“).³¹

5 | Dahlgaard (2002) sieht in einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege (Modell der kollegialen Abteilungsleitung) sowie in einer optimierten Kooperation und Koordination des Behandlungsprozesses (Prozessorientierung) einen wesentlichen Erfolgsfaktor von Krankenhäusern.³² Ausgangspunkt der Überlegungen: Im Zentrumsmodell werden mit den zukünftig dezentralen Organisationseinheiten nicht nur neue Leitungspositionen (Sicherstellung der operativen Prozesse) entstehen, sondern es wird vor allem die Durchführung des Behandlungsprozesses (in einem interdisziplinären Team) im Vordergrund stehen.³³ Auf dieser Ebene ist die Bezugspflegekraft als verantwortliche Pflegekraft für den Behandlungsprozess des Patienten angesiedelt. „Die Bezugspflegekraft ist eine Pflegemanagerin [...] – sie managed den Behandlungsprozess ihrer Patienten durch ein kommunikatives und koordinierendes Zusammenwirken mit anderen Professionen einerseits und durch die Gewährleistung professioneller Pflegeleistungen andererseits, die sie nur zu einem Teil selbst erbringt, aber vollständig plant, organisiert und evaluiert. Deutlich wird, dass mit den Aufgaben einer so verstandenen Bezugspflegekraft sehr hohe Anforderungen verbunden sind. Die besondere Herausforderung liegt darin, einerseits über Managementfähigkeiten und -fertigkeiten zu verfügen, andererseits diese aber eben nicht – wie sonst üblich – abseits vom Patienten anzuwenden, sondern in diesem Fall unmittelbar auf die Versorgung des Patienten zu beziehen“ (Dahlgaard 2002: 177).

³⁰ Eichhorn und Schmidt-Rettig (2001) diskutieren den überfälligen Wandel der Krankenhausorganisation im Hinblick auf die mit den veränderten Anforderungen und Notwendigkeiten verbundene Anpassung von Organisations- und Führungsstrukturen der Krankenhausleitung und entwerfen ein Panorama zukünftiger und zukunftsfähiger Leitungsstrukturen. Grün (1998) zählt zu den unternehmerischen Aufgaben der Alten- und Pflegeheime die Anpassung der Organisationsstruktur an die veränderten Bedingungen. Dabei prägen als Leitvision die drei Megatrends der Organisation (Kundenorientierung, Prozessorientierung, Kernkompetenz) die einzelnen Konzepte der Strukturanpassung (Outsourcing, Produktaufspaltung, Networking, Case-Management, Flexibilisierung, Prozessmanagement, Qualitätssicherung) und gehen mit der Etablierung neuer Spielregeln einher (Wettbewerb, Contracting, Empowerment).

³¹ Mühlbauer (1999) diskutiert die neue Rolle der leitenden Pflegekräfte im Krankenhaus folgendermaßen: „Die Pflegedienstleitung wird sich [...] nicht mehr ausschließlich als eine Sachverwalterin pflegerischer Belange verstehen können, sondern muß sich in den Dienst des gesamten Krankenhauses und damit aller Berufsgruppen stellen. [...] Letztlich geht es um ein (Pflege-)Management im Krankenhaus der Zukunft, das auf der höchsten Hierarchieebene keine berufsgruppenbezogene Zuordnung mehr kennt“ (Mühlbauer 1999: 807 f.).

³² Mit der kollegialen Abteilungsleitung ist eine gleichberechtigte Leitungs- und Führungsverantwortung auf Abteilungsebene des ärztlichen und pflegerischen Bereichs gemeint. Es gibt sowohl übergreifende als auch fachbezogene Aufgabenkomplexe. Vgl. zur Umsetzung des Modells: Frauenknecht (2001), Lindemeyer (2001).

³³ Das Zentrum ist eine selbststeuernde (dezentrale) Organisationseinheit, in der nicht nur die fachliche und betriebswirtschaftliche Verantwortung integriert, sondern auch die Verantwortung für die Kontinuität im Behandlungsprozess verortet ist (vgl. Dahlgaard 2002: 175).

Mit der Realisierung der Prozessorientierung als neue Organisationsform eines Krankenhauses wird sich ein neuer Managementtyp im Pflegebereich herausbilden, wobei dann „nicht mehr Führung und Leitung von Mitarbeitern, sondern von Prozessen und Patienten“ im Vordergrund stehen wird (Moers 2003: 15). „Bei der Prozessmanagerin handelt es sich um ein Aufgabenprofil in der Entwicklung. Sollte es sich durchsetzen, wird es Rückwirkungen auf die bisherige Linienstruktur des Pflegemanagements haben. Die bisherigen Stationen – und damit die Stationsleitungen – werden dann in ihrer Bedeutung zurücktreten, wenn die Prozesse, die [...] quer zu den klassischen Abteilungen verlaufen, Vorrang in der Organisation bekommen. Vielleicht wird eine Verschlankung der Ebenen die Folge sein, dann wäre als organisatorische Einheit eine überschaubare Abteilung denkbar. Die Prozessmanagerin muss in erster Linie Pflegeexpertin sein. Ihr Aufgabenprofil beinhaltet die direkte Patientenbetreuung und -steuerung, und dazu sind erhebliche pflegewissenschaftliche Qualifikationen erforderlich: [...] Hinzu kommen Managementanforderungen, die das Prozessmanagement betreffen, also nur einen begrenzten Ausschnitt aus dem betriebswirtschaftlichen Wissen darstellen“ (Moers 2003: 15 f.).

Die bisherigen Überlegungen beziehen sich auf das Pflegemanagement im Krankenhaus. Zum einen sind die Annahmen durch quantitative und qualitative empirische Studien in den anderen Pflegeeinrichtungen zu überprüfen. Zum anderen ist eine Analyse des Pflegemanagements auf eine noch zu entwickelnde organisationssoziologische Theorie der Pflegeeinrichtungen zu beziehen. Pohlmann stellt grundsätzlich für die Managementsoziologie fest: „Anstelle des Managements sollte [...] die Organisation in den Mittelpunkt einer managementsoziologischen Beschäftigung rücken, auf deren Basis erst der Strukturierungsbeitrag des Managements erkennbar wird. Ohne eine ausgeführte Organisationssoziologie bleibt ein Phänomen wie das moderne Management unbestimmt und zu sehr den Fiktionen der klassischen Moderne verhaftet“ (Pohlmann 2002: 235).

2.2.2.2 Der führungsbezogene Ansatz

Dieser Ansatz geht auf die Führung als einen bedeutsamen Teil des Managements ein und kann in zwei Herangehensweisen unterschieden werden:

- Bei der allgemeinen Herangehensweise werden Fragen der Führung berufsgruppen- oder institutionsübergreifend auf den gesamten Pflegebereich bezogen.
- Bei der spezifischen Herangehensweise werden Fragen der Führung berufsgruppen- oder institutionstypisch auf einzelne Bereiche der Pflege thematisiert.

1 | Für die erste Herangehensweise kann zur Arbeit von Bernhard und Walsh (1997) Bezug genommen werden, die sich allgemein mit dem Leiten und Führen in der Pflege auseinandersetzt. Das als Lehrbuch für Studenten angelegte Werk gliedert sich nach Bereichen der Führung (z. B. Führung und Gruppe, Führung und Organisation, Führung und Entscheidung, Führung und Veränderung) und liefert die „theoretische Basis für die Anwendung in der täglichen Praxis der Pflegetätigkeit“ (Bernhard, Walsh 1997: V). Ein wesentliches Anliegen wird in der Professionalisierung der Pflege gesehen. Der Sinn der Auseinandersetzung „über Führung in der Pflege, ihre Elemente und Strategien liegt in der Ausbildung von leitenden Pflegekräften,

die in der Lage und gewillt sind, die Pflege auf den Weg zur vollen Professionalisierung zu bringen. Wenn Krankenschwestern und Pfleger wirklich effektive Führungskräfte werden, wird ihnen bewußt, daß die Führung tatsächlich der Schlüssel zur Professionalisierung der Pflege ist“ (Bernhard, Walsh 1997: 247).

2 | Für die zweite Herangehensweise sei exemplarisch auf Schneider et al. (1999) verwiesen, die ein auf psychologischen Aspekten beruhendes und auf die Heimleitung bezogenes altersspezifisches Führungsmodell vorlegen.³⁴ Damit sollen die besonderen Führungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim abgebildet werden. Das Besondere und das Einmalige an den Alten- und Pflegeheimen liegt im Produkt der Arbeit, „den Bewohnern ein Zuhause zu bieten“ (Schneider et al. 1999: 14). Neben der Berücksichtigung ethischer Konfliktsituationen und existenzieller Extremlagen geht es vor allem um die psychosoziale Entwicklung der Bewohner: „Eine solche Sicht, nach der die Leitung eines Altenheimes die Entwicklung der ihr Anvertrauten in vielfältiger und je einzigartiger Weise fördert, trifft außer auf die Leiter von Alten- und Pflegeheimen nur auf wenige andere Berufe zu. Das Produkt der Arbeit der Heimleitung ist eine große Zahl von menschlichen Entwicklungen, wobei diese Entwicklungen die Ergebnisse komplexer Wirkungsabläufe sind, von denen die Heimleitung vielleicht nur wenige beeinflussen kann“ (Schneider et al. 1999: 16). Das an Problemen ansetzende und das soziale Umfeld berücksichtigende 3 x 2-Führungsmodell greift die Komplexität und Vielfalt von Leitungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim auf. Es kann auf verschiedene Problemarten bezogen werden (z. B. Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Gewalt im Altenheim). Die Anwendung des Modells in der Praxis erfolgt in drei Schritten mit zwei Unteraufgaben (3 x 2), wobei eine Fülle von Fragen (12 Bereichen zugeordnet) in jeder Phase des rückkoppelnden Führungsprozesses zu beantworten sind. Im ersten Schritt geht es um die Situationsanalyse und Zielformulierung, im zweiten Schritt erfolgen die Suche nach Lösungen und Bewertung der Lösungen, im dritten Schritt steht die Realisierung der ausgewählten Lösung an und es erfolgt die Bewertung der verwirklichten Lösung. Die Aufgabe der Heimleitung besteht darin, „Problemlöseprozesse zu initiieren und zu fördern“ (Schneider et al. 1999: 118).

2.2.2.3 Der hierarchiebezogene Ansatz

Der hierarchiebezogene Ansatz lässt sich grundsätzlich in die zwei Bereiche aufgabenorientierte Perspektive und handlungsorientierte Perspektive differenzieren.

In beiden Bereichen kommen sowohl hierarchiespezifische als auch hierarchieübergreifende Überlegungen zur Anwendung. Hierarchiespezifische Konzepte des Pflegemanagements beziehen sich auf eine bestimmte berufliche Position im Hierarchiegefüge (z. B. die Stationsleitung des unteren bzw. mittleren Pflegemanagements oder die Pflegedienstleitung des oberen Pflegemanagements). Hierarchieübergreifende Konzepte betonen demgegenüber die für alle Leitungspositionen geltenden Aufgabenstellungen oder Handlungsaspekte.

³⁴ Führung ist, „wenn eine Person anstehende Aufgaben oder auch Probleme in Auseinandersetzung mit anderen Menschen löst und wenn sie dabei zumindest einige ihrer (eventuell veränderten) Ziele erreicht“ (Schneider et al. 1999: 10).

2.2.2.3.1 Zur aufgabenorientierten Perspektive

Mit der aufgabenorientierten Sicht ist ein starker Praxisbezug im Hinblick auf Nennung der konkreten Aufgabenbereiche, Beschreibung der praktischen Tätigkeiten und Weitergabe eigener Leitungserfahrungen verknüpft. Im Vordergrund steht das Wissen und Können.

1 | Das Handbuch für das mittlere Management in der Kranken- und Altenpflege von Matthews und Whelan (2002) bezieht sich aus einer hierarchiespezifischen Perspektive auf das Gesundheitswesen Großbritanniens und reflektiert das krankenpflegerische Berufsbild der Stationsleitung.³⁵ Angelegt ist das Buch als „praktischer Leitfaden für Pflegekräfte [...], die die Leitung einer Station übernehmen“ (Matthews, Whelan 2002: 13). Es werden auch neue Tätigkeitsfelder genannt, „weil die einst wohl etablierte Rolle der Stationsleitung heute mit neuen Herausforderungen konfrontiert ist. Grund hierfür sind die vielen strukturellen und funktionellen Veränderungen [...]. Bisher hatten sich praktische und administrative Aufgaben immer einigermaßen die Waage gehalten, nun aber verschiebt sich das Gleichgewicht in Richtung des Managementaspekts“ (Matthews, Whelan 2002: 13). An Themen werden u. a. behandelt: Übernahme einer neuen Station, Organisation des Stationsalltags oder Fortbildung des Stationsteams. Es werden allgemeine Grundlagen genannt und auf die spezifische Situation der Stationsleitung bezogen (z. B. Kommunikation, Führungsstil). Schäfer und Jacobs (2002) haben ebenfalls einen praktischen Leitfaden für die tägliche Führungsarbeit der Stationsleitung vorgelegt. Dabei beziehen sich die Inhalte „zwar überwiegend auf die Führungsarbeit im Krankenhaus, sind aber ohne große Probleme auf Alten- und Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste übertragbar“ (Schäfer, Jacobs 2002: 7). An Themen werden u. a. erörtert: Leistungsprofil und Aufgabenbereich oder Stationsorganisation und Rechtsfragen für Stationsleitungen. Auch hier werden zunächst die allgemeinen Grundlagen einiger Themen behandelt und dann auf die Praxis der Stationsleitung konkret bezogen sowie der Anwendungsbezug hergestellt (z. B. Leitbild, Mitarbeiterführung). Es werden dabei vor allem die eigenen Erfahrungen als Stationsleitung reflektiert. Harms et al. (2001) legen ein Handbuch für die Stations- und Funktionsleitung vor, das sich auf die praktischen Erfahrungen in einem städtischen Klinikum bei der Umsetzung von Ideen (Erfolge, Probleme) in den Bereichen „Qualität fördern“, „Mitarbeiter führen“, „Strukturen und Prozesse optimieren“ sowie „innovative Organisations- und Pflegekonzepte einführen“ bezieht und gleichzeitig die Lehrpläne für Weiterbildungen zur Stationsleitung berücksichtigt. Damit wird den Stations- und Funktionsleitungen ein Leitfaden (Ziele, Orientierungen) für konkrete Veränderungen im Arbeitsfeld an die Hand gegeben und signalisiert, dass die neuen Anforderungen als Herausforderung zu begreifen sind.³⁶

³⁵ Vgl. zur mittleren Führungsebene im Krankenhaus auch die Arbeit von Fischer (1999), der sich aus betriebswirtschaftlicher bzw. verwaltungstechnischer Sicht dem Führungswissen in der Pflege nähert und vor allem die für das Krankenhaus relevanten Gesetze sowie u. a. die Themen Finanzwesen, Controlling und Datenverarbeitung in den Vordergrund stellt.

³⁶ Aus einer Forschungsperspektive wären Zeit- und Tätigkeitsstudien zur genaueren Erfassung der Anforderungsprofile bei Stationsleitungen sowie detaillierte Arbeitsablaufuntersuchungen des Stationsmanagements notwendig.

Eine Übersicht zum Aufgabengebiet einer Pflegedienstleitung liegt mit dem Leitfaden für das praktische Management von Gertz (1996) vor. Dabei wird die Bandbreite der Aufgaben in betriebsbezogene (z. B. Haushaltsplanerstellung, Jahresberichterstellung, Öffentlichkeitsarbeit), mitarbeiterbezogene (z. B. Personalberechnung, Bewerbungsgespräche, Stationsbesprechungen), organisationsbezogene (z. B. Organisationsentwicklung, Dienstplangestaltung, Urlaubsplanung) und ausbildungsbezogene (z. B. Kooperation mit der Krankenpflegeschule) Managementfelder gegliedert.

2 | Das Praxishandbuch für Führungskräfte im Krankenhaus von Schmidt und Riehle (2000) bezieht sich auf hierarchieübergreifende Managementaufgaben der Stationsleitung, Abteilungsleitung, Pflegedienstleitung. Mit dem Praxishandbuch ist das Ziel verbunden, „Führungskräfte dazu zu ermutigen und zu befähigen, den Wandel in der Pflege aktiv, kompetent und zukunftsorientiert mitzugestalten“ (Schmidt, Riehle 2000: 5). Der zentrale Ansatz besteht nicht in der reinen Auflistung eines umfangreichen Aufgabenkatalogs, sondern in der theoretisch gestützten Darstellung und Reflexion erfolgreicher Praxisprojekte (z. B. Konfliktlösungsmodelle, Problemlösungsmodelle, Entscheidungsmodelle). Die Bandbreite der Projekte reicht von der „organisatorischen Zusammenlegung von Bettenstationen“ über die „Einführung der Bereichspflege auf einer interdisziplinären Bettenstation“ bis hin zur „Einrichtung einer Pflegeüberleitung am Krankenhaus“. Hauptintention ist, dass sich die Pflege im Wandel befindet und die in zwei Krankenhäusern durchgeführten Projekte als Anregung und Hilfestellung für innovative Prozesse zu verstehen sind. Die Bewältigung und Gestaltung des Wandels wird als die zentrale Kernkompetenz betrachtet, da „zukünftig Prozesse des Wandels als Normalfall anzusehen sind und das Führungshandeln danach ausgerichtet werden muß“ (Schmidt, Riehle 2000: 6).

2.2.2.3.2 Zur handlungsorientierten Perspektive

Mit der handlungsorientierten Sicht ist eher ein Theoriebezug im Hinblick auf die Anwendung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen, Konzepte und Methoden gegeben. Es geht um ein wissenschaftlich fundiertes Verstehen und Erklären der verschiedenen Facetten des Managementhandelns. Zur handlungsorientierten Perspektive liegen zwei Untersuchungen vor.

1 | Die Studie von Ingwersen (1999) bezieht sich auf Stationsleiterinnen im Krankenhaus und setzt am Führungsverhalten an. Die Arbeit beschäftigt sich aus erwachsenenpädagogischer Sicht mit der sozialen Kompetenz. Dazu wurde nach Gesichtspunkten der Unterrichtsforschung speziell ein Modul zur Mitarbeiterführung im Hinblick auf die Bedeutung des sozialen Lernens in der Weiterbildung der Stationsleitung modellhaft erprobt. Für die Untersuchung wurden Weiterbildungsinstitute (quantitativer Fragebogen), Weiterbildungsteilnehmer zu Beginn und Ende (quantitativer Fragebogen und qualitativer Expertenleitfaden) und die Unterrichtseinheiten zur Mitarbeiterführung teilnehmend beobachtet und evaluiert. Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist: „Das soziale Lernen [...] ist als Teil der Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Professionalisierung der Pflegeberufe für entsprechende Leitungsfunktionen nicht nur dringend notwendig, sondern auch möglich und darüber hinaus von Teilnehmern selbst erwünscht“ (Ingwersen 1999: 368).

2 | Die Studie von Küpper (1996) nimmt Pflegedienstleiterinnen im Akutkrankenhaus in den Blick. In der berufs- und organisationssoziologisch angelegten Untersuchung stehen Aufstiegs motivation und Karriereverläufe von 24 Pflegedienstleiterinnen aus nordrhein-westfälischen Akutkrankenhäusern im Mittelpunkt. Die auf qualitativen Leitfadenterviews aufbauende Arbeit möchte einen detaillierten Einblick in das Berufsleben von Krankenpflegemanagerinnen geben: z. B. Berufseinstiegs- und Karrieremotive, Arbeitsalltag, Stellung in der Krankenhausgeschäftsleitung oder Führungsansprüche. Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen: „Die Frauen waren unzufrieden mit den Strukturen im Krankenhaus. Die permanenten Status- und Kompetenzkonflikte, die sich vor allem an den Nahtstellen zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung der Patienten bemerkbar machten, hatte ihnen in der Rolle als Krankenschwester den Arbeitsalltag schwer gemacht. In spezifischer Weise erlebten sie, dass ihr Beruf im Krankenhausalltag in vielen Situationen zu einem ärztlichen Hilfsdienst degradiert wurde. Die Frauen begegneten diesen Friktionen, indem sie schließlich aus der normalen Krankenpflege heraustraten und sich für eine Weiterbildung zur Pflegedienstleiterin entschieden. Dabei war die Motivation für diesen beruflichen Aufstieg die ‚Hoffnung auf eine bessere Zeit‘.“ Küpper macht deutlich, dass die „Karriereplanung bei diesen Frauen sehr häufig keine lang vorbereitete Strategie war, sondern spontan und erst relativ spät, nach einigen Jahren der Erwerbstätigkeit, anstand. Dabei kam vieles zusammen, was letztendlich den Mobilitätsschub bewirkte: Routine im Berufsalltag, Unterforderung, einengende Strukturen, Kompetenzbeschneidungen, körperlicher Streß, [...] Interesse am Beruf und eine große Erwerbsorientierung. Spezifisch an diesen Erwerbsverläufen ist somit, dass alle darauf hofften, in der Führungsposition eine bessere Zeit mit weniger Abhängigkeiten und größeren Autonomiespielräumen zu erleben“ (Küpper 1996: 217). Mit Blick auf die Situation in der Führungsposition wird über eine ausgeprägte Unberechenbarkeit im beruflichen Alltag berichtet: „So verlangt der Tagesablauf der leitenden Pflegekräfte vorrangig spontanes Agieren, planerisch-konzeptionelle Arbeiten sind hier eingeschränkt, so daß vielfach nicht mehr konstruktiv, sondern ausschließlich reaktiv gehandelt wird. Die Frauen berichteten, bei der Übernahme der Führungstätigkeit die Vorstellung gehabt zu haben, mit Menschen zu arbeiten, Prozesse einzuleiten, etwas bewegen zu können.“ Es zeigt sich allerdings, dass „dies im Berufsalltag dieser Managerinnen kaum möglich ist und die Frauen hier Desillusionierung erleben“, denn „ihr Berufsalltag sei dadurch geprägt, ihre Führungsposition ständig neu erkämpfen zu müssen und ‚nur auf dem Papier‘ gleichberechtigt zu sein“ (Küpper 1996: 219 f.).

2.2.2.4 Der organisationsbezogene Ansatz

Bei diesem Ansatz können zwei Sichtweisen unterschieden und voneinander abgegrenzt werden:

- Eigenständige Konzeptualisierung. Damit wird das Pflegemanagement als organisationspezifischer Managementbereich entwickelt und auf die verschiedenen institutionellen Handlungs- und Arbeitsfelder bezogen.
- Abgeleitete Konzeptualisierung. Dabei wird das Pflegemanagement als untergeordneter Teil z. B. des Krankenhausmanagements aufgefasst und ist als berufsgruppen- bzw. tätigkeitsspezifischer Managementbereich angelegt.

1 | Neben den Arbeiten von Frieling-Sonnenberg (1997) und Schneider et al. (1999) kommt die erste Sichtweise z. B. in der Konzeption eines Pflegemanagements in Alteneinrichtungen bei Kämmer und Schröder (1998) zur Geltung. Ausgehend von der Praxissituation der stationären Altenhilfe werden die für das Pflegemanagement benötigten fachlichen als auch übergreifenden Kenntnisse und Kompetenzen drei relevanten Handlungsfeldern (Altenpflege als Lebensraum und Arbeitsfeld, Berufliches Selbstverständnis und pflegerische Dienstleistung, Management und Organisation) zugeordnet und herausgearbeitet. Dabei werden einerseits allgemeine Grundlagen (z. B. zur Konzeptentwicklung oder zu Führungstheorien) auf die besonderen Bedingungen in Altenhilfeeinrichtungen bezogen und andererseits spezifische Aspekte der Altenpflege systematisch aufbereitet (z. B. Umgang mit Demenz, Beziehung zu Angehörigen). Darüber hinaus werden auch die für eine effektive und effiziente Gestaltung des eigenen Führungsalltags notwendigen Managementtechniken angesprochen (z. B. Zeitmanagement oder Besprechungsmanagement).

2 | Die zweite Sichtweise drückt sich z. B. in der Konzeptualisierung eines Pflegemanagements als Element des Krankenhausmanagements aus (Müller, Reinhart 2002). Pflegemanagement bezieht sich neben der Organisation von Arbeitszeitregelungen hier vor allem auf die Gestaltung der betrieblichen Ablauforganisation (Pflegesysteme) und wird vorrangig mit der Prozessgestaltung in der Pflege in Verbindung gebracht. Dazu sind z. B. die Instrumente Pflegestandards, Pflegeüberleitung und Pflegevisite einzusetzen, die der Entwicklung und Überprüfung pflegerischer Qualität dienen (vgl. Müller, Reinhart 2002: 406). Im Gesamtkontext des Managements im Krankenhaus (Haubrock, Schär 2002) wird dem Pflegemanagement allerdings ein Sonderstatus verliehen. Aus Sicht des berufsgruppen- bzw. tätigkeitsspezifischen Managementbereichs müsste es z. B. auch ein Medizinmanagement im Krankenhaus oder Verwaltungsmanagement im Krankenhaus geben.³⁷ Damit würde allerdings die kritisierte Differenzierung der Berufsgruppen konzeptionell zementiert. Nur in einer durchgängig und konsequent nach Kriterien der Prozessorientierung ausgerichteten Organisation würde sich die Segmentierung aufheben und das Pflegemanagement Teil des Gesamtvorgangs werden.

2.2.2.5 Der themenbezogene Ansatz

Es können zwei unterschiedliche Herangehensweisen unterschieden werden:

1 | Beim themenübergreifenden Ansatz werden die für das Pflegemanagement relevanten Aufgabenbereiche bzw. Handlungsfelder möglichst umfassend erfasst und dargestellt. Dieser meist in Hand- oder Lehrbüchern zu vorzufindende Ansatz versucht, das Feld des Pflegemanagements weiträumig abzustecken und sowohl die für die Ausbildung als auch die für die Praxis notwendigen Wissensbestände disziplinübergreifend aufzubereiten. Beispielhaft wird

³⁷ Mit dem Konzept des integrierten Krankenhausmanagements von Braun (1998) wird nicht nur diese berufsgruppen- bzw. tätigkeitsspezifische Sicht aufgehoben, sondern es werden „die oft isoliert nebeneinander stehenden Managementansätze“ miteinander verbunden. Das Konzept erlaubt es, „zahlreiche Managementelemente einzuordnen und den inneren Zusammenhang herzustellen“ (Braun 1998: 23). Dazu werden die Ebenen und Elemente des normativen, strategischen, operativen Managementhandelns vertikal und horizontal integriert. Braun erwähnt nicht explizit das Pflegemanagement. Sein Konzept lässt aber zwei Lösungen zu: sowohl die Integration des Pflegemanagements im Krankenhausmanagement wie auch die Herausarbeitung eines besonderen Beitrags des Pflegemanagements für ein integriertes Krankenhausmanagement.

hierzu auf das dreibändige Lehrbuch Pflegemanagement verwiesen (Kerres et al. 2003; Kerres, Seeberger 2001; Kerres et al. 1999). Vorgestellt werden die für ein problemlösendes Pflegemanagement notwendigen Themen als Schnittstellenqualifikation, „die ein Pflegemanager beherrschen sollte“ (Kerres et al. 1999: V). Dabei erfolgt die Zusammensetzung des Pflegemanagements vor allem aus Teilbereichen und -aspekten des Managements und beruht aus konzeptioneller Sicht auf einer additiven Methode. Die Bedeutung dieses Ansatzes liegt in der Präsentation einer Übersicht relevanter Aspekte für das Pflegemanagement. Kritisch ist anzumerken, dass diesem Ansatz der verbindende Faden und die innere Konsistenz fehlen. Aus der Methode entsteht zwangsläufig der Eindruck einer Aneinanderreihung relativ abgegrenzter Themenblöcke, die allerdings allesamt wichtig für das Pflegemanagement sind. Damit verbunden ist das Problem der Gleichrangigkeit der einzelnen Bereiche in ihrer Bedeutung (z. B. Ethische Grundlagen für das berufliche Handeln im Pflegemanagement, Controlling im Pflegemanagement, Umweltmanagement) und die Unterschiedlichkeit der einzelnen Themen in Bezug auf ihre theoretische und praktische Vermittlungsebene (z. B. Einführung in die Systemtheorie, Pflege in Europa bzw. Supervision und Coaching, Konfliktmanagement als Chance).³⁸

2 | Beim themenspezifischen Ansatz werden ganz bestimmte Aspekte als zentrale Gesichtspunkte in den Vordergrund gestellt, die den besonderen Charakter des Pflegemanagements ausmachen und in der Praxis Berücksichtigung finden (sollen). Hier lassen sich bislang zwei Kernthemen bzw. problemorientierte Managementaspekte erkennen, die die Besonderheit des Pflegemanagements zum Ausdruck bringen: die ethische Verantwortung und die interkulturelle Anforderung.

2.2.2.5.1 Zur ethischen Orientierung

1 | Die Leitung von Pflegeeinrichtungen ist mit einer besonderen Führungsverantwortung verbunden. Zum einen sind die Mitarbeiter in ihrer spezifischen Arbeitssituation zu berücksichtigen (z.B. hohe psychische und physische Arbeitsbelastungen und extreme Arbeitszeiten). Zum anderen sind die Patienten bzw. Bewohner in ihrer spezifischen Lebenssituation ebenfalls zu berücksichtigen (z.B. ihre Interessen und Bedürfnisse). Es ist diese doppelte ethische Verantwortung des Pflegemanagements, die einen wesentlichen Unterschied zu anderen Branchen ausmacht. Zunehmend wird diese ethische und dem Humanismus sich verpflichtet fühlende Grundhaltung durch den Einzug betriebswirtschaftlichen Denkens erschüttert.

Frieling-Sonnenberg (1997) hat dies mit der Frage „Der Mensch im Mittelpunkt?“ auf den Punkt gebracht und die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbundenen Veränderungen einer Ökonomisierung im Altenheim sowie das daraus resultierende Spannungsverhältnis

³⁸ Vgl. dazu auch das Handbuch Pflegemanagement (Bechtel, Eisenreich 2003), das mit seinem bereichsübergreifenden Aufbau dem Pflegemanagement praxisrelevante Lösungsansätze u. a. zu den Themen Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement, Prozessmanagement oder Marketing bereitstellen möchte.

eines Wertekonflikts für das Management im Altenheim aufgezeigt.³⁹ Nach Städler-Mach (1999) gehört deshalb zur Funktion der Führung das ethische Prinzip der Verantwortung und zur Kompetenz der Führung gehört die Bereitschaft, ethische Verantwortung wahrzunehmen. „Das Subjekt der Verantwortung in der Führung einer Organisation oder Institution ist die Führungskraft selbst. Nicht die festgelegten Regeln, geschriebenen und ungeschriebenen Gesetze sind entscheidend für die ethische Ausrichtung. Entscheidend ist die Übernahme der ethischen Verantwortung durch die Führungskraft. Mit anderen Worten: Ethik ist ein Führungsinstrument“ (Städler-Mach 1999: 8).

Während es für das Management von Industrieunternehmen zunehmend um die Integration immaterieller Werte bzw. qualitativer Faktoren im Hinblick auf Strategie- und Steuerungssysteme geht, muss das Pflegemanagement zunehmend ökonomische Ansätze aufgreifen, marktwirtschaftlichen Prinzipien folgen und betriebswirtschaftliche Steuerungsmechanismen anwenden. Die ökonomische Betrachtungsweise muss dabei mit der ethischen Verantwortung ausbalanciert werden.⁴⁰ Zu diesem Themenbereich werden zwei qualitative Studien vorgestellt.

- Ausgehend von den Fragen „Welche Werte sind für Entscheidungsfindungen im Pflegemanagement relevant und nach welchen ethischen Prinzipien wird das berufliche Handeln ausgerichtet? Welche Dilemmata sind signifikant?“ versucht Dibelius (2001) durch problemorientierte Interviews mit elf Pflegemanagern aus der stationären und teilstationären Altenpflege das „Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik“ auszuloten (vgl. Dibelius, Arndt 2003). Ein wesentliches Ergebnis: die Pflegemanager weisen nicht nur eine „hohe Sensibilität [...] im Umgang mit ethischen Fragen“ auf, sondern es gibt, „trotz der bestehenden Personalprobleme, Anzeichen für ein an dem integrativen wirtschaftsethischen Ansatz ausgerichtetes Handeln“ (Dibelius 2001: 413).⁴¹
- Bauer et al. (2003) gehen entlang der Dimensionen Verantwortung, Macht und Entscheidungsfindung ebenfalls diesem Spannungsfeld nach und versuchen, den sich zunehmend verschärfenden „Zwiespalt zwischen einem zweckrational-ökonomischen und einem situativ-kommunikativen Handeln“ bei Führungskräften aus pflegerisch-ambulanten und stationären Bereichen durch 16 qualitative Interviews zu erfassen. Die Untersuchung zeigt, „dass in der zunehmenden Zweckrationalität des Gesundheitssystems Wünsche und Be-

³⁹ Für das Krankenhaus gehen Müller und Reinhart (2002) auf dieses Spannungsverhältnis ein: „Noch immer wird [...] von der Pflege eine vorrangige Orientierung an sozialen, humanitären und christlichen Wertvorstellungen und ethischen Normen gefordert. Gleichzeitig muss jedoch der Pflegealltag bereits rational, professionell und kalkulierbar gestaltet werden und auf die Erfordernisse eines modernen Dienstleistungsunternehmens abgestimmt sein. Hieraus entstehen zwangsläufig Spannungen, Konflikte und Dilemmata. Sie stellen das pflegerische Management vor die Herausforderung, den sozialen, humanitären Auftrag der Pflege auf der Basis ethischer Wertvorstellungen und pflegfachlicher Kenntnisse umzusetzen und dabei gleichzeitig die wirtschaftlichen Grenzen zu beachten“ (Müller, Reinhart 2002: 379).

⁴⁰ Es wäre zu untersuchen, inwieweit das Konzept einer wertebalancierten Unternehmensführung für das Pflegemanagement fruchtbar gemacht werden kann: „Führung muss [...] in jeder Hinsicht auf Balance bedacht sein, nicht nur bei der Ausrichtung der Organisation, sondern auch in der Haltung der Führenden“ (Mutius 2002a: 21).

⁴¹ Dibelius (2001) bezieht sich hier auf den integrativen wirtschaftsethischen Ansatz von Ulrich (vgl. die kurze Übersicht bei Ulrich, Fluri 1995: 66 ff.): „Unternehmensethik im integrativen Sinne ist [...] als ein permanenter Prozess der umfassenden Reflexion über tragfähige und verantwortbare Grundlagen und Sinnbezüge ‚wertvollen‘ unternehmerischen Wirtschaftens zu verstehen“ (Ulrich, Fluri 1995: 67).

dürfnisse nach Sinnentfaltung, persönlich emotionalem Handeln sowie nach Kommunikation zu wenig Berücksichtigung finden. [...] Die Auseinandersetzung mit Ethik im Pflegemanagement erweist sich, vor dem Hintergrund gravierender Einschnitte durch die Gesundheitspolitik, als unabdingbare Voraussetzung, um Berufssituationen professionell bewältigen zu können“ (Bauer et al. 2003: 49f.).

2 | Remmers (2007) thematisiert in einem grundlegenden Beitrag die Bedeutung der Ethik für das Pflegemanagement im Hinblick auf Gütekriterien des Managementhandelns und die Tragweite von Managemententscheidungen, wobei soziale wie gesundheitliche Dienstleistungsberufe ein „doppeltes Mandat“ besitzen – neben „individuellen immer auch gesellschaftliche Verantwortlichkeiten“ (Remmers 2007: [Randnummer 3]).

Remmers (2007) zeigt die zentralen ethischen Herausforderungen des Pflegemanagements einerseits einer Organisationsverantwortung und andererseits einer Führungsverantwortung auf. Darüber hinaus spielt die wertorientierte Unternehmensführung im Rahmen der Personalentwicklung und Organisationsentwicklung im Hinblick auf die Regulierung und Herstellung einer Balance von Interessens- und Wertkonflikten sowie die Möglichkeiten einer (institutionalisierten) ethischen Reflexion in den Organisationen im Hinblick auf die Gestaltung einer „humangerechten Organisationskultur“ eine Rolle (Remmers 2007: [Randnummer 4]).

Remmers (2007) nennt vier Bereiche der ethischen Herausforderungen des Pflegemanagements: Organisationsentwicklung als Lernprozess (Probleme der funktional ausgerichteten Rationalisierungsstrategien), ethische Aspekte des Qualitätsmanagements in Verbindung mit der Ökonomisierung (durch mehr Wettbewerb zu effektiveren und objektiv überprüfbaren Leistungen zu gelangen – mit zunehmenden Qualitätskontrollen), Verantwortung und Entwicklung einer Organisationskultur.

Im Zusammenhang mit der Ökonomisierung konstatiert Remmers (2007): „Profitabilität ist ein mit dem institutionellen Heilauftrag unvereinbares ökonomisches Kriterium. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist eine gesellschaftliche, am Gemeinwohl orientierte Aufgabe und kann daher auch nicht an privaten Wirtschaftsinteressen der Leistungserbringer ausgerichtet werden“ (Remmers 2007: [Randnummer 19]). Remmers (2007) unterscheidet im Hinblick auf die Verantwortung zwischen Organisationsverantwortung (bzw. Aufgabenverantwortung) und Führungsverantwortung – wobei die Führungsverantwortung dreidimensional aufgefächert wird: Erstens hat sich Führungsverantwortung „in einer ethisch primären Dimension an jenen gesellschaftlich zentralen Werten zu orientieren, die für die Erfüllung [...] spezifischer Aufgaben und Funktionen einer Institution maßgebend sind. Im Krankenhaus wären dies beispielsweise Werte wie Gesundheit, [...] personale Würde. In einer zweiten ethischen Dimension besteht Führungsverantwortung darin, spezifisch technisch-funktionale Bedingungen (fachliches Wissen und Können) zwecks organisationsgemäßer Aufgabenerfüllung zu gewährleisten, während in einer dritten ethischen Dimension sozialstrukturelle“ (kooperative und kommunikative) Organisationsbedingungen sicher zu stellen sind (Remmers 2007: [Randnummer 37]).

Bei der Entwicklung einer Organisationskultur bezieht sich Remmers (2007) (a) auf die motivationalen Ressourcen der Organisationsmitglieder (berufliche Arbeit als Persönlichkeitsentfaltung; sinnvolle Arbeit, persönliche Anerkennung), (b) auf eine ethikorientierte Personalentwicklung (Förderung beruflichen Verantwortungsbewusstseins der Organisationsmitglieder) sowohl auf der individuellen als auch auf der organisatorischen Ebene sowie (c) auf eine wertorientierte Führungsethik im Hinblick einerseits auf dynamische Gestaltungsaufgaben (Einklang zwischen Organisationszielen und persönlichen Wertezielen der Organisationsmitglieder) und zukunftsweisende Gestaltungsaufgaben (Wertewandel; sich verschärfende Verteilungsprobleme, widersprüchliche Wertkonfigurationen). „Zum Zwecke einer diskursiven, regelgeleiteten Lösung innerorganisatorischer Wertekonflikte empfiehlt sich der Rückgriff auf einen kommunikationsethischen Ansatz. [...] Integrative Funktionen von Führungsethik bemessen sich dabei am konsensualen Prinzip einer alle Organisationsebenen einbindenden und [...] sich komplexen Sichtweisen öffnenden kommunikativen Verständigung. [...] Zu den Aufgaben von Führungsverantwortung gehört es, von allen Organisationsmitgliedern unterschiedlicher Organisationsebenen anerkannte Regulative für diskursive Konfliktlösungen zu entwickeln und in strategische Konzepte einer Institutionalisierung ethischer Reflexion zu überführen“ (Remmers 2007: [Randnummer 56, 57]).

2.2.2.5.2 Zur interkulturellen Orientierung

Die Leitung von Pflegeeinrichtungen ist darüber hinaus mit einer besonderen Führungsanforderung verknüpft. Einerseits gibt es im Pflegebereich etliche ausländische Mitarbeiter aus unterschiedlichen Herkunftskulturen. Andererseits handelt es sich auch um ausländische Patienten bzw. Bewohner als Pflegebedürftige. Die damit einhergehenden Probleme (z. B. Integration, Qualifikation; z. B. Sprache, Einsamkeit) stellen für das Pflegemanagement deshalb eine doppelte interkulturelle Anforderung dar. Auf die damit verbundenen spezifischen interkulturellen Aufgaben an das Pflegemanagement verweist Habermann (2004, 2002a – b).

„Damit entsteht die Herausforderung, interkulturelle Pflegesituationen qualitätsgerecht zu beantworten. Eine Herausforderung, die nicht nur durch die Pflegenden selbst beantwortet werden sollte, sondern auch durch ein interkulturell orientiertes Management. [...] Die Zielvorstellung einer interkulturellen Öffnung und das damit verbundene Ziel der Entwicklung einer entsprechenden Organisationskultur bedeutet in der praktischen Umsetzung nicht nur, dass entsprechende Maßnahmen der Sprachvermittlung, der Personalentwicklung und im Marketing erfolgen könnten. Es heißt vor allem auch, den Diskurs zur interkulturellen Pflege in die Alltäglichkeit zu überführen und damit alle Projekte, Schulungen und Fortbildungen zur Integration von interkulturellen Aspekten zu verpflichten“ (Habermann 2002a: 15).

Aufgabe für das interkulturelle Pflegemanagement besteht in der „Etablierung struktureller Voraussetzungen für eine angemessene Pflegearbeit [...]. Als generelle Zielsetzung ist dabei

die Entwicklung einer Organisationskultur anzustreben, in der kulturelle Differenzen bei Mitarbeitern und Pflegebedürftigen als Bereicherung bejaht werden“ (Habermann 2002b: 21).⁴²

2.2.2.6 Der modellbezogene Ansatz

Grundsätzlich können zwei Arten der Modellbildung unterschieden werden – das eigenständige und das übertragene Modell.

Ein eigenständiges Modell beruft sich nicht auf andere Modelle, sondern wird aus dem Gegenstand entwickelt. Bislang liegt noch kein eigenständiges Modell des Pflegemanagements im Hinblick auf eine theoretische Fundierung, methodische Abgrenzung und empirische Absicherung vor. Ein übertragenes Modell greift andere theoretisch fundierte Modelle bzw. auf sich auf bestimmte Denkschulen berufende Ansätze auf und überträgt es auf den Bereich des Pflegemanagements.

Einen grundlegenden Beitrag für ein übertragenes Modell aus einer systemischen bzw. evolutionären Perspektive liefert Borsi (1997, 1995a – c), die Pflegemanagement folgendermaßen definiert: „Unter Pflegemanagement, d. h. unter Leitung und Führung im Pflegebereich, verstehen wir alle Maßnahmen des Gestaltens, Lenkens und der Entwicklung einer modernen Pflegephilosophie vor dem Hintergrund und den Rahmenbedingungen des medizinisch-sozialen Versorgungsauftrages unter effizienten und wirtschaftlichen Kriterien: Die Hinwendung zum Menschen steht im Mittelpunkt der Pflege. Leitziel ist eine umfassende Patientenorientierung und Gesundheitsförderung, die Patientenpartizipation einschließt. Es geht dabei um ein Management von Netzwerken der operativen, strategischen und normativen Führung und einer Harmonisierung zwischen administrativem, pflegerischem und ärztlichem Bereich hinsichtlich einer humanen und optimalen Versorgung des Patienten, es geht um die Abstimmung von Pflegeleitbild, Klinikleitbild und Technikleitbild“ (Borsi 1995 b: 172).⁴³

⁴² Auf der Basis einer explorativen Studie zur Wahrnehmung und Umsetzung interkultureller Aspekte durch das Pflegemanagement kommt Habermann (2004) zu folgenden Schlussfolgerungen (Befragung von Managern von stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenpflege sowie von klinischen Einrichtungen): „Es wurde deutlich, dass die Gesprächspartner bislang kaum Maßnahmen bedacht hatten, die darauf zielten, [...] spezifische Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten unter den Pflegebedürftigen und Pflegenden zu identifizieren. Gleichermäßen war festzustellen, dass das Thema wenig inhaltlich präsent war. [...] Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Manager auf die Aufgabe einer kulturellen Vermittlung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen wenig vorbereitet wurden“ (Habermann 2004: 23).

⁴³ Schroeter (2003) geht aus einer soziologischen Perspektive in seinem Beitrag „Pflege als figuratives Feld“ auf das Pflegemanagement ein, unterscheidet aber nicht explizit zwischen Pflege und Pflegemanagement bzw. zwischen Pflegekraft und Pflegemanager (z. B. in der Rolle des Pflegepersonals beim Disziplinierungsprozess des pflegediagnostischen Diskurses). Hier kann ergänzend auf Pohlmann (2002) verwiesen werden, der für eine am Konzept von Bourdieu ausgerichtete Managementsoziologie plädiert: „Die heutige Managementsoziologie kann sowohl in spezifischer Weise auf die Strukturierungsbeiträge verschiedener Managementgenerationen fokussieren als auch [...] auf die Strukturen des sozialen und gesellschaftlichen Raumes, die spezifische Entfaltungschancen für Personengruppen aus spezifischen sozialen Milieus eröffnen und für andere verschließen. Nur so kann sie die gesellschaftlichen Konturen des sozialstrukturellen Wandels einfangen, seine Kontinuitäten und Diskontinuitäten erzeugenden Mechanismen erfassen. Die im sozialen Raum definierte Chance zur Entfaltung von Macht, Autorität und Prestige, die unterschiedlichen Weisen, in der diese genutzt werden, stehen ebenso im Mittelpunkt einer so verstandenen Managementsoziologie, wie die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Reproduktion dieser Chance und die Rückwirkungen ihrer Realisierung (durch spezifische Personengruppen) auf die Struktur des sozialen Raums“ (Pohlmann 2002: 239 f.).

Das Pflegemanagement befindet sich nach Borsi (1997) sowohl in der Theorie- als auch in der Praxisentwicklung aufgrund struktureller Umfeldveränderungen in einer diffusen Umbruchphase und steht vor komplexen Herausforderungen. Zentrale Aufgabe eines reflexiven Pflegemanagements ist deshalb die Handhabung von Komplexität. Das St. Galler Managementmodell liefert die Theoriebausteine für ein entwicklungsorientiertes Gestaltungsleitbild eines modernen Pflegemanagements und benennt als zentrale Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements die Kontextsteuerung.⁴⁴

Im Pflegebereich ist ein Handlungsrahmen zu schaffen, der die Problemlösefähigkeit des sozialen Systems Pflege im Sinne einer Selbstentfaltung durch individuelle und organisatorische Lern- und Entwicklungsprozesse fördert.⁴⁵ Dabei sind die Managementebenen in ihren wechselseitigen Verschränkungen zu berücksichtigen und die entsprechenden Managementinstrumente nicht isoliert, sondern ganzheitlich einzusetzen. Dahinterstehende Zielsetzung ist zum einen in praktischer Hinsicht die Bereitstellung von Handlungskompetenzen für die anstehende Transformation der Pflege hin zu einem professionellen Dienstleistungsberuf mit den Leitlinien Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und zum anderen die Konzeptualisierung und Fundierung einer zeitgemäßen interdisziplinären Pflegemanagementlehre in theoretischer Absicht.

Der Ertrag dieses Ansatzes liegt in der Darlegung und Analyse der Beziehungen einzelner Bereiche des Managements, der Ansatzpunkte von Interventionen in soziale Systeme und der Grenzen der Machbarkeit organisatorischer Veränderungen. Problematisch ist die einseitige Betonung der kognitiven Dimension: Grundlage für Veränderungen ist das Umdenken in Richtung einer ganzheitlich-vernetzten und systemisch-integrativen Denkweise. Den Denkstrukturen wird eine Schlüsselrolle zugewiesen. Auch wenn der Anspruch besteht, pragmatische Gestaltungsempfehlungen ableiten zu können, ist gerade der Übergang von der Theorie zur Praxis kritisch anzumerken.

2.2.3 Bausteine einer Konzeption des Pflegemanagements

2.2.3.1 Empirische Forschung zum Pflegemanagement – ein Ansatz

Vorgestellt werden die zentralen Ergebnisse einer mittels Experteninterviews durchgeführten qualitativen Untersuchung von Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleitern (oberes Pflegemanagement) in der stationären Krankenversorgung zum Thema Ökonomisierung und Professionalisierung – vor dem Hintergrund einer zunehmenden Implementierung von Wettbewerb

⁴⁴ Theoretischer und konzeptioneller Bezugsrahmen ist das St. Galler Managementmodell mit seinem an der Systemtheorie orientierten Denkansatz. Dieses Modell wird auf den Pflegebereich übertragen (vgl. Borsi, Schröck 1995). Baecker (2003) wendet kritisch ein, dass sich die St. Galler Unternehmenslehre frühzeitig auf die holistischen Aspekte systemischen Denkens konzentriert und „die für Managementfragen operativ wesentlich einschlägigeren Fragen der Systemdifferenzen eher unterbelichtet bleiben“ (Baecker 2003: 226).

⁴⁵ Nach Bauch (2005) ist die Pflege bislang kein eigenes gesellschaftliches Funktionssystem bzw. funktional differenziertes eigenständiges System, da sie die Kriterien Innensteuerung durch Autopoiesis, Selbstreferenzialität und operative Geschlossenheit, privilegierte Funktionserfüllung und codegesteuerte Kommunikation nur unzureichend erfüllen kann.

und Markt im Gesundheitswesen bzw. ökonomischer Steuerungsimperative (vgl. Lerner, Rosenthal 2007).⁴⁶

1 | Unter Ökonomisierung wird der wachsende Einfluss ökonomischer Denk- und Entscheidungsmuster auf das Gesundheitswesen und die in ihm agierenden Entscheidungsträger verstanden (vgl. Reiners 2006). Die Begriffe Profession und Professionalisierung werden nicht einheitlich verwendet (vgl. Pfadenhauer 2003: 12 f.). In Anlehnung an Schroeter (2006) werden Professionen als eine besondere Form von Berufen verstanden, die „a) allgemeinen gesellschaftlichen Werten verpflichtet sind und zentralwertbezogene Leistungen erbringen, b) über ein systematisches und institutionalisiertes Wissen verfügen, c) in einer fallorientierten, stellvertretenden Deutung wissenschaftliches Expertentum mit alltäglicher Praxis vereinen und d) organisatorisch gestützt, ihre beruflichen Leistungen selbst standardisieren, kontrollieren und beurteilen und sowohl über Klienten- als auch über Organisationsautonomie verfügen“ (Schroeter 2006: 59). Der prozessuale Aspekt der Profession ist die Professionalisierung – der Weg eines Berufes zum Staterwerb einer Profession.⁴⁷ Im Fokus der Professionalisierung eines Berufes stehen neben der Akademisierung sowohl die Theorieentwicklung und Forschung als auch die wissenschaftliche Durchdringung und Grundlegung des beruflichen Handelns in der jeweiligen Berufspraxis. Die umfassende Professionalisierung eines Berufes gelingt deshalb nur, wenn auch in der jeweiligen Berufspraxis Freiräume für professionelles Handeln gewährleistet sind.⁴⁸

⁴⁶ Bislang liegen kaum qualitativ orientierte Studien zum Handeln von Pflegemanagern vor bzw. gibt es kaum empirische Studien zum oberen Pflegemanagement. Etliche Studien hingegen beschäftigen sich mit den Stationsleitungen (unteres Pflegemanagement) – eine fundierte empirische Studie liegt von Kilian (2014) zur transformationalen Führung von Stationsleitungen vor (Transformation von Werten und Einstellungen soll die Mitarbeiter motivieren und zu mehr Leistung anregen) – transformationale Führung wird in die vier Dimensionen Vorbildfunktion bzw. Glaubwürdigkeit, Motivation (durch Vision), Kreativität bzw. Innovation und (persönliche) Wertschätzung operationalisiert (vgl. Kilian 2014: 27 ff.). Die Studie wurde von 2010 – 2011 bei 67 Stationsleitungen (n = 67 bei 72,04 % Rücklaufquote) und 726 Mitarbeitern (n = 726 bei 46,33 % Rücklaufquote) in 20 Krankenhäusern in Deutschland mittels eines validierten Fragebogens zur Selbstbeurteilung (Stationsleitungen) und zur Fremdbeurteilung (Mitarbeiter) durchgeführt. Ergebnis: „Stationsleitungen im Krankenhaus praktizieren einen aktiven und effektiven Führungsstil. [...] Bei den Stationsleitungen [...] konnte die Erfolgswirksamkeit transformationaler Führung [...] eindeutig nachgewiesen werden“ (Kilian 2014: 44).

⁴⁷ Die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens birgt neben anderen Risiken auch die Gefahr einer Deprofessionalisierung. Eine Deprofessionalisierung zeigt sich z. B. daran, dass die Beziehungen zwischen den Experten (Ärzte, Pflegepersonal) und den Patienten bzw. Klienten zunehmend Normen einer ökonomischen und bürokratischen Rationalität unterworfen werden. Es besteht die Gefahr, dass medizinische und pflegerische Entscheidungen durch Kosten-Nutzen-Erwägungen dominiert werden (vgl. Weidner 1995: 38 f.). Zu den Risiken gehören z. B. die Einführung von Wettbewerb und Konkurrenz unter den gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen und dadurch die Vernachlässigung einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive, die Gefahr der wettbewerbsbedingten Risikoselektion bezüglich Patienten und der Trend zur Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

⁴⁸ „Professionelles Pflegehandeln ist demnach ein personenbezogenes, kommunikatives Handeln verpflichtetes, stellvertretendes und begleitendes Agieren auf der Basis und unter Anwendung eines relativ abstrakten [...] Sonderwissensbestandes sowie einer praktisch erworbenen [...] Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen [...] in aktuellen und potentiellen Gesundheitsfragen betroffener Individuen. Die professionellen Handlungen basieren auf praktisch-technischen, klinisch-pragmatischen und ethisch-moralischen Kompetenzen des Pflegepraktikers und [...] auf der Grundlage der Diagnostizierung des individuellen Pflegebedarfs und [...] Festlegung von realistischen Pflegezielen, der Planung der angemessenen Pflegemaßnahmen, der Durchführung [...] sowie der Überprüfung des Pflegeerfolges [...]“ (Weidner 1995: 126).

Durch die Ökonomisierung und die Anforderungen sind für die verantwortlichen Pflegemanager Zwangslagen entstanden – sie bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Tradition, Wirtschaftlichkeit und Professionalisierung. Hieraus ergibt sich die Zielsetzung der empirischen Studie, den Einfluss der zunehmenden Ökonomisierung im Krankenhausbereich auf das Handeln des oberen Pflegemanagements zu untersuchen.⁴⁹

Um die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zusammenfassend zu interpretieren, wird das Managementhandeln nach Stewart (1982) konzeptualisiert. Die zentrale Fragestellung lautet: Wie beeinflusst die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens das Managementhandeln von Pflegedienstleitenden im Hinblick auf die Gestaltungsmöglichkeiten einer professionellen Pflegepraxis?

Ergebnisse zahlreicher empirischer Studien der Managementforschung zeigen, dass das Managerverhalten weniger geordnet und geplant abläuft (als die funktionale Managementlehre annimmt) sowie der Arbeitsalltag von Managern durch häufige Unterbrechungen und relativ kurzen Aktivitätsepisoden gekennzeichnet ist. Manager müssen häufig auf unerwartete Ereignisse und neuartige Probleme reagieren – und verbringen 50 – 75 % der Arbeitszeit meist mit direkter Kommunikation (vgl. Ramme 1990: 51 ff.; Schirmer 2004: 815 f.). In der Praxis ergeben sich Interdependenzen zwischen den einzelnen Managementfunktionen und Managementaufgaben – und lassen sich im praktischen Arbeitsprozess im Sinne eines linearen Managementprozesses nicht isolieren oder zeitlich ordnen (vgl. Schirmer 1992: 18 f.; Steinmann, Schreyögg 2000: 12 f.).

Aus Tätigkeitsbeschreibungen des Managements ist bekannt, dass Manager auf Restriktionen oder Handlungszwänge nicht nur reagieren (als Ausführende), sondern sie auch initiativ Handlungsspielräume wahrnehmen (als Impulsgeber). Weiterhin zeigen die Ergebnisse empirischer Studien der Managementforschung, dass der Arbeitsalltag und das Managementverhalten sowohl konfliktreich als auch stark durch politische Prozesse und Verhandlungen geprägt sind (vgl. Schirmer 2004: 816). Das Aktivitätsmuster von Managern ist durch kurzzyklische und fragmentierte Aktivitäten bei hoher Kommunikationsdichte sowie schnell wechselnden und oftmals widersprüchlichen Anordnungen gekennzeichnet (vgl. Schirmer 2004: 819).

Ausgehend von theoretischen Vorüberlegungen, wird das Managementhandeln in die folgenden Dimensionen operationalisiert – wobei sich die einzelnen Dimensionen durchdringen (Abbildung 2-4):

⁴⁹ Dabei wird davon ausgegangen, dass die Realisierung einer professionellen Pflegepraxis im Krankenhaus wesentlich von der Unterstützung durch das Pflegemanagement abhängig ist. Das Pflegemanagement muss dazu die Rahmenbedingungen gestalten und die Ressourcen für ein professionelles Pflegehandeln bereitstellen.

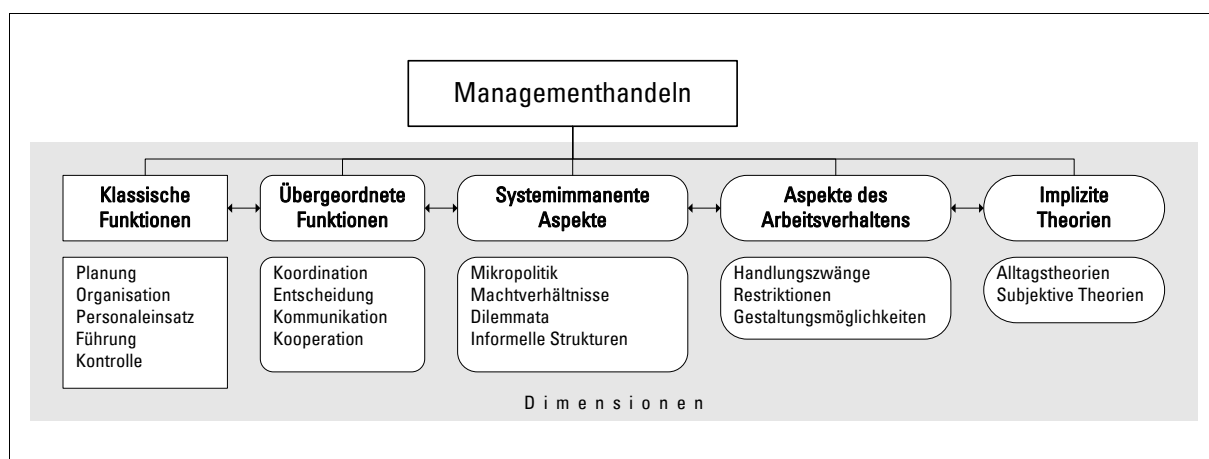


Abbildung 2-4: Dimensionen des Managementhandelns (eigene Darstellung)

2 | Sieben Pflegemanager wurden 2006 befragt (fünf Pflegedirektoren und zwei Pflegedienstleitungen). Im Rahmen einer vertiefenden Fallinterpretation wurden die Interviews der fünf Pflegedirektoren untersucht (vergleichbare Managementebene). Alle fünf Pflegedirektoren (vier Pflegedirektorinnen und ein Pflegedirektor) sind Mitglieder im Krankenhausdirektorium.⁵⁰

Im Rahmen einer zusammenfassenden Interpretation wird versucht, Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Ökonomisierung, Managementhandeln und Gestaltungsmöglichkeiten einer professionellen Pflegepraxis auf das Konzept von Stewart (1982) zu übertragen.

Stewart (1982) hat in ihrem Ansatz das Tätigkeitsfeld bzw. den Aufgabenbereich eines Managers durch drei Komponenten bestimmt: Restriktionen (*constraints*), Handlungszwänge (*demands*) und Gestaltungsmöglichkeiten (*choices*). Alle Managementtätigkeiten lassen sich durch diese drei Komponenten kennzeichnen (vgl. Steinmann, Schreyögg 2000: 15):

- Restriktionen sind Begrenzungen, die Führungskräfte in ihrer Tätigkeit erfahren; sie können von innen oder von außen kommen.
- Handlungszwänge sind alle Aktivitäten, die zu den fest umrissenen Pflichten eines Stelleninhabers gehören.
- Gestaltungsmöglichkeiten umfassen den Aktivitätsraum, der frei gestaltet werden kann.

Die drei Komponenten stehen in einer dynamischen und veränderbaren Wechselwirkung zueinander. Sowohl die Handlungszwänge als auch die Restriktionen können den Gestaltungsspielraum determinieren (vgl. Stewart 1982: 6 ff., 21 f.). Stewart (1982: 13 f.) unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei Aspekten von Gestaltungsmöglichkeiten – wie etwas von Mana-

⁵⁰ Eine gewisse Vorrangstellung unter den vielfältigen Verfahren der qualitativen Organisationsforschung kommt dem (qualitativen) leitfadengestützten Experteninterviews zu (vgl. Liebold, Trinczek 2002: 34; Meuser, Nagel 2005; Trinczek 2005; Schmidt 2000). Nach Hopf (2000) besteht durch qualitative Interviews „die Möglichkeit, Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen zu erheben“ (Hopf 2000: 350). Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an Gläser und Laudel konstruiert (vgl. Gläser, Laudel 2004: 107 ff.). Im Interviewleitfaden wird die Operationalisierung der theoretischen Vorüberlegungen fortgesetzt und in Themen bzw. Fragen übersetzt.

gern getan wird, was von Managern getan wird. Die Gestaltungsmöglichkeiten verringern sich beispielsweise, wenn Handlungszwänge und Restriktionen der vorgegebenen Arbeitssituation das Handeln der Manager zunehmend determinieren (vgl. Stewart 1982: 33 f.).

Der Einfluss der Ökonomisierung des Krankenhauswesens auf das Managementhandeln spiegelt sich auch in Interviewaussagen wider, in denen die Befragten die Bedeutung des ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalküls betonen (z. B. die Anwendung von Instrumenten des Controllings und strategische Überlegungen zu einem rationellen Personaleinsatz). Diese Interviewaussagen (verbunden mit den Aussagen, welche einerseits die hohe Bedeutung der Unternehmensziele betonen und die andererseits einen Bedeutungsverlust originär pflegerischer Themen nahelegen) lassen Handlungszwänge im Pflegemanagement erkennen, die den Gestaltungsspielraum im Hinblick auf den Professionalisierungsprozess der Pflegepraxis einschränken.

Die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens verringert die Gestaltungsmöglichkeiten der befragten Pflegemanager im Hinblick auf eine professionelle Pflegepraxis und determiniert sowohl die Handlungszwänge als auch die Restriktionen (Abbildung 2-5).

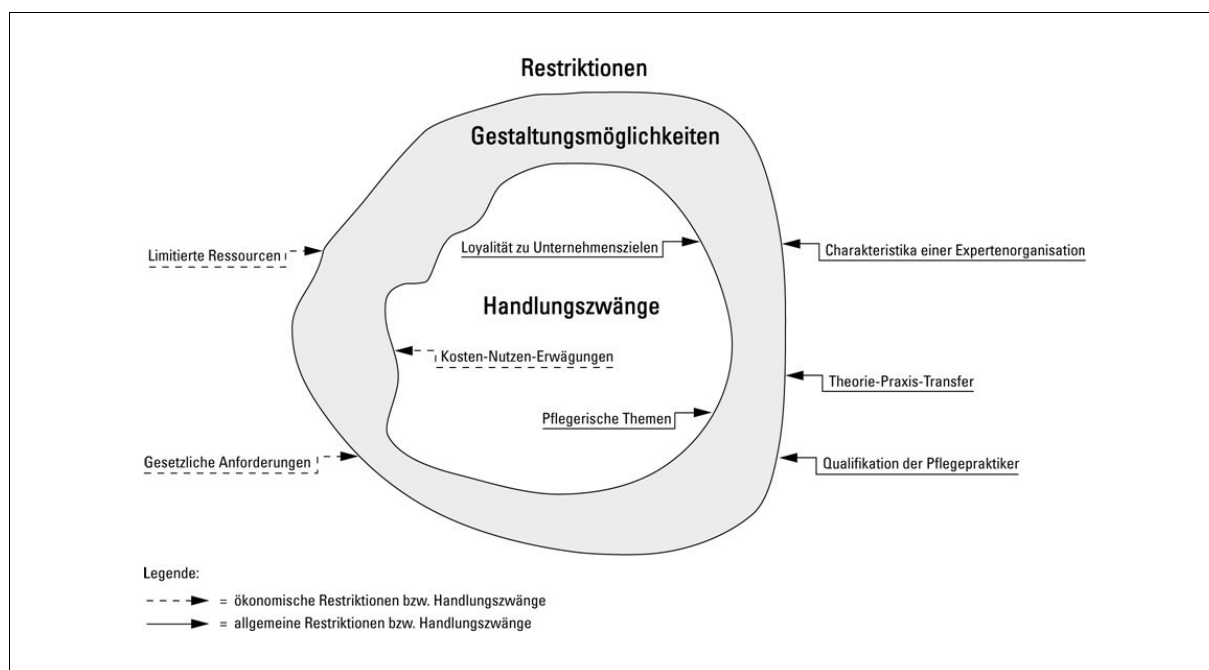


Abbildung 2-5: Einflussfaktoren auf das Pflegemanagementhandeln (eigene Darstellung in Anlehnung an Stewart 1982: 7)

Die Ökonomisierung wirkt als Restriktion (als Begrenzung der Gestaltungsmöglichkeiten) und bewirkt eine Limitierung der zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die nötig wären, den Professionalisierungsprozess der Pflegepraxis zu unterstützen.

Die externe Wandlungsdynamik bewirkt einen Veränderungsdruck auf die Krankenhäuser. Hierbei besteht die Gefahr, dass externe Vorgaben oder gesetzliche Interventionen sich als bloßer Rationalisierungsdruck in Richtung Kostenreduktion bzw. Verschlechterung der Ar-

beitsbedingungen auswirken – oder sich bei knapperem Budget die medizinischen gegenüber den pflegerischen Professionsinteressen durchsetzen (könnten).

2.2.3.2 Konzeptionelle Grundlagen des Pflegemanagements – ein Vorschlag

1 | Es wird vorgeschlagen, Pflegemanagement als ein besonderes Management zu verorten (Abbildung 2-6). Die Aufgabe besteht darin, diesen Bereich gegenüber den anderen Konzeptionen abzugrenzen und eine Systematik zu entwickeln.

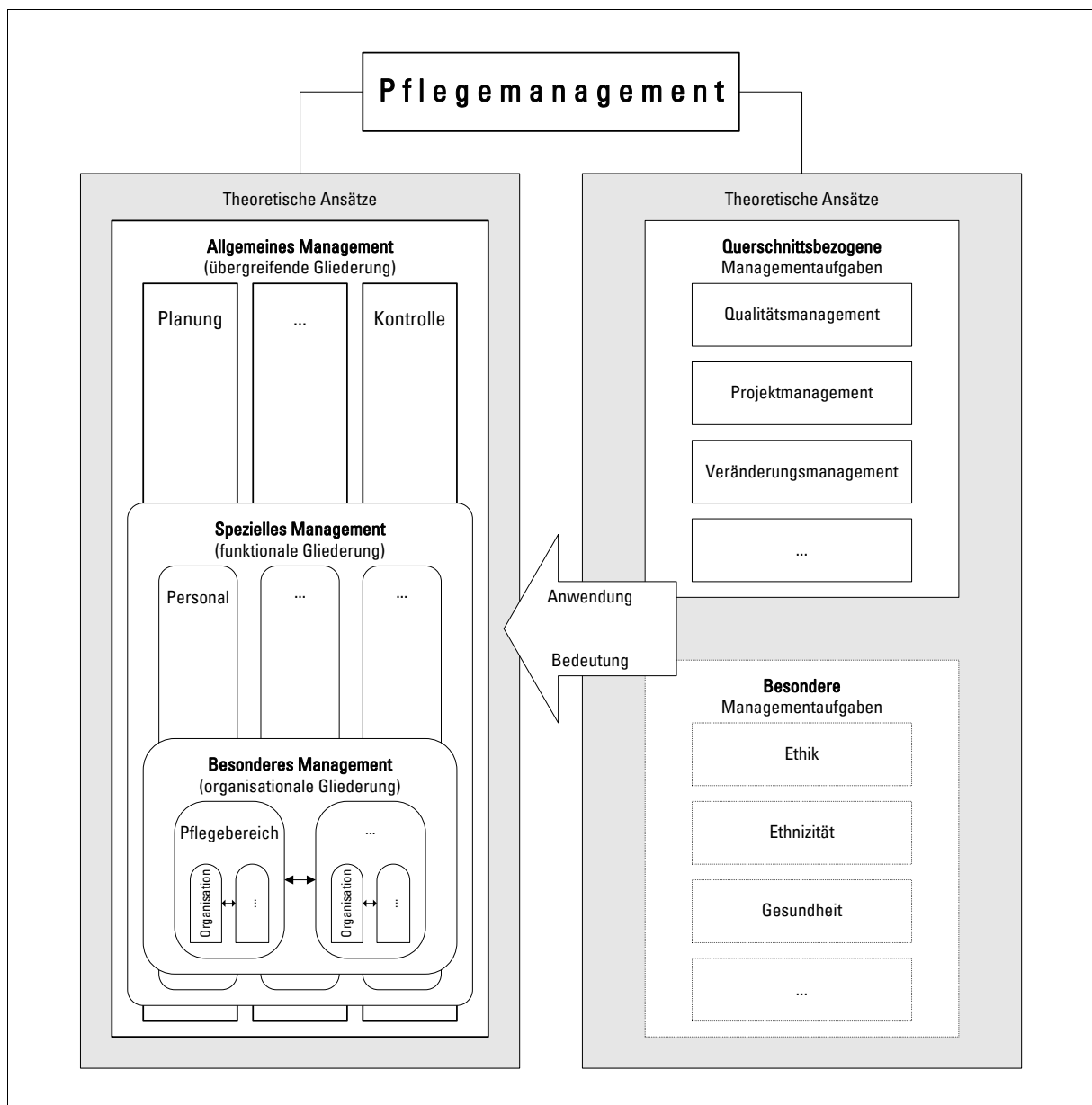


Abbildung 2-6: Pflegemanagement als besonderes Management (eigene Darstellung)

Zwei sich ergänzende Wege können beschrrieben werden:

- Das allgemeine Management bezieht sich auf übergreifende Elemente des Managements (z. B. Planung) und stellt den Rahmen zur Verfügung. Das spezielle Management thematisiert die einzelnen funktionalen Aspekte (z. B. Personalmanagement), das besondere Ma-

nagement umfasst die organisationalen Bereiche.⁵¹ Das besondere Management kann grundsätzlich in bereichsspezifische Felder (z. B. Gesundheitsbereich, Sozialbereich) und entsprechende organisationsspezifische Säulen gegliedert werden (z. B. Krankenhaus, Altenheim). Hier kann in Abgrenzung zu anderen Institutionen das Management im Pflegebereich verankert werden. Es können die Konzepte, Prinzipien, Methoden, Instrumente des allgemeinen und speziellen Managements unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten auf das Pflegemanagement angewandt werden.

- Zum Tragen kommen auf der anderen Seite auch querschnittsbezogene Managementaufgaben (z. B. Projektmanagement, Veränderungsmanagement). Die damit verbundenen spezifischen Anwendungsbezüge und -probleme auf den verschiedenen Ebenen sind aufzuzeigen. Insgesamt ist es notwendig, die Möglichkeiten und Grenzen dieses doppelten Transfers noch genauer zu bestimmen und die besonderen Voraussetzungen zu verdeutlichen. Dazu sind die besonderen Pflegemanagementaufgaben zu berücksichtigen (Ethik, Ethnizität, Gesundheit), die für das Managementhandeln auf den verschiedenen Ebenen unterschiedliche Bedeutung haben können und durch ihre spezifische Ausprägung gerade die Besonderheit des Pflegemanagements konstituieren.

2 | Es wird der Entwurf einer Systematik unterbreitet, die die Besonderheit des Pflegemanagements zum Ausdruck bringen soll.

Das Pflegemanagement befindet sich in praktischer und konzeptioneller Hinsicht in einem Strukturwandel – zwischen den alten Orientierungen des Verwaltens und den neuen Ansprüchen des Managens. Mit dem Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen geht auch eine Veränderung der Anforderungen an das Pflegemanagement einher. Bislang liegt noch keine Theorie des Pflegemanagements vor. Die systematische Beschäftigung mit den theoretischen Grundlagen des Pflegemanagements im Hinblick auf Klärung und Abgrenzung des Gegenstands, Verständigung und Diskussion über die Methoden sowie Reflexion und Auseinandersetzung über die Annahmen ist deshalb angezeigt.

⁵¹ Die Struktur orientiert sich an der Einteilung der Betriebswirtschaftslehre von Hopfenbeck (2000: 37 f.). Die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre beschäftigt sich mit „wirtschaftlichen Fragestellungen, die in allen Betriebsarten auftreten“ (unabhängig von z. B. der Branchenzugehörigkeit); die Spezielle Betriebswirtschaftslehre behandelt sektoren- und bereichsspezifische Aspekte und wird im Hinblick auf die betrieblichen Haupttätigkeiten in die funktionale (z. B. Personalwesen) bzw. unter Berücksichtigung der Wirtschaftszweige in die organisationale Komponente untergliedert (z. B. Bankbetriebslehre). Mit Bezug auf die bisherige Einteilung wird neben dem allgemeinen Management der Ausdruck des speziellen Managements analog zur funktionalen Seite beibehalten. Für den institutionellen Bereich wird der Begriff des besonderen Managements vorgeschlagen.

Als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen wird folgende Definition des Pflegemanagements unterbreitet.⁵²

Pflegemanagement ist in Anlehnung an Malik (2000) einerseits das Managen einer Einrichtung mit Pflegebezug bzw. eines Pflegebereichs im Hinblick auf Gestaltung, Lenkung und Entwicklung (vertikal) und in Anlehnung an Dahlgaard (1998) andererseits das Managen des pflegerischen Versorgungsprozesses bzw. Behandlungsprozesses im Hinblick auf Gestaltung, Lenkung und Entwicklung (horizontal). Pflegemanagement integriert pflegewissenschaftliche und betriebswirtschaftliche Erkenntnisse auf beiden Ebenen des Handelns. Die beiden Handlungsebenen sind über Wechselwirkungsbeziehungen miteinander verknüpft (einerseits Gestaltung der Rahmenbedingungen der horizontalen Ebene durch die vertikale Ebene und andererseits Veränderung der Managementaufgaben auf vertikaler Ebene durch Gestaltung des pflegerischen Versorgungsprozesses bzw. Behandlungsprozesses auf horizontaler Ebene).

Pflegemanagement ist einerseits organisationspezifisch geprägt (z. B. Pflegemanagement im Krankenhaus oder Pflegemanagement im Universitätsklinikum) und andererseits auch arbeitsfeldspezifisch ausdifferenziert (z. B. Pflegemanagement in der stationären Krankenversorgung oder Pflegemanagement im ambulanten Dienst) – dabei sind Aufgaben (Führungsaufgaben, Ausführungsaufgaben) und Gestaltungsmöglichkeiten des oberen, mittleren und unteren Pflegemanagements unterschiedlich ausgeprägt (vertikal), Aufgaben und Umsetzungsformen des Pflegemanagements auf der Ebene des pflegerischen Versorgungsprozesses bzw. Behandlungsprozesses unterschiedlich ausgestaltet (horizontal).

Im Hinblick auf die Praxis des Pflegemanagements sind drei Kategorien konstituierend – Ethik, Ethnizität, Gesundheit. Sowohl auf der vertikalen Ebene im Hinblick auf die Unternehmensführung und Personalführung als auch auf der horizontalen Ebene im pflegerischen Versorgungsprozess bzw. Behandlungsprozess zwischen Pflegepersonal und Patienten bzw. Bewohnern kommen alle drei Aspekte in dieser doppelten Orientierung zum Tragen (Abbildung 2-7).

⁵² Deutmeyer und Thiekötter (2009) legen eine betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Definition des Pflegemanagements vor: „Gesundheits- und Pflegemanagement ist die wirtschaftlich verantwortliche Leitung und Steuerung von Prozessen in Institutionen der für die Gesellschaft bedeutsamen Bereich Gesundheit und Pflege mit dem Ziel, die größtmögliche Wohlfahrt für alle Beteiligten zu erreichen. Die Leitung und Steuerung der Prozesse und Aufgaben beziehen sich auf die gesamte Organisation und Durchführung gesundheits- und pflegebezogener Dienstleistungen sowie die Analyse von Defiziten und Problemen, verbunden mit dem Ziel, angemessene Lösungen zu entwickeln, für deren Anwendung einzutreten und diese umzusetzen“ (Deutmeyer, Thiekötter 2009: 21). Aufgabengebiete des Pflegemanagements wären z. B. Verteilungsgerechtigkeit (bestmögliche Verteilung der Ressourcen), Entwicklung von Finanzierungskonzepten zur Versorgung, Ausbau des ambulanten Sektors, verbesserte Versorgung anstreben oder innovative Ansätze voranbringen; Tätigkeitsbereiche des Pflegemanagements wären z. B. Personalentwicklung, Betriebliche Gesundheitsförderung oder Gestaltung effizienter und effektiver Arbeitsabläufe (vgl. Deutmeyer, Thiekötter 2009: 22 ff.). Die bisherigen Forschungen beziehen sich beispielsweise auf Versorgungsstrukturen, Kooperation und Schnittstellen, Personalführung oder Pflegekonzepte (vgl. Deutmeyer, Thiekötter 2009, 2007).

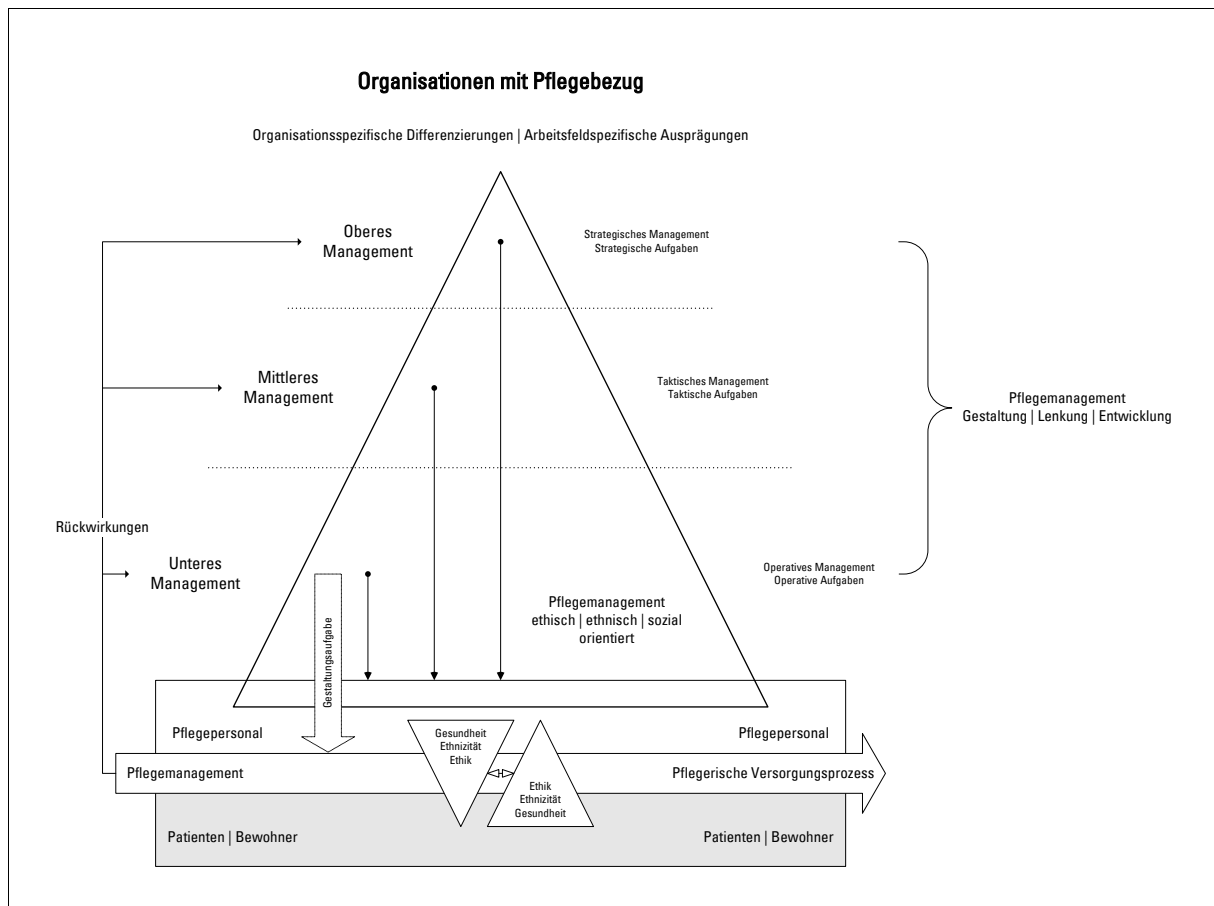


Abbildung 2-7: Bausteine einer Konzeption des Pflegemanagements (eigene Darstellung)

1 | Pflegemanagement ist in Anlehnung an Remmers (2007) ein ethisch orientiertes Management. Ethische Aspekte spielen im Rahmen der Führungsverantwortung auf der vertikalen Ebene eine Rolle, pflegeethische Aspekte sind aber auch auf der horizontalen im pflegerischen Versorgungsprozess bzw. Behandlungsprozess zwischen Pflegepersonal und Patienten bzw. Bewohnern zu berücksichtigen.

2 | In Anlehnung an Habermann (2004, 2002a – b) ist Pflegemanagement ein ethnisch orientiertes Management.⁵³ Auf der vertikalen Ebene kommt dies bei der Personalführung (Pflegepersonal mit Migrationshintergrund) und auf der horizontalen Ebene in der (kultursensiblen) Pflege selbst sowie in der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patienten bzw. Bewohner zum Ausdruck.

3 | Gesundheitliche Aspekte spielen in der praktischen Pflege selbst und im Hinblick auf das (gesundheitsorientierte) Einwirken des Pflegepersonals auf die Patienten bzw. Bewohner (z. B. in Form von gesundheitsförderlichem Verhalten) auf der horizontalen Ebene eine we-

⁵³ Es wird der Begriff der Ethnizität (nicht der Interkulturalität) nach Heckmann (1992) verwendet: „Ethnizität bezeichnet die für individuelles und kollektives Handeln bedeutsame Tatsache, daß eine relativ große Gruppe von Menschen durch den Glauben an eine gemeinsame Herkunft, durch Gemeinsamkeiten von Kultur, Geschichte und aktuellen Erfahrungen verbunden sind und ein bestimmtes Identitäts- und Solidarbewußtsein besitzen“ (Heckmann 1992: 56).

sentliche Rolle; Gesundheit bei den Patienten bzw. Bewohnern (wieder) herzustellen oder zu erhalten ist ein zentrales Ziel der Pflege.

In Anlehnung an Mellerowicz (1976) ist Pflegemanagement aber auch (auf der vertikalen Ebene) als sozialorientierte Unternehmensführung zu fassen – ein „interdisziplinärer Ansatz, bei dem die Arbeitswissenschaft ein besonderes Gewicht hat“ (Mellerowicz 1976: 429). Die sozialorientierte Unternehmensführung betont die Gleichzeitigkeit von Wirtschaftlichkeit und Humanität – damit verbunden ist vor allem eine menschengerechte Arbeitsgestaltung (vgl. Mellerowicz 1976: 429 f.).

Etliche Studien verweisen auf hohe (körperliche und psychische) Arbeitsbelastungen im Pflegebereich (vgl. Rosenthal 2013, 1993). Pflegemanagement ist sozial orientiertes Management und hat den gesundheitlichen Aspekt ganz besonders in den Blick zu nehmen – insofern ist in Anlehnung an Oppolzer (1989) Pflegemanagement auch mit einer Gestaltungsaufgabe im Hinblick auf menschengerechte Arbeitsbedingungen und eine gesunde Arbeitsorganisation verbunden.

2.3 Resümee

Die vorliegende Studie bereitet den Stand der Forschung zum Pflegemanagement systematisch auf und zeigt gleichzeitig die Perspektiven zukünftiger Forschung zum Pflegemanagement punktuell auf. Es wird ein Vorschlag zur Konzeptualisierung des Pflegemanagements unterbreitet. Die zukünftige wissenschaftliche (und durch entsprechende empirische Studien zu fundierende) Aufgabe besteht darin, die Besonderheit des Pflegemanagements noch trennschärfer zu erfassen und die das Pflegemanagement konstituierenden Elemente in ihrer spezifischen Konstellation auszuloten.

3 Zu den Qualifikationen im Pflegemanagement

3.1 Einführung

Das Kapitel 3 gibt einen Überblick über das Qualifikationsprofil beim Pflegemanagement. Im Vordergrund dieses Kapitels steht die Darstellung von empirisch gewonnenen Forschungsergebnissen zu den Qualifikationsanforderungen im Pflegemanagement (vgl. Rosenthal 2010). Dabei werden verschiedene Forschungsdesigns vorgestellt (mit verschiedenen methodischen Zugängen und unterschiedlichem inhaltlichen Anliegen).

Kapitel 3.2 geht orientierend auf Begriffe, Konzepte und Modelle von Qualifikationen bzw. Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen bzw. Schlüsselkompetenzen ein. Kapitel 3.3 vertort zunächst die Forschung zu den Qualifikationsanforderungen im Rahmen von Untersuchungen zum Qualifikationsbedarf. Kapitel 3.4 gibt einen Einblick in die Forschungsansätze und stellt (neben exemplarischen Projektstudien) die empirischen Forschungsergebnisse vor im Hinblick auf die Erfassung von Qualifikationsanforderungen im Pflegemanagement durch Befragungen von Führungskräften in verschiedenen Einrichtungen mit Pflegebezug, von Hochschulabsolventen pflegemanagementbezogener Studiengänge und von Arbeitgebern (die Hochschulabsolventen von Pflegemanagementstudiengängen einstellen) sowie durch Inhaltsanalysen von Stellenanzeigen für Positionen im Bereich Pflegemanagement.

Das Kapitel liefert in einer systematischen Übersicht eine Bestandsaufnahme bisheriger empirischer Forschungsansätze und Forschungsergebnisse.

3.2 Qualifikationen und Kompetenzen

Qualifikationen und Kompetenzen repräsentieren nicht nur zentrale Begriffe sondern auch grundlegende Konzepte der (beruflichen) Bildungsforschung. Die Begriffe Qualifikationen und Kompetenzen werden dabei je nach theoretischem Standort oder je nach bildungspolitischem Verwendungszweck ganz unterschiedlich definiert und verwendet – die Begriffe unterliegen teilweise sehr heterogenen Deutungsmustern. Es werden zur Unterscheidung der beiden Begriffe zwei Definitionen vorgestellt.

Schaeper (2005: 2) nennt jeweils drei Kriterien zur inhaltlichen Unterscheidung von Qualifikationen und Kompetenzen:

- Der Begriff Qualifikationen beschränkt sich nachfrageorientiert auf die Erfüllung konkreter Anforderungen, zielt unmittelbar auf tätigkeitsbezogene Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten ab und fokussiert auf Sachwissen.
- Der Begriff Kompetenzen bezieht sich subjektorientiert auf die Handlungsfähigkeit des Individuums, nimmt die ganze Person in den Blick und erstreckt sich auf Werthaltungen und Einstellungen.

3.2.1 Qualifikationen und Schlüsselqualifikationen

Qualifikationen bezeichnen „klar zu umreißende Komplexe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten über die Personen bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten verfügen müssen, um konvergent-anforderungsorientiert handeln zu können“ (Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XXIX).⁵⁴ Dabei werden unter Fertigkeiten durch Übung automatisierte Komponenten von Tätigkeiten und unter Fähigkeiten verfestigte Systeme psychophysischer Handlungsprozesse verstanden, die in bereichsspezifische (z. B. sprachliche oder künstlerische) und berufsspezifische (z. B. technische oder handwerkliche) Fähigkeiten unterschieden werden können (vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XXVIII f.). Qualifikationen spiegeln das aktuelle Wissen und die vorhandenen Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten wider und sind durch entsprechende Leistungsparameter direkt prüfbar und durch gezielte Maßnahmen verbesserbar; Qualifikationen sind handlungs- und sachverhaltszentriert (vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XI).

Unter Schlüsselqualifikationen versteht Mertens (1974) „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche nicht unmittelbaren und begrenzten Bezug zu bestimmten, disparaten praktischen Tätigkeiten erbringen, sondern vielmehr (a) die Eignung für eine große Zahl von Positionen und Funktionen als alternative Option zum gleichen Zeitpunkt, und (b) die Eignung für die Bewältigung einer Sequenz von (meist unvorhersehbaren) Änderungen von Anforderungen im Laufe des Lebens“ gewährleisten (Mertens 1974: 40).⁵⁵ In der Definition ist eine Unterscheidung von Qualifikationen in Fachqualifikationen (fachliche Fähigkeiten, funktional) und Schlüsselqualifikationen (überfachliche Fähigkeiten, extrafunktional) angelegt.⁵⁶ Es werden zwei Begriffsdefinitionen vorgestellt:

- Unter Schlüsselqualifikationen versteht Weinert (1998) „alle individuellen Erkenntnis-, Handlungs- und Leistungskompetenzen [...], die prinzipiell erlern- und vermittelbar sind, die in möglichst unterschiedlichen (auch zeitlich entfernten) Situationen und möglichst verschiedenen Inhaltsbereichen beim Erwerb notwendiger Spezialkenntnisse, bei der Verarbeitung relevanter Informationen, bei der Bearbeitung schwieriger Aufgaben und bei der Lösung neuer Probleme mit Gewinn genutzt werden können“ (Weinert 1998: 27).
- Unter Schlüsselqualifikationen versteht Orth (1999) „erwerbbar allgemeine Fähigkeiten, Einstellungen und Wissens Elemente, die bei der Lösung von Problemen und beim Erwerb neuer Kompetenzen in möglichst vielen Inhaltsbereichen von Nutzen sind, so dass eine

⁵⁴ Nach dem Duden ist mit *qualifizieren* „[wertend] einordnen, als etwas Bestimmtes bezeichnen; als geeignet, fähig erweisen, zu etwas befähigen“ gemeint und geht auf das aus *qualis* (lat.) „wie beschaffen“ (vgl. Qualität) und *facere* (lat.) „machen, tun“ (vgl. Fazit) gebildete Verb *qualificare* (mlat.) „näher bestimmen, mit einer bestimmten Eigenschaft versehen“ zurück. Das Substantiv *Qualifikation* „das [Sich] qualifizieren; Befähigung, Eignung; Teilnahmeberechtigung“ bezieht sich auf *qualificatio* (lat.) „Verfahrensweise, Art“ (Duden 2001: 642). Qualifikation ist eine durch Ausbildung oder Erfahrung erworbene Befähigung zu einer bestimmten (beruflichen) Tätigkeit (vgl. Duden 1999a: 3066).

⁵⁵ Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Konzept Schlüsselqualifikationen hinsichtlich begrifflicher Präzisierung, theoretischer Fundierung, empirischer Überprüfung und didaktischer Vermittlung: Arnold, Müller (1999); Weinert (1998); Lehmkuhl (1994).

⁵⁶ Mit den Schlüsselqualifikationen ist eine Begriffsfülle verbunden. Eine Sekundäranalyse berufspädagogischer Literatur ordnet die 25 häufigsten Begriffe (von insgesamt 654 Nennungen) in eine Rangreihe (vgl. Wildt 2002: 16, Weinert 1998: 24 f.): Kommunikationsfähigkeit (24 Nennungen), Kooperationsfähigkeit (23 Nennungen), Flexibilität und Kreativität (21 Nennungen), Problemlösefähigkeit (20 Nennungen), Entscheidungsfähigkeit (15 Nennungen) oder Kritikfähigkeit und Urteilsfähigkeit (9 Nennungen).

Handlungsfähigkeit entsteht, die es ermöglicht, sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden“ (Orth 1999; zit. nach Schaeper, Briedis 2004: 4).

Während die erste Definition sich auf die kognitiven Aspekte von Schlüsselqualifikationen beschränkt, nimmt die zweite Definition neben den kognitiven Elementen auch emotionale oder soziale Aspekte (Werthaltungen, Verhaltensdispositionen) in den Blick.

Mit der Einführung des Begriffs Schlüsselqualifikationen verbindet sich eine bis heute unter anderen Begrifflichkeiten andauernde Debatte um (berufliche) Bildungsaufgaben und -inhalte (z. B. Theorie-Praxis-Bezug, Lehr-Lern-Konzepte) im Hinblick auf das Verhältnis von Beschäftigungssystem (Arbeitsmarkt, Beruf) und Bildungssystem (Hochschule, Studium). „Mit dem Argument der Aufgabenvielfalt von Bildung und Erziehung, der mangelnden Prognostizierbarkeit zukünftiger Qualifikationsanforderungen und des steigenden Verfallstempos von beruflichem Anwendungswissen“ wurde damals die „Notwendigkeit, Bildungsprozesse nicht mehr einseitig an engen fach- und berufsspezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten auszurichten, sondern größeres Gewicht auf fachübergreifende Fähigkeiten und prozedurales Wissen zu legen“ begründet (Schaeper, Briedis 2004: 1).

3.2.2 Kompetenzen und Schlüsselkompetenzen

Kompetenzen bezeichnen „Selbstorganisationsdispositionen physischen und psychischen Handelns, wobei unter Dispositionen die bis zu einem bestimmten Handlungszeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation der Tätigkeit verstanden werden. [...] Kompetenzen sind [...] primär auf divergent-selbstorganisative Handlungssituationen bezogen“ (Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XXIX).⁵⁷ Kompetenzen sind nicht direkt prüfbar und können nur aus der Realisierung der Dispositionen erschlossen bzw. evaluiert werden; Kompetenzen sind handlungs- und subjektzentriert (vgl. Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XI).

Es werden vier Kompetenzklassen unterschieden (Erpenbeck, von Rosenstiel 2003: XVI):

- Personale Kompetenz: „Als die Dispositionen einer Person, reflexiv selbstorganisiert zu handeln, d. h. sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze zu entfalten und sich im Rahmen der Arbeit und außerhalb kreativ zu entwickeln und zu lernen.“
- Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen: „Als die Dispositionen einer Person, aktiv und gesamtheitlich selbstorganisiert zu handeln und dieses Handeln auf die Umsetzung von Absichten, Vorhaben und Plänen zu richten – entweder für sich selbst oder auch für andere und mit anderen, im Team, im Unternehmen, in der Organisation. Diese Dispo-

⁵⁷ Nach dem Duden steht das Adjektiv *kompetent* für „zuständig, maßgebend, befugt“ und geht auf *competens* bzw. *competere* (lat.) „zutreffen, zukommen; stimmen, entsprechen“ mit dem Grundverb *petere* (lat.) „zu erreichen suchen, streben nach“ (vgl. Appetit) zurück (Duden 2001: 432). Das Substantiv *Kompetenz* von (lat.) *competentia* „Zusammentreffen“ bezeichnet Sachverstand bzw. (Summe aller) Fähigkeiten, die eine Person „besitzt“. In der Juristensprache wird der Begriff im Sinne von „Zuständigkeit“ verwendet; dies zeigt sich im Ausdruck „bestimmte Kompetenzen haben“ oder „seine Kompetenzen überschreiten“ (vgl. Duden 1999b: 2200).

sitionen erfassen damit das Vermögen, die eigenen Emotionen, Motivationen, Fähigkeiten und Erfahrungen und alle anderen Kompetenzen – personale, fachlich-methodische und sozial-kommunikative – in die eigenen Willensantriebe zu integrieren und Handlungen erfolgreich zu realisieren.“

- Fachlich-methodische Kompetenzen: „Als die Dispositionen einer Person, bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen geistig und physisch selbstorganisiert zu handeln, d. h. mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten kreativ Probleme zu lösen, Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten; das schließt Dispositionen ein, Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch selbstorganisiert zu gestalten, sowie die Methoden selbst kreativ weiterzuentwickeln.“
- Sozial-kommunikative Kompetenzen: „Als die Dispositionen, kommunikativ und kooperativ selbstorganisiert zu handeln, d. h. sich mit anderen kreativ auseinander- und zusammensetzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, und neue Pläne, Aufgaben und Ziele zu entwickeln.“

Kompetenzen beziehen sich darauf, selbstorganisiert „mit sich selbst umzugehen, [...] mit Methoden und Inhalten eines Fachgebietes umgehen zu können, [...] mit anderen Personen oder Gruppen zielgerichtet in Kommunikation und Kooperation zu treten, [...] seine Pläne und Vorhaben auch gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen. Wer nun in eine neue und unvorhersehbare Anforderungssituation [...] gerät, bedarf entsprechender Kompetenz. Er muß die unerwarteten komplexen Anforderungen selbstorganisiert bewältigen“ (von Rosenstiel 2003: 148).

Unter Schlüsselkompetenzen versteht der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (2004) diejenigen Fertigkeiten, „die über das positive Fachwissen und die konkrete Fachmethodik hinaus in einem generellen Sinn geeignet und erforderlich sind, um wissenschaftlich erfolgreich zu arbeiten und Fachwissen in der gesellschaftlichen, namentlich wirtschaftlichen Praxis wirkungsvoll umzusetzen. Von den Schlüsselkompetenzen, bei denen es sich um primär intellektuelle und soziale Kompetenzen handelt, sind die [...] Persönlichkeitsmerkmale zu unterscheiden. Diese beschreiben Arbeits- und Lebenshaltungen, wie z. B. Fleiß und Engagement, Ausdauer und Belastbarkeit, Pünktlichkeit und [...] Zuverlässigkeit, Aufrichtigkeit und Diskretion, Pragmatismus und Offenheit [...], aber auch Optimismus und Frustrationstoleranz“ (Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft 2004: 10).⁵⁸

In der empirischen Forschung findet in der gegenwärtigen Übergangssituation häufig noch eine synonyme Begriffsverwendung von Qualifikationen und Kompetenzen statt und es wer-

⁵⁸ Vgl. zum Konzept Schlüsselkompetenzen die weiteren Ausführungen zu den definitorischen Feinheiten und konzeptionellen Grundlagen, zu den Ergebnissen empirischer Studien und Erkenntnissen didaktischer Reformansätze sowie zu den Problemen der Operationalisierung und Messung bei Schaeper (2005), Schaeper und Briedis (2004), Wildt (2002). In den letzten Jahren ist ein Wandel der Begrifflichkeiten (von Qualifikationen zu Kompetenzen) zu verzeichnen als Reaktion auf Wandlungstendenzen in Wirtschaft und Gesellschaft und den damit verbundenen Konsequenzen im Hinblick auf das Verhältnis zwischen dem Beschäftigungssystem (neue berufliche Anforderung) und dem Bildungssystem (neue berufliche Ausbildung) – es ist das „Gleichgewicht zwischen Bildungssystem und Beschäftigungssystem aus den Fugen geraten“ (Wildt 2002: 19).

den Schlüsselqualifikationen als Kompetenzen verstanden. Teilweise fungiert dabei der Qualifikationsbegriff als Obergriff und es werden verschiedene Kompetenzen bzw. Kompetenzbereiche dem zugeordnet.

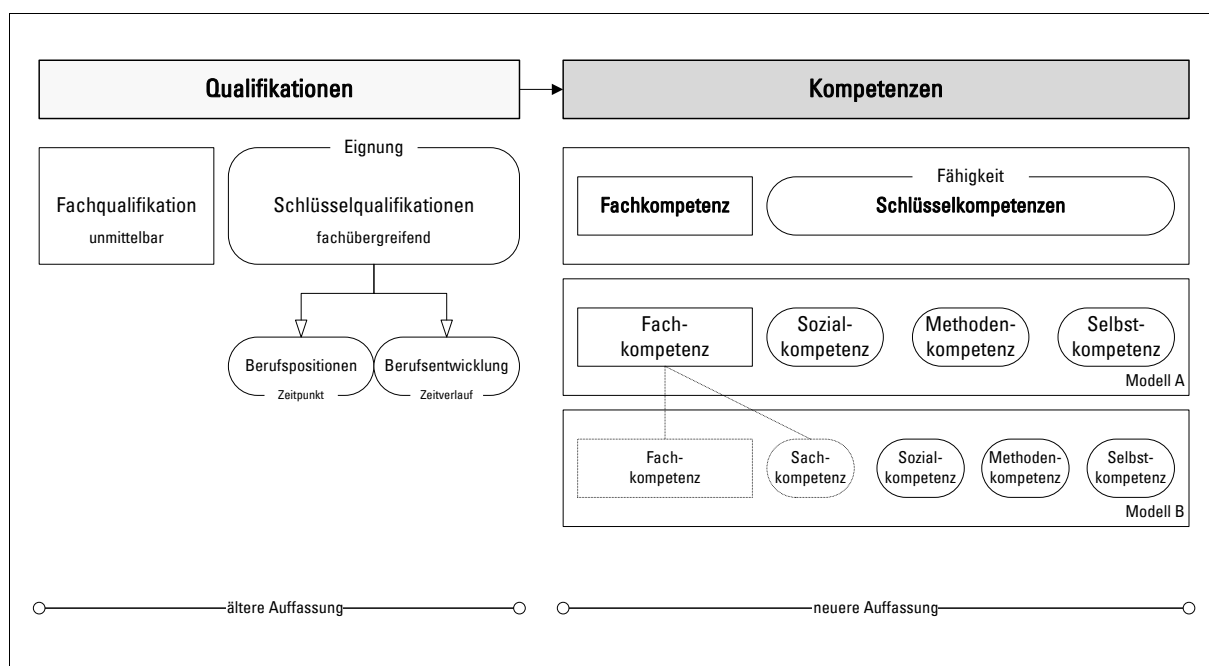


Abbildung 3-1: Zur Auffassung von Qualifikationen und Kompetenzen (eigene Darstellung)

Schlüsselqualifikationen (als Kompetenzen) oder Schlüsselkompetenzen werden auf der Grundlage einer analytischen Trennung nach unterschiedlichen Kompetenzdimensionen (Art und Anzahl der Kompetenzbereiche), Kompetenzkriterien (Art und Anzahl der Kompetenzelemente) und Kompetenzindikatoren (Art und Anzahl der Kompetenzfaktoren) systematisiert und empirischer Erfassung zugänglich gemacht.⁵⁹

Kompetenzen setzen sich grundsätzlich einerseits aus der Fachkompetenz (z. B. Grundlagenwissen, Fachwissen) und andererseits aus den Schlüsselkompetenzen zusammen – und bilden gemeinsam die berufliche Handlungskompetenz (Abbildung 3-1).⁶⁰

Grundsätzlich werden zwei Modelle unterschieden (vgl. Wildt 2002: 17; Schaeper, Briedis 2004: 4 ff.): Schlüsselkompetenzen setzen sich entweder aus den drei Bereichen Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Selbstkompetenz (Modell A) oder aus den vier Bereichen Sachkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Selbstkompetenz zusammen

⁵⁹ Für die nähere Beschreibung von Schlüsselqualifikationen spielt der Begriff Eignung und von Schlüsselkompetenzen der Begriff Fähigkeit bzw. Vermögen eine zentrale Rolle.

⁶⁰ Teilweise wird dieser Kompetenzbereich entweder auf arbeitsplatzspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten beschränkt oder um berufsspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten ergänzt. Deshalb gliedern Schaeper und Briedis (2004: 5 f.) zur klareren Abgrenzung diese Dimension in die bereichsspezifische Fachkompetenz (im Sinne berufsspezifischer Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten) und in die bereichsunspezifische Sachkompetenz (im Sinne fachübergreifender Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten); die Sachkompetenz wird dann den Schlüsselkompetenzen zugeordnet.

(Modell B).⁶¹ Die vorliegende Studie bezieht sich auf das fachlich-inhaltliche Qualifikationsprofil zum Pflegemanagement.

3.3 Hinweise zum Qualifikationsbedarf

Untersuchungen zu den Qualifikationsanforderungen stehen im Kontext der Forschung zum Qualifikationsbedarf insgesamt. Abbildung 3-2 zeigt den Zusammenhang auf. Die Forschung zum Qualifikationsbedarf (Konzept) lässt sich in zwei Bereiche unterteilen:

- Qualifikationsnachfrage (Erfassung der Nachfragepotentiale durch Ermittlung des quantitativen Bedarfs an Pflegemanagern). Bezug zum Arbeitsmarkt: Passung von Nachfrage (Arbeitgeber) und Angebot (Absolventen). Erfassung der Beschäftigungssituation und der Beschäftigungsperspektiven (damit verbunden sind z. B. Karriereperspektiven der Absolventen).
- Qualifikationsanforderung (Erfassung der Anforderungsprofile durch Ermittlung des qualitativen Bedarfs). Bezug zum Bildungsbereich: Passung von Anforderungen (Praxis) und Kompetenzen (Studium). Berücksichtigung bei curricularer Ausgestaltung und regelmäßige Anpassung der Lehrinhalte der Studiengänge an die veränderten Anforderungen (damit verbunden ist z. B. eine adäquate Ausbildung der Studenten).

Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf der empirischen Erfassung (methodische Ansätze und zentrale Ergebnisse) der Qualifikationsanforderungen im Pflegemanagement.

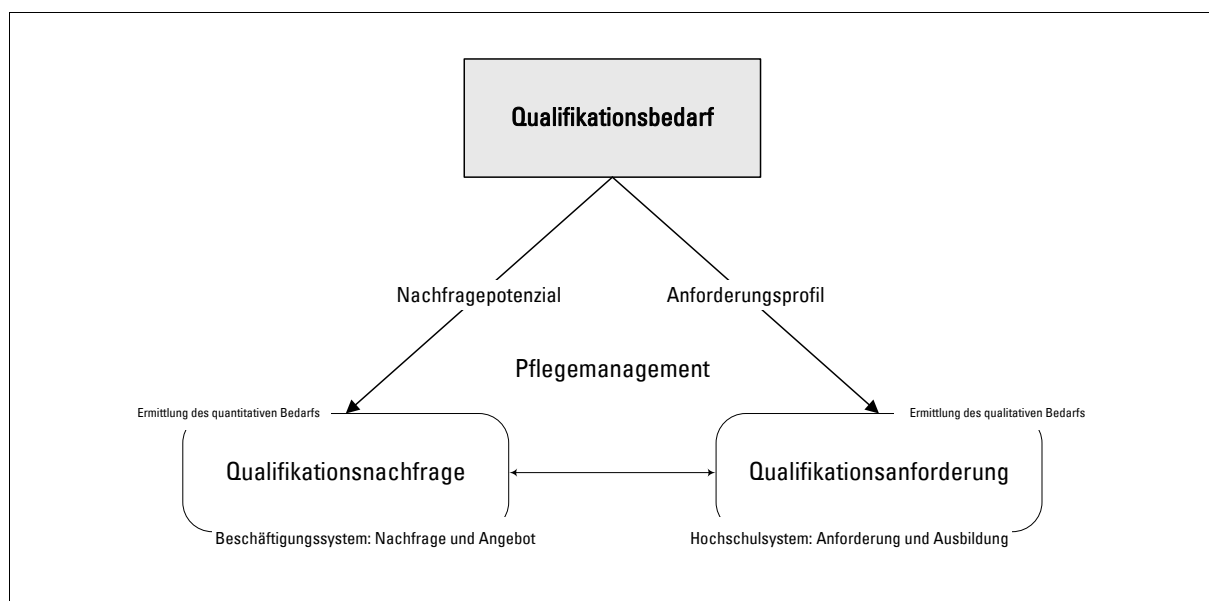


Abbildung 3-2: Zum Konzept Qualifikationsbedarf – Pflegemanagement (eigene Darstellung)

⁶¹ Unklar ist, ob der Qualifikationsbegriff vollständig durch den moderneren Kompetenzbegriff ersetzt oder lediglich ergänzt wird (Stellung der Qualifikation zur Kompetenz oder das Verhältnis des Wissens zu den Schlüsselkompetenzen). „Lernen verhält sich wie Stricken: Stricken ohne Wolle führt genauso wenig zu befriedigenden Ergebnissen wie Stricken ohne Strickmuster. In diesem Sinne ist der Erwerb von Schlüsselkompetenzen aufs Engste mit dem Erwerb des Wissens selbst verbunden.“ Damit wird deutlich, dass es im Studium „nicht nur um den Erwerb von Wissen, sondern im Zusammenhang damit auch um die Entwicklung von Lernstrategien als ‚Schlüsselstrategien‘ geht“ (Wildt 2002: 21).

Es lassen sich drei verschiedene Ansätze und methodische Zugänge zur empirischen Erfassung im Hinblick auf die Qualifikationsnachfrage voneinander abgrenzen:

- Untersuchungen zur Akzeptanz (beziehen sich z. B. auf die Bereitschaft zur Aufnahme oder Erwartungen akademisch Qualifizierter; erhoben über z. B. Arbeitgeberbefragungen bzw. Entscheidungsträger aus der Praxis oder Experten).
- Untersuchungen des Bedarfs (beziehen sich z. B. auf konkrete Schätzungen oder quantitative Hochrechnungen hinsichtlich der benötigten Anzahl akademisch Qualifizierter; erhoben über z. B. Arbeitgeberbefragungen oder statistische Daten).
- Untersuchungen zum Verbleib (beziehen sich z. B. auf die Absolventen von Studiengängen hinsichtlich Arbeitsmarktchancen oder tatsächlichem Verbleib; erhoben z. B. über Absolventenbefragungen der Hochschulen selbst).

Es werden in einem historischen Rückblick ausgewählte Studien zu den drei Bereichen kurz vorgestellt.

1 | Zum Bedarf (Arbeitgeberbefragung) prognostizierte die Robert Bosch Stiftung (1993): „Die Bedarfszahlen lassen sich für den stationären Bereich der Krankenpflege [...] leichter abschätzen als für die ambulante Krankenpflege und für den Bereich der Altenpflege. Akademisch qualifizierte Managementkräfte werden sicher zunächst in Krankenhausbetrieben ab 400 – 500 Betten eingesetzt werden; davon gibt es in der Bundesrepublik rund 1.500 Kliniken. Wenn jedes dieser Häuser auch nur eine oder zwei Spitzenkräfte einstellen würde, um damit die betriebswirtschaftliche Entwicklung und die Qualität der individuellen pflegerischen Leistungen positiv zu beeinflussen, würden bis zu 3.000 Managementkräfte benötigt. Selbst wenn alle rund 3.500 Krankenhäuser in den alten und neuen Ländern sich jeweils nur eine solche Kraft leisteten, reichten etwa 4.000 akademisch ausgebildete Kräfte für das Spitzenmanagement im Krankenhausbereich aus. Der Bedarf an Arbeitsplätzen mit Leitungs- und Managementqualifikationen im oberen und mittleren Management und in Stabsfunktionen dürfte, basierend auf den Daten des Jahres 1989, bei mindestens 8.000 bis 10.000 liegen; davon entfallen etwa 20 bis 25 Prozent auf die neuen Länder. Die absehbaren strukturellen Veränderungen in der Pflege, insbesondere aber in der ambulanten Altenpflege lassen vermuten, daß sich auf lange Sicht eine Verdoppelung für leitende Funktionen ergeben wird. Hinzu kommen Einsatzmöglichkeiten im gesamten Gesundheitssystem, vor allem auch in der Pflege- und Gesundheitsberatung, im sozialen Bereich, in Krankenkassen- und Berufsverbänden, in Politik und Verwaltung sowie in der Wissenschaft. Das alles ist noch nicht vorhersehbar. Deshalb sind exakte Prognosen [...] nicht möglich“ (Robert Bosch Stiftung 1993: 43). Einschätzungen zu den Berufschancen des akademisch ausgebildeten Nachwuchses liegen darüber hinaus z. B. in Form von Interviews mit Pflegedirektoren vor: „Die Chancen für die zukünftigen Diplom-Pflegewirte werden nur dann gut sein, wenn Praxisbezug und Theorie gleichgewichtig verbunden werden. [...] Zum Teil ist in den neuen Betätigungsfeldern im außerklinischen Bereich ein verstärkter Bedarf an qualifizierten Leitungspersonen festzustellen. [...] Insbesondere wird es im Aufbau des ambulanten Versorgungsnetzes neue Arbeitsfelder in den Bereichen Prävention, Organisation, Bildung, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie geben“ (Hommel 1998: 8).

2 | Eine empirische Studie (14 Interviews mit Leitungs- und Entscheidungsträgern) bezieht sich auf die Akzeptanz von Absolventen eines generalistischen Pflegestudiums. „Von nahezu allen Befragten wird es explizit begrüßt, daß pflegewissenschaftliche Studiengänge eingerichtet werden, die sich nicht speziell auf bestimmte Funktionen in der Pflegehierarchie beziehen, die also weder speziell am Lehramt, noch speziell am Management ausgerichtet sind.“ In den Expertengesprächen „werden zwei miteinander gekoppelte grundlegende Ziele und Hoffnungen mit der Einführung eines generalistischen Pflegestudiums verbunden: Die Erhöhung des gesellschaftlichen Stellenwerts der Pflege und die Sicherung einer hohen Pflegequalität in der Praxis“ (Bartholomeyczik 1994: 193). Eine umfassendere empirische Untersuchung (797 Institutionen einer bundesweiten Befragung) bezieht sich darüber hinaus auf die Einschätzung der Arbeitsmarktchancen der Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge, auf die Erfassung neuer künftiger Arbeitsbereiche der Absolventen und auf die Feststellung bestehender Erwartungen der Praxis an die Absolventen. Zur Akzeptanz pflegewissenschaftlich qualifizierten Fachpersonals in der eigenen Einrichtung kommt die Studie zum Ergebnis, dass „in bestimmten Bereichen pflegewissenschaftliche Fachkräfte zwar als innovatives Moment begrüßt werden, [...] in der Praxis die strukturellen Bedingungen in diesen Aufgabenfeldern aber für die Einstellung pflegewissenschaftlicher Fachkräfte noch nicht geschaffen sind“ (Pflegeforum Ludwigshafen 1997: 201).

3 | Gesicherte Erkenntnisse zu den realen Berufsaussichten und tatsächlichem Verbleib der ersten Absolventen von Pflegestudiengängen liegen institutions- bzw. berufsgruppenbezogen vor. Winter (1998) gibt eine Übersicht zum Forschungsstand und benennt vorläufige Ergebnisse zum Berufsverbleib. Die Zwischenergebnisse „verweisen auf erste Widersprüche zwischen angenommenen Berufsaussichten“ von Pflegeakademikern und „ihrem tatsächlichen Berufsverbleib“ (Kuhlmey, Winter 1998: 37). Kollak (1998) befindet für den Studiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Alice Salomon (Berlin): Die bisherigen Studienabgänger fanden in ihrer Mehrzahl Anstellung in „Stabstellen der Pflegedienstleitung, im Qualitätscontrolling und in Projekten zum Aufbau neuer Versorgungsangebote wie Case-Management, ‚ambulantes Operieren‘. Einige Studierende, die bereits in Führungspositionen tätig waren, haben das Studium genutzt, um neue Fach- und Sozialkompetenz für ihre Leitungsaufgaben zu erwerben“ (Kollak 1998: 7).

„Aktuell liegen etwa acht Studien vor, die die berufliche Wirklichkeit von insgesamt rund 370 Absolventen aus acht verschiedenen Studiengängen an sieben Hochschulen erfassen, wobei es sich bis auf eine Ausnahme um Fachhochschulen handelt [...]. Zusammenfassend zeigen die Befunde zunächst übereinstimmend, dass die Absolventen den Einstieg ins Berufsleben in der Regel ohne größere Anstrengungen und vergleichsweise zügig bewältigen. Persönliche Kontakte ins Berufsfeld, wie sie insbesondere im Rahmen von Praktika während des Studiums entstehen, erweisen sich dabei in beachtenswertem Umfang als förderlich. Ebenfalls positive Auswirkungen bei der Arbeitsplatzsuche haben die Berufstätigkeit“ während des Studiums bzw. vor Beginn des Studiums sowie „informelle Netzwerke“ (Winter 2005: 290 f.).

3.4 Analysen zu den Qualifikationsanforderungen

Zur empirischen Erfassung der Qualifikationsanforderungen im Pflegemanagement in Deutschland wird mit unterschiedlichen methodischen Designs und inhaltlichen Orientierungen gearbeitet (Abbildung 3-3).

Im Hinblick auf das methodische Design der empirischen Studien gibt es Unterschiede im Hinblick auf (wie untersucht wird):

- Methodische Zugänge (z. B. quantitativ, qualitativ)
- Studiendesign (z. B. Vergleich, Querschnitt)
- Ansatz der Untersuchung (z. B. Fragestellung, Stichprobe)
- Zielgruppen (z. B. Führungskräfte, Absolventen)
 - Fremdbeurteilung (z. B. oberes über mittleres Pflegemanagement)
 - Selbstbeurteilung (z. B. unteres über unteres Pflegemanagement)
- Instrumente (z. B. Befragung, Inhaltsanalyse)

Im Hinblick auf die inhaltliche Orientierung der empirischen Studien gibt es Unterschiede im Hinblick auf (was untersucht wird):

- Organisationsbezogene Anforderungen (z. B. Krankenhaus)
- Berufsgruppenbezogene Anforderungen (z. B. Altenpflege)
- Hierarchiebezogene Anforderungen (z. B. mittlere Position)

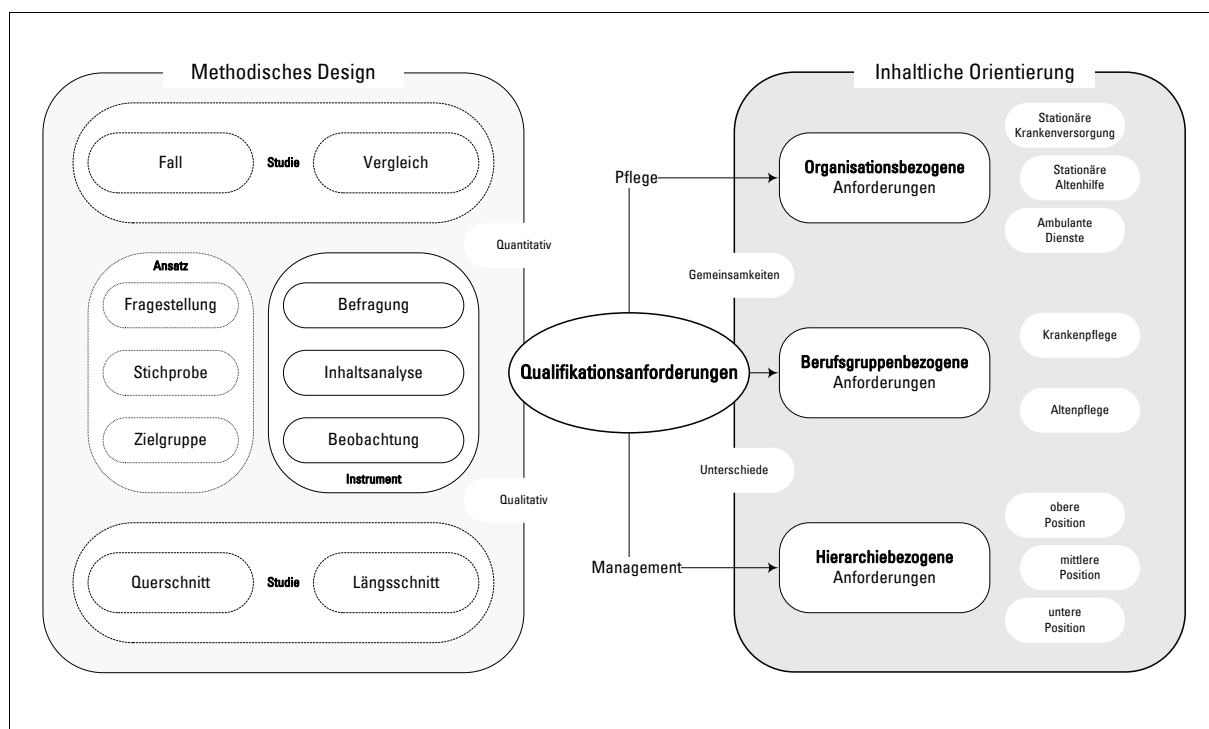


Abbildung 3-3: Zur Untersuchung der Qualifikationsanforderungen – Pflegemanagement (eigene Darstellung)

Damit sind die vorliegenden empirischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse nur schwer vergleichbar.

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen zum Pflegemanagement wird auf zwei Analyseebenen argumentiert:

- In einem exemplarischen Zugriff werden innovative Projekte auf der Stationsleitungsebene in Universitätskliniken vorgestellt.
- In einem systematischen Zugriff werden empirische Studien und ihre zentralen Ergebnisse präsentiert.

3.4.1 Projekte zu den Qualifikationsanforderungen

Frage | „Besondere Veränderungen haben die Führungskräfte [...] zu bewältigen. Ihre Verantwortung und ihr Aufgabenspektrum werden breiter. Welche Chancen [...] hat das Pflegemanagement insgesamt heute?“

Antwort | „Die Stationsleitung ist eine Ebene, auf der sich sehr viel tut und wo sich oft entscheidet, ob ein Reorganisationsprozess gelingt oder nicht. Den Stationsleitungen werden größere Bereiche unterstellt, u. a. durch Zusammenlegung von Stationen, sie stehen einem flexiblen Mitarbeiterpool vor. Sie werden immer mehr zu Managerinnen. Wir kommen zu flacheren Hierarchien, aus vier werden drei oder nur noch zwei Ebenen. Das führt naturgemäß zur Verlagerung von Zuständigkeiten und Kompetenzen. Die Stationsleitung muss sowohl die Perspektive der Mitarbeiter als auch den Bedarf der Patienten im Blick haben. Diese Stellschrauben sind vor Ort besser zu bedienen als von oben. Die Gruppe der Stationsleitungen hat sich in jüngster Zeit sehr entwickelt, ist kompetenter und selbstbewusster geworden. Ihr wird mehr Einfluss auf die Gesamtorganisation eingeräumt – von der Personalverantwortung über die Einsatzplanung bis hin zum Belegungsmanagement. Für die Qualität der Leistungen ist sie ohnehin verantwortlich. Die Budgetverantwortung ist derzeit noch ein heißes Eisen, bisher sind das in der Regel Teilbudgets, die ihr verantwortlich übertragen werden, aber das wird sich auch noch ändern“ (Beyer-Rehfeld 2006: 94).

Mit Blick auf die strukturellen Veränderungen und die Neuordnung der Aufgaben auf Stationsleitungsebene kommt Uhde (1997) zu folgendem Ergebnis: „Das Hauptanliegen der Krankenhäuser wird darin zu sehen sein, zu versuchen, mit den effektiven Fallkosten unter den Kosten und der Verweildauer zu bleiben, die die Fallpauschalen und Sonderentgelte beinhalten, um finanzielle Reserven und Ausgleichsräume zu schaffen. Auf der Ebene der Stationsleitung bedeutet das, daß die ständig prüfen muß, wie die Pflege, unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung, effektiver gestaltet werden kann“ (Uhde 1997: 475).

3.4.1.1 Das UKE-Projekt

3.4.1.1.1 Projektdesign

Am Universitätsklinikum Hamburg (UKE) wurde von 2002 – 2004 das Pilotprojekt „Neue Leitungsstrukturen auf Stationsebene“ durchgeführt. Verschiedene Pflegebereiche wurden zu Stationen mit größeren Betteneinheiten zusammengefasst (56-Betten-Konzept). „Aus zwei bisher selbstständigen Stationen oder einer Station und einer Poliklinik entstand ein Bereich, für den eine Stationsleitung zuständig ist. Die zuständigen Führungskräfte übernehmen neue

Aufgaben und Rollen“ (Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 4). Dafür wurden geeignete Leitungsstrukturen entwickelt und Kompetenzkonzepte erprobt, die Stationsleitungen befähigen sollten, sich selbst und ihre Mitarbeiter zu motivieren, „Veränderungschancen wahrzunehmen und erfolgreich neue Arbeitssysteme aufzubauen“ (Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 1).

Ziele des Projektes ist eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Erhöhung der Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit, (inhaltliche) Weiterentwicklung der Pflege, verbesserte Steuerung der Behandlungsprozesse sowie Stärkung der Selbsterneuerungsfähigkeit, Flexibilität des Pflegebereiches und kontinuierliche Verbesserung der pflegerischen Qualität (vgl. Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 1, 4).⁶²

Die Stationsleitungen übernehmen für die neuen Bereiche mehr Verantwortung und neue Führungsaufgaben wie z. B. „die Weiterentwicklung der Dokumentation zur Erlössicherung, die Einführung von Behandlungsstandards im Rahmen der Qualitätssicherung, die Durchführung von Stärken- und Schwächenanalysen, die Planung und Einleitung von Personalentwicklungsmaßnahmen“ (Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 3).

Mit dem Projekt verbunden sind der stationsübergreifende Einsatz von Experten (z. B. Umsetzung der Pflegeplanung und Qualitätssicherung, Dokumentationsaufgaben oder Pflegeforschung), die Einführung des Primary Nursing Pflegesystems (Übernahme des Fallmanagements) und die Etablierung eines neuen Führungsmodells:

- die direkte Steuerung (Management), „umfasst alle Aktivitäten, die sich unmittelbar auf die Organisation des Tagesgeschäftes beziehen“ – wie z. B. Leistungsziele setzen, Personaleinsatz planen oder Behandlungspfade optimieren (Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 8);
- die indirekte Steuerung (Leadership), „hat eine langfristige Perspektive und stellt das Interesse am Menschen in den Mittelpunkt. Gefordert sind Fähigkeiten wie Situationen richtig zu deuten, sich als Vorbild zu bewähren und jedem einzelnen Akteur das Gefühl zu vermitteln, dass seine Arbeit ein sinnvoller Beitrag zum Ganzen ist“ (Ferenszkiewicz, Kuhls 2005: 9).

⁶² Beispiel des Universitätsklinikums Essen: „Das Pflegemanagement müsse sich veränderten Aufgaben wie Steuerung der Ressource Personal, die wirtschaftliche Gestaltung des Dienstleistungsangebotes Pflege und die Mitwirkung bei der Optimierung von Klinikprozessen stellen“ (Reif 2006: 135). Damit soll das Pflegemanagement einen entsprechenden Freiraum erhalten. „Im Universitätsklinikum Essen wird zu diesem Zweck ein neues Führungsmodell erprobt. Die ursprüngliche Organisationsstruktur sah so aus, dass der Pflegedirektion als Mitglied des Vorstandes fünf Klinik-Pflegedienstleitungen sowie 70 Stationsleitungen und 52 stellvertretende Stationsleitungen unterstanden. Die Kompetenzen waren in der mittleren Führungsebene nicht deutlich genug voneinander abgegrenzt. 2004 wurde ein Projekt gestartet, das klarere Führungsstrukturen und eine eindeutige Abgrenzung der Aufgaben- und Kompetenzbereiche zum Ziel hat. Die neue Organisationsstruktur sieht eine Reduktion der Stationsleitungen bei gleichzeitiger Stärkung des Teams auf den Stationen vor. Durchschnittlich drei Stationen wurden einer verantwortlichen Stationsleitung unterstellt. Die Stationsleitungen sind nicht mehr aktiv am Patienten tätig, sondern nehmen strategische und organisatorische Aufgaben wahr. Gleichzeitig erhalten die 60 Teamleitungen auf den Stationen mehr Entscheidungsbefugnisse und bekommen neue Führungsrollen als Experten vor Ort zugewiesen. Die Effekte: Mehr zeitlicher Freiraum für das obere Management in strategischen Entwicklungsfeldern. Auf den Stationen schnellere Problemlösungen, eine bessere Arbeitsorganisation, flexiblere Personaleinsatzplanung sowie eine stärkere Vernetzung zwischen den Stationen“ (Reif 2006: 135).

3.4.1.1.2 Projektergebnisse

„Mit der Zusammenlegung [...] erhöht sich der Aufwand für Koordinierungs- und Steuerungstätigkeiten (z. B. Dienst- und Urlaubsplangestaltung und Patientenmanagement). Neu hinzu kommt die Übernahme von betriebswirtschaftlichen Aufgaben, von Aufgaben im Rahmen des Prozessmanagements und von Aufgaben zur Optimierung der Ablauforganisation“ (Ferenzkiewicz, Kuhls 2005: 9).

1 | Mit dem Projekt verbunden ist eine neue Aufgabenbeschreibung für die Stationsleitungen (auf der Basis von Tätigkeitsfelderhebungen zu Beginn und zum Abschluss des Projektes) in fünf Aufgabenfeldern – mit einer prozentualen Zuordnung der Kapazitätsverteilung und der Benennung von Befugnisstufen bezogen auf die konkreten Einzelaufgaben (Stufe A = Eigenverantwortlich handeln und entscheiden; Stufe B = Eigenverantwortlich handeln und entscheiden, mit der Pflicht zur Information des Vorgesetzten; Stufe C = Entscheidungen vor der Umsetzung zur Genehmigung vorlegen; Stufe D = Recht auf Mitwirkung):

- Aufgabenfeld 1: Betriebswirtschaftliche Aufgaben (20 % Kapazität; A = 10 Nennungen, B = 2 Nennungen, C = 1 Nennung, D = 3 Nennungen) z. B. im Rahmen der Ziel- und Leistungsplanung oder bei der Personaleinsatzplanung.
- Aufgabenfeld 2: Prozessmanagementaufgaben (30 % Kapazität; A = 10 Nennungen, B = 4 Nennungen, C = 1 Nennung, D = 1 Nennung) z. B. im Rahmen des Casemanagements oder zur Optimierung der Organisations- und Arbeitsstrukturen.
- Aufgabenfeld 3: Unterstützung von Lernen und Entwickeln (30 % Kapazität; A = 20 Nennungen, B = 5 Nennungen, C = 3 Nennungen, D = 3 Nennungen) z. B. im Rahmen der Ausbildung oder einer planmäßigen und systematischen Personalentwicklung, Personalauswahl und Personalbeurteilung.
- Aufgabenfeld 4: Optimierung der Patientenorientierung (15 % Kapazität; A = 2 Nennungen, B = 6 Nennungen, C = keine Nennung, D = keine Nennung) z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung oder zur Sicherstellung der Patientenzufriedenheit.
- Aufgabenfeld 5: Stationsinterne Aufgaben (5 % Kapazität; keine Angaben).

Prozentuale Gewichtung (z. B. Bedeutung der Prozessmanagementaufgaben und der Betriebswirtschaftlichen Aufgaben) bei 71 Nennungen insgesamt: A = 42, B = 17, C = 5, D = 7.⁶³

2 | Mit dem Projekt wird ein neues Konzept der Clinical Leadership Interventionen umgesetzt (die Ausführung von pflegfachlichen Führungsaufgaben wird zukünftig an Bedeutung gewinnen). Es geht vorrangig darum, „durch Vermittlung und Umsetzung neuer Ergebnisse der Pflegeforschung sowie zielgerichtete Auseinandersetzung über vorherrschendes Pflegeverständnis und tradierte Pflegepraxis die Leistungsfähigkeit und den Leistungswillen des Pflegepersonals zu fördern“ (Ferenzkiewicz, Kuhls 2005: 11). Mit den Clinical Leadership Interventionen „steuern die Stationsleitungen unmittelbar und direkt die Qualität der Leistungen des Pflegepersonals. In enger Zusammenarbeit mit (Weiterbildungs-)Experten werden neue

⁶³ Eigene Auszählung auf der Basis der Aufgabenbeschreibung für Stationsleitungen nach Ferenzkiewicz und Kuhls (2005: 20 ff.).

wissenschaftliche Erkenntnisse praxiswirksam umgesetzt. Die Pflegehandlungen jeder Pflegekraft werden in unterschiedlichen Situationen bewertet und Pflegefehler unmittelbar zurückgemeldet“ (Ferenzkiewicz, Kuhls 2005: 12).

3 | Die Pflege übernimmt im neuen Modell die Organisationshoheit im Behandlungsprozess. Projektziel war es, die Integration der Berufsgruppen zu fördern und die personellen Ressourcen auf den Behandlungsprozess zu konzentrieren – dies wird mit der Einführung eines Konzeptes für das Case Management auf vier Ebenen realisiert (vgl. Ferenzkiewicz, Kuhls 2005: 33 ff.).⁶⁴ Das Modell beinhaltet neue Regeln für die Organisation und Steuerung von Behandlungsprozessen im Universitätsklinikum Hamburg. Beispiel (für Ebene 2 DCM – Leitung der Station): Die ärztlichen und pflegerischen Leitungen „steuern gemeinsam den Behandlungsprozess.“ Sie sorgen im Rahmen ihrer Funktion als Leadership „für die fortlaufende Qualitätsverbesserung sowie die Weiterentwicklung von Behandlungsstandards“ (Ferenzkiewicz, Kuhls 2005: 34).

Die neuen Führungsstrukturen auf Stationsleitungsebene soll die Pflegedienstleitung entlasten (mehr Zeit für strategische Aufgaben); damit verbunden ist eine Verlagerung von mehr Managementaufgaben an und mehr Verantwortung für die Stationsleitung.

3.4.1.2 Das VIP-Projekt

Mit der Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen in Deutschland (2003) geht auch die Implementierung klinischer Behandlungspfade einher, da die Vergütung sich nicht mehr an der Verweildauer im Krankenhaus orientiert, sondern sich auf die „Gesamtbehandlung eines Krankheitsbildes“ bezieht (Roeder et al. 2003: 20).⁶⁵ Behandlungspfade stellen die Kernprozesse des Krankenhauses dar, um die sich alle anderen Prozesse ranken. „Da die Erlösmöglichkeiten fixiert sind, bleibt dem Krankenhaus zur Steuerung von Gewinn und Verlust lediglich die Einflussnahme auf die Kosten der Behandlung“ (Küttner et al. 2005: 176).

Damit sind die Krankenhäuser gezwungen, die Behandlungsabläufe möglichst unter Steigerung der Fallzahlen zu standardisieren. Da künftig zur Steigerung der Fallzahlen ein verstärkter Wettbewerb stattfinden wird, sind die Kliniken auf zufriedene Patienten angewiesen.

⁶⁴ Das Konzept sieht eine Ebene des zentralen Casemanagements (ZCM) und drei Ebenen des dezentralen Casemanagements (DCM) vor – Ebene 1 (Bearbeitungsteam), Ebene 2 (Leitung der Station) und Ebene 3 (Behandlungsprozess) – und nennt jeweils die Funktionen, Strukturen (Aufgaben) und die Befugnisse.

⁶⁵ „Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionenübergreifende Konsens für die beste Durchführung der gesamten stationären Behandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität sowie unter Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen, ebenso unter Festlegung der Aufgaben sowie der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten. Der klinische Behandlungspfad steuert den Behandlungsprozess; gleichzeitig ist er das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung“ (Roeder et al. 2003: 21 f.).

Die Optimierung der Patientenversorgung erfordert eine Verbesserung von Koordination und Kommunikation.⁶⁶

3.4.1.2.1 Projektdesign

Es wird die Einführung klinischer Versorgungspfade beim Klinikkonzern Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH (Vivantes) als berufsgruppenübergreifende Festlegung des Behandlungsablaufs von Patienten betrachtet – die Vivantes Interdisziplinären Versorgungspfade (VIP).⁶⁷

Im August 2004 wurde mit der Einführung in einem Pilotklinikum begonnen. Nacheinander wurden insgesamt ca. 50 Versorgungspfade als gemeinsames Projekt der Direkorate Pflege- und Betreuungsmanagement sowie Qualitätsmanagement in allen Kliniken von Vivantes eingeführt; bis zum Jahresende 2005 sollten ca. 45 % aller behandelten Fälle über die interdisziplinären Versorgungspfade abgedeckt werden. Interdisziplinäre Versorgungspfade legen die optimale Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen fest, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder einer Behandlung durchgeführt werden.

In der Praxis koordinieren die Stationsleitungen mit Hilfe der Versorgungspfade die Prozesssteuerung und übernehmen das „Zeitmanagement für die stationäre Behandlung der Patienten“ (Mecke, Senkbeil 2005: 50). Mit den Versorgungspfaden steht ein „unterstützendes Instrument zur systematisierten Bearbeitung und Steuerung der zeitlichen Vorgaben zur Verfügung. Ziel ist es, dass die Stationspflegeleitung die Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungspraxis im Zusammenhang mit der Patientenversorgung“ steuert (Mecke, Senkbeil 2005: 50).

⁶⁶ Leppin und Rosenthal (2006): Die mit der Einführung von klinischen Behandlungspfaden verbundenen organisatorischen Herausforderungen für Krankenhäuser beziehen sich einerseits auf die Organisationsstruktur (vom funktionalen zur prozessorientierten Organisation, vom Pflegeprozess zum Behandlungsprozess, von der patientenbezogenen zur fallbezogenen Betreuung) und andererseits auf die Unternehmenskultur (berufsgruppenübergreifende Kooperation, kontinuierlicher Verbesserungsprozess) sowie auf die notwendigen organisatorischen Gestaltungsmaßnahmen (Klärung der Rahmenbedingungen, Bereitstellung der Ressourcen, Einbeziehung der Mitarbeiter; fundierter Einsatz von Kommunikation, konstruktiver Umgang mit Widerstand) (vgl. Leppin, Rosenthal 2006: 3 ff.). Eine prozessorientierte Organisation erfordert beispielsweise eine hohe Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit von allen an der Behandlung des Patienten beteiligten Mitarbeitern – und dies fachabteilungs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifend. Allerdings sollte es Prozessverantwortliche (Pflegefachkräfte) mit den entsprechenden Befugnissen geben, die die Schnittstellen managen (vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2004: 639; Dahlgaard, Stratmeyer 2003: 134). Die Implementierung von Behandlungspfaden stellt neue Anforderungen an die Kooperationsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflegenden. Beide Berufsgruppen müssen sich als ein Behandlungsteam verstehen. Entscheidend für das Gelingen ist dabei die „funktionale, komplementäre Arbeitsteilung auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses von patientenorientiertem Handeln mit klaren Absprachen und verbindlichen Regelungen“ (Dahlgaard, Stratmeyer 2004: 636).

⁶⁷ Empirische Grundlage stellen vier explorative Interviews auf der Basis eines Expertenleitfadens mit den Projektverantwortlichen bei Vivantes dar (vgl. Luckow, Rosenthal 2006).

3.4.1.2.2 Projektergebnisse

Das Anforderungsprofil der Stationsleitungen umfasst künftig neben den Aufgaben der Prozesssteuerung bzw. des stationären Personalmanagements auch die Sicherstellung der stationären Pflegequalität und leistungsbezogenen Dokumentation (vgl. Mecke, Senkbeil 2005: 50 ff.). Künftig übernimmt die Stationsleitung die Rolle der Prozesskoordination und trägt damit die Verantwortung für die Kommunikation zwischen Medizin und Pflege sowie für die Koordinierung der Prozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten.

Im Pflegedienst laufen alle Fäden hinsichtlich des komplexen Versorgungsablaufs zusammen. Der Pflegedienst steht daher im Mittelpunkt der Patientenversorgung. Das Pflegemanagement steht diesbezüglich vor der großen Herausforderung einer grundlegenden Neudefinition der Prozesse und des Rollenverständnisses. Um die aus den komplexen Veränderungsprozessen resultierende anspruchsvolle Koordinierungsaufgabe erfüllen zu können, bedarf es eines von allen Beteiligten akzeptierten Steuerungsinstrumentariums (vgl. Luckow, Rosenthal 2006: 3).

Damit ergibt sich ein neues Aufgabenspektrum und neues Anforderungsprofil für die Stationsleitungen, die eine zentrale Position im Prozessmanagement der Stationen übernehmen (vgl. Mecke, Senkbeil 2005: 51 f.). „Je perfekter sie diese Funktion ausführen, desto besser werden die Versorgungsprozesse in qualitativer (Auswirkungen auf die Patientenversorgung) und quantitativer Hinsicht (ökonomische Auswirkungen) gesteuert und organisiert sein“ (Mecke, Senkbeil 2005: 52).

Im Vergleich zu früher sind dadurch deutlich mehr Managementaufgaben und ist eine qualitativ höhere Führungsverantwortung wahrzunehmen (vgl. Luckow, Rosenthal 2006: 7). Behandlungspfade sind als Managementinstrument sowohl zur Steuerung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses als auch zur Qualitätsverbesserung von Bedeutung (vgl. Leppin, Rosenthal 2006: 3).

3.4.2 Empirische Studien zu den Qualifikationsanforderungen

3.4.2.1 Die BIBB-Studie

Im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) wurde im Sommer 1997 das Forschungsprojekt zum Thema Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung durchgeführt (vgl. Krüger et al. 1997a – b). Allgemeines Ziel der Untersuchung war die Erfassung der beruflichen Situation der Fach- und Führungskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen.

Im Speziellen sollte die Beschäftigungsentwicklung und der Qualifikationsbedarf in mittleren Positionen des stationären und ambulanten Bereichs untersucht werden. Daraus sollten An-

forderungen an die berufliche Weiterbildung abgeleitet werden. Die bundesweite Befragung konzentrierte sich auf das mittlere Pflegemanagement.⁶⁸

3.4.2.1.1 Studiendesign

Mit der quantitativen Studie zum Thema Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf in mittleren Positionen des Pflegebereichs liegen Ergebnisse einer bundesweiten und nach Institutionen differenzierten Befragung der oberen Hierarchieebene aus 373 ausgewerteten Fragebögen vor (Krüger et al. 1997a – b; Rosenthal et al. 2001, 2000).⁶⁹ Die Anzahl der versandten Fragebögen betrug 2.672 (Zufallsauswahl): Stationäre Krankenversorgung = 500 (von 1.377 Einrichtungen mit mindestens 150 Betten), Stationäre Altenhilfe = 1.000 (von 3.192 Einrichtungen mit mindestens 50 Betten), Ambulante Dienste = 1.172 (alle größeren Einrichtungen).⁷⁰ Der Rücklauf betrug insgesamt 378 Fragebögen; ausgewertet wurden 373 (Stationäre Krankenversorgung = 81, Stationäre Altenhilfe = 99, Ambulante Dienste = 193). Die Rücklaufquote betrug insgesamt 14,1 % (Stationäre Krankenversorgung = 16,6 %, Stationäre Altenhilfe = 10,0 %, Ambulante Dienste = 16,6 %).

Schwerpunkte der Untersuchung: derzeitige Tätigkeits- und Qualifikationsprofile im mittleren Fach- und Führungskräftebereich in der Pflege; neue Handlungsabläufe und Arbeitsanforderungen im mittleren Pflegemanagement; zukünftige Anforderungen an die Weiterbildung für die Inhaber mittlerer Positionen im Pflegebereich; berufliche Entwicklungschancen und Personalentwicklungsstrategien für Pflegekräfte der mittleren Fach- und Führungsebene.

⁶⁸ Vgl. zu empirischen Studien im Hinblick auf das untere Management (Stationsleitungen) auch die Studie von Berger (2000), die mittels Literaturanalyse und vier Experteninterviews ein Qualifikationsprofil für Stationsleitungen im Krankenhaus entwirft. Anspruch und Realität von Führungsaufgaben der Stationsleitung im Krankenhaus wird von Eickhoff (1998) untersucht. Die qualitative Studie (Befragung von 15 Positionsinhabern aus zwei mittelgroßen konfessionellen Krankenhäusern einer Stadt) bezieht sich dabei auf die subjektiv wahrgenommenen Führungsaufgaben (Selbsteinschätzung) mit den Dimensionen Momentane Arbeitssituation, Kommunikationsstrukturen, Kooperationsbeziehungen und Selbstverständnis der Stationsleitungen. Fazit: „Die Auswertung der Interviews zeigt deutlich, wo die Schwachstellen der traditionellen Organisationsform liegen, und wie Führungsaufgaben individuell gehandhabt werden. [...] Eine Organisation ist gut beraten, wenn sie in die Qualifizierung der mittleren Führungsebene investiert, denn hier liegt ein großes ungenutztes Potential“ (Eickhoff 1998: 150).

⁶⁹ Der Studie liegt folgende Definition zugrunde: Der Begriff mittlere Positionen (mittleres Management) bezieht sich auf Personen mit Leitungsverantwortung in der Linienfunktion (z. B. Stations- und Abteilungsleitung, Einsatz- bzw. Teamleitung) und zudem auf Personen in Stabsstellen (z. B. Referent der Pflegedienstleitung). Ausgeschlossen sind Mitarbeiter ohne Leitungsfunktionen sowie Führungskräfte der oberen Entscheidungsebene (z. B. Pflegedienstleitung, Leitung einer Sozialstation). Hinsichtlich der Zuordnung der Stationsleitung zum mittleren Management vertreten Müller und Reinhart (2002: 394 f.) dagegen die Auffassung, dass die Unterscheidung der institutionalisierten Managementebene entlang der strategischen und operativen Aufgabenstellung der jeweiligen Leitungsposition zu erfolgen hat (Stationsleitung = unteres Management, Abteilungsleitung = mittleres Management, Pflegeleitung als Mitglied der Betriebsleitung = oberes Management). Diese Unterscheidung bezieht sich allerdings auf die Organisationsstruktur von (größeren) Krankenhäusern und kann nicht auf andere Institutionen im Pflegebereich in dieser Form übertragen werden.

⁷⁰ Der Fragebogen enthält geschlossene wie auch offene Fragen. Befragt wurde die obere Führungsebene über die mittleren Positionen; es handelt sich um eine hierarchiebezogene Fremdbeobachtung bzw. Fremdeinschätzung. Ergänzt werden könnte die Studie durch eine Befragung des mittleren Pflegemanagements zu den Qualifikationsanforderungen als Selbstbeobachtung bzw. Selbsteinschätzung.

3.4.2.1.2 Studienergebnisse

Die Präsentation der quantitativen Untersuchungsergebnisse erfolgt entlang der zentralen Dimensionen Veränderte Arbeitsanforderungen und Neue Handlungsabläufe und Schwerpunkte zukünftiger Fort- und Weiterbildungen nach den jeweiligen institutionellen Bereichen Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe und Ambulante Dienste.⁷¹

Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Bei Pfllegetätigkeiten		
EDV	7	8,5
Pflegestandard	15	18,3
Qualitätssicherung	6	7,3
Pflegekonzept/Pflegeplanung/Pflegedokumentation	17	20,7
Bereichspflege	19	23,2
Sonstiges	18	22,0
Bei Verwaltungstätigkeiten		
EDV	26	36,1
Erfassung von Leistungen	9	12,5
Dienstplangestaltung	6	8,3
Budgetverantwortung/Wirtschaftlichkeit	20	27,8
Mehraufwand	8	11,1
Sonstiges	3	4,2
Bei Koordination/Kommunikation		
EDV	10	20,8
Budgetbesprechung	2	4,2
Besprechung/Information	18	37,5
Projektarbeit/Qualitätszirkel	8	16,7
Sonstiges	10	20,8

Tabelle 3-1: Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Stationäre Krankenversorgung (Krüger et al. 1997b: 18 f.)

1 | Stationäre Krankenversorgung. Bezüglich der Frage „Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?“ (Tabelle 3-1) sehen die Befragten die hauptsächlichen Anforderungen im Bereich der Pfllegetätigkeiten (82 Angaben insgesamt); für die Verwaltungstätigkeiten werden 72 und für die Anforderungen im Bereich Koordination bzw. Kommunikation 48 Angaben abgegeben. Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe bei den Pfllegetätigkeiten werden gesehen in den Kategorien Bereichspflege (23 %), Pflegekonzept, Pflegeplanung und Pflegedokumentation (21 %) sowie Pflegestandard (18 %). Bei den Verwaltungstätigkeiten nennen 36 % EDV (1. Rang), 28 % Budgetverantwortung bzw. Wirtschaft-

⁷¹ Die veränderten Arbeitsanforderungen und neuen Handlungsabläufe wurden mit den drei Bereichen Pfllegetätigkeiten, Verwaltungstätigkeiten und Koordination bzw. Kommunikation auf der Basis offener Antwortmöglichkeiten abgefragt. Die mit den veränderten Arbeitsanforderungen und neuen Handlungsabläufen in Verbindung stehenden notwendigen Lernerfordernissen zentraler Tätigkeiten im Alltag wurden auf einer fünfstufigen Skala gewichtet (1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = teils/teils, 4 = wenig wichtig, 5 = nicht wichtig); dazu wurden neun Tätigkeitsbereiche zur Einschätzung vorgegeben. Mittels einer offenen Fragestellung konnten die sich aus dem Wandel der Anforderungen ergebenden inhaltlichen Schwerpunkte einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung für den Bereich des mittleren Pflegemanagements konkret benannt werden.

lichkeit (2. Rang) und 12% Erfassung von Leistungen (3. Rang); 11 % der Befragten konstatieren einen Mehraufwand bei den Verwaltungstätigkeiten. Die Nennungen zu Besprechung/Information (37 %), EDV (21 %) und Projektarbeit bzw. Qualitätszirkel (17 %) zeigen die Herausforderungen im Bereich Koordination bzw. Kommunikation auf.

Für die Bereiche Pfl egetätigkeit (22 %) und Koordination bzw. Kommunikation (21 %) werden in der Kategorie Sonstiges eine Reihe von Einzelnennungen wie z. B. Personalführung, Leitbildentwicklung oder Arbeitsablaufoptimierung zusammengefasst; damit wird die Vielfalt und Bandbreite veränderter Arbeitsanforderungen und neuer Handlungsabläufe für das mittlere Pflegemanagement deutlich.

Bei den Lernerfordernissen werden in der Rangfolge die Kategorien Mitarbeiterführung (mit 72 %), Dokumentation (mit 58 %), Pflege am Patienten (mit 56 %), Qualitätssicherung (mit 47 %), Dienstplangestaltung (mit 38 %), Anleitung (mit 35 %), Budgetaufgaben (mit 33 %), Besprechungen (mit 30 %) und EDV-Aufgaben (mit 14 %) als sehr wichtig eingestuft. Als wichtig werden Budgetaufgaben (mit 48 %) und EDV-Aufgaben (mit 46 %) angesehen (vgl. Krüger et al. 1997b: 19 ff.).

Im Hinblick auf die Frage „Welche inhaltlichen Schwerpunkte sollte eine zukünftige Fort- und Weiterbildung für den Bereich mittlerer Positionen haben?“ werden folgende Kategorien genannt (Rangfolge): Personalführung bzw. Management (23 %), Budgetaufgaben bzw. Betriebswirtschaft (19 %) sowie Kommunikation (13 %). Einige Themen finden weniger Interesse: z. B. Organisationsentwicklung bzw. Personalentwicklung (7 %), Sozialkompetenz (6 %), Marketing bzw. Kundenorientierung (2 %) oder Projektmanagement (1 %).

Deutlicher inhaltlicher Schwerpunkt einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung für Inhaber mittlerer Positionen liegt nach Auffassung der oberen Führungsebene einerseits bei Personalführung bzw. Management und andererseits bei Budgetaufgaben bzw. Betriebswirtschaft – zusammen 42 % der Nennungen.

2 | Stationäre Altenhilfe. Bezüglich der Frage „Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?“ (Tabelle 3-2) sehen die Befragten die zentralen Anforderungen im Bereich der Verwaltungstätigkeiten (95 Angaben insgesamt); für die Pfl egetätigkeiten werden 86 und für die Anforderungen im Bereich Koordination bzw. Kommunikation 51 Angaben gemacht.

Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe im Hinblick auf Pfl egetätigkeiten werden in den Kategorien Pflegekonzept, Pflegeplanung und Pflegedokumentation (48 %), Pflegestandard (19 %) sowie Qualitätssicherung (12 %) ausgemacht. Bei den Verwaltungstätigkeiten nennen 24 % Erfassen von Leistungen bzw. Pflegebuchführung (1. Rang) und 21 % EDV (3. Rang); 23 % der Befragten nennen Mehraufwand bei den Verwaltungstä-

tigkeiten (2. Rang).⁷² Die Kategorie Besprechung bzw. Information ist mit 47 % die zentrale Anforderung im Bereich Koordination bzw. Kommunikation; unter Sonstiges sind mit 37 % etliche Einzelnennungen zu finden: z. B. Personalführung, Kundenfreundlichkeit, Eigenverantwortung, Gremienarbeit oder Öffentlichkeitsarbeit.

Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Bei Pflege Tätigkeiten		
EDV	8	9,3
Pflegestandard	17	19,3
Qualitätssicherung	10	11,6
Pflegekonzept/Pflegeplanung/Pflegedokumentation	41	47,7
Bereichspflege	1	1,2
Schwerstpflege	5	5,8
Pflegefachspezifische Kenntnisse	3	3,5
Sonstiges	1	1,2
Bei Verwaltungstätigkeiten		
EDV	20	21,1
Erfassung von Leistungen/Pflegebuchführung	23	24,2
Dienstplangestaltung	10	10,5
Budgetverantwortung/Wirtschaftlichkeit	16	16,8
Mehraufwand	22	23,2
Sonstiges	4	4,2
Bei Koordination/Kommunikation		
EDV	4	7,8
Besprechungen/Information	24	47,1
Projektarbeit/Qualitätszirkel	4	7,8
Sonstiges	19	37,3

Tabelle 3-2: Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Stationäre Altenhilfe (Krüger et al. 1997b: 43 f.)

Bei den Lernerfordernissen wird Pflege am Patienten (mit 78 %), Mitarbeiterführung (mit 69 %), Dokumentation (mit 67 %), Qualitätssicherung (mit 58 %), Dienstplangestaltung (mit 46 %), Anleitung (mit 43 %), Budgetaufgaben (mit 34 %), Besprechungen (mit 33 %) und EDV-Aufgaben (mit 14 %) für sehr wichtig gehalten. Als wichtig betrachten die Befragten mit 46 % Besprechungen und mit 45 % EDV-Aufgaben (vgl. Krüger et al. 1997b: 44 ff.).

Im Hinblick auf die Frage „Welche inhaltlichen Schwerpunkte sollte eine zukünftige Fort- und Weiterbildung für den Bereich mittlerer Positionen haben?“ werden folgende Antworten gegeben: die Kategorie Personalführung bzw. Management nimmt mit 34 % den 1. Rang ein; das Thema Qualitätssicherung erhält 15 % der Nennungen (2. Rang) gefolgt von fachspezifischen Inhalten (10 %) auf dem 3. Rang. Demgegenüber landet die Kategorie Budgetaufgaben bzw. Betriebswirtschaft mit 9 % auf den 4. Rang und Kommunikation bzw. Moderation steht

⁷² In einem Fragebogen werden die veränderten Anforderungen bei den Verwaltungstätigkeiten im mittleren Pflegemanagement kommentiert: „Mit Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich sind die Anforderungen vor allem im Verwaltungs- und Kommunikationsbereich gestiegen. Die Kontrolle des Pflegebedarfs und der Übereinstimmung mit der Einstufung obliegt den Stationsleitungen. Damit wurde ein Teil der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle auf die Pflegekräfte verlagert. Gleichzeitig erfordert dies bei den Pflegekräften eine fundierte Kenntnis der Gesetzesgrundlagen und Verwaltungsvorschriften.“

mit 8 % auf dem 5. Rang. Einige Themen finden weniger Interesse: z. B. EDV (5 %), Sozialkompetenz/Supervision (3 %) oder Rechtsfragen (2 %). Inhaltlicher Schwerpunkt einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung für Inhaber mittlerer Positionen wird seitens der Befragten der oberen Hierarchieebene sehr deutlich beim Thema Personalführung bzw. Management gesehen.⁷³

3 | Ambulante Dienste. Bezüglich der Frage „Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?“ (Tabelle 3-3) sehen die Befragten das Schwergewicht der Anforderungen im Bereich der Verwaltungstätigkeiten (233 Angaben insgesamt); für die Pfl egetätigkeiten werden 154 und für die Anforderungen im Bereich der Koordination bzw. Kommunikation 150 Angaben abgegeben.

Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe bei den Pfl egetätigkeiten werden in der Pflegedokumentation (16 %), der Qualitätssicherung (15 %) und den Pflegestandards (14 %) gesehen. Unter die Rubrik Sonstiges (21 %) fallen Anforderungen, die sich schwerpunktmäßig aus der Anleitung von Mitarbeitern und z. B. der Pflegefachberatung zusammensetzen. Bei den Verwaltungstätigkeiten nennen 24 % EDV, 16 % Erfassung von Leistungen und 15 % Budgetverantwortung, Wirtschaftlichkeit und Controlling als die zentralen Anforderungen. Besprechung, Information und Vernetzung (27 %), Personalführung, Motivation und Supervision (13 %) sowie Kundenfreundlichkeit (11 %) zeigen die neuen Handlungsabläufe im Bereich Koordination bzw. Kommunikation auf (vgl. Rosenthal et al. 2001).

Für alle drei Bereiche wird ein Mehraufwand konstatiert. Bei den Pfl egetätigkeiten beträgt diese Kategorie 16 %, bei den Verwaltungstätigkeiten 21 % und bei der Koordination bzw. Kommunikation ebenfalls 21 % und belegt in allen drei Bereichen den 2. Rang.⁷⁴

⁷³ Angesichts der starken Betonung des Aspekts Pflege in den bisherigen Auswertungen überrascht der hohe Wert für die Managementaufgaben. In einem Fragebogen wird dies zur Sprache gebracht: „Neben den fachspezifischen Qualifikationen muss im Pflegebereich verstärkt ein Kostenbewusstsein geweckt werden; gerade im mittleren Führungsbereich können – bei entsprechender Qualifikation – Fehlentwicklungen am schnellsten bemerkt und beseitigt werden.“

⁷⁴ Der Mehraufwand wird von einigen Befragten kommentiert. Beispiele: „Tätigkeit der Teamleitung ist verantwortungsvoller geworden im Hinblick auf die Pflegeplanung und Arbeit mit Pflegemodellen. [...] Zunehmende Beratungstätigkeit; u. a. (das) Abhalten von Kursen für pflegende Angehörige, Gestalten von Gesprächskreisen für pflegende Angehörige. Verlagerung medizinischer Tätigkeiten in die häusliche Pflege. [...] Zunehmende Anforderungen an Personalführung und -motivation. Kontaktpflege mit Ärzten, Kliniken, Kranken- und Pflegekassen.“

Haben sich in den letzten Jahren für den Bereich mittlerer Positionen veränderte Arbeitsanforderungen bzw. neue Handlungsabläufe ergeben?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Bei Pflegeetätigkeiten		
EDV	6	3,9
Pflegestandard	21	13,6
Qualitätssicherung	23	14,9
Pflegekonzept/Leitbild	4	2,6
Pflegeplanung	17	11,0
Pflegedokumentation	25	16,2
Mehraufwand	25	16,2
Sonstiges	33	21,4
Bei Verwaltungstätigkeiten		
EDV	57	24,5
Erfassung von Leistungen	38	16,3
Dienstplangestaltung	11	4,7
Budgetverantwortung/Wirtschaftlichkeit/Controlling	34	14,6
Gesetzeskenntnis (Pflegeversicherung)	25	10,7
Mehraufwand	48	20,6
Verträge	18	7,7
Sonstiges	2	0,9
Bei Koordination/Kommunikation		
EDV	12	8,0
Personalführung/Motivation/Supervision	20	13,3
Besprechung/Information/Vernetzung	40	26,7
Projektarbeit/Qualitätszirkel/Teamsitzung	6	4,0
Mehr Eigenverantwortung/Mehr Kompetenz	3	2,0
Kundenfreundlichkeit	16	10,7
Mehraufwand	32	21,3
Sonstiges	21	14,0

Tabelle 3-3: Veränderte Arbeitsanforderungen und neue Handlungsabläufe – Ambulante Dienste (Krüger et al. 1997b: 66 f.)

Bei den Lernerfordernissen wird nach Rang Mitarbeiterführung (mit 73 %), Qualitätssicherung (mit 71 %), Pflege am Patienten (mit 67 %), Dokumentation (mit 63 %), Dienstplangestaltung (mit 56 %), Anleitung (mit 54 %), Besprechungen (mit 38 %), Budgetaufgaben (mit 29 %) und EDV-Aufgaben (mit 20 %) als sehr wichtig erachtet. Wichtig sind mit 47 % EDV-Aufgaben und mit 44 % Besprechungen (vgl. Krüger et al. 1997b: 67 ff.).

Im Hinblick auf die Frage „Welche inhaltlichen Schwerpunkte sollte eine zukünftige Fort- und Weiterbildung für den Bereich mittlerer Positionen haben?“ werden als Schwerpunkte die Kategorien genannt: Personalführung (18 %), Budgetaufgaben, Betriebswirtschaft und Controlling (14 %), Qualitätssicherung (13 %) sowie Pflegewissenschaft bzw. Pflegedokumentation (7 %). Daneben finden einige andere Themen weniger Interesse: z. B. Kundenorientierung (2 %), Beratung (1 %), Arbeits- und Gesundheitsschutz (1 %) oder Dienstplangestaltung/Einsatzplanung (1 %).

Nach dem Urteil der befragten Führungskräfte liegt der inhaltliche Schwerpunkt einer zukünftigen Fort- und Weiterbildung für Inhaber mittlerer Positionen eindeutig beim Thema Perso-

nalführung; darüber hinaus werden weitere Schwerpunkte sowohl bei qualitätssichernden als auch bei betriebswirtschaftlichen Aspekten gesehen.

Aus der Untersuchung lassen sich sowohl organisationsspezifische Unterschiede als auch organisationsübergreifende Gemeinsamkeiten bei den Qualifikationsanforderungen zwischen den drei Bereichen Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe und Ambulante Dienste feststellen: Bei den Tätigkeits- und Qualifikationsanforderungen für das mittlere Pflegemanagement ist neben dem Komplex Pflegestandards, Pflegeplanung und Pflegedokumentation ein deutlicher Schwerpunkt in der Qualitätssicherung festzustellen. Über die pflegespezifischen Fragen hinaus zeichnet sich ein weiterer Schwerpunkt im Bereich der Verwaltungstätigkeiten ab. EDV-Aufgaben, Budgetverantwortung, Erfassung von Leistungen und insgesamt mehr Wirtschaftlichkeit sind die wesentlichen Anforderungen. Hiermit gewinnt der Aufbau effektiver und adäquater Kommunikationsstrukturen im Arbeitsalltag an Bedeutung. Rasche Informationsweitergabe, regelmäßige Besprechungen, Aufbau von Teamstrukturen, berufs- und institutionsübergreifende Kooperation sind notwendig, erhöhen aber gleichzeitig den Koordinationsaufwand. Aufgrund der strukturellen Veränderungen ergibt sich die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung von Managementfertigkeiten. Dies drückt sich auch in den Forderungen an eine zukünftige Fort- und Weiterbildung aus: Managementaufgaben und Personalführung werden durchgängig als die beiden zentralen Themenfelder angesehen.

Die quantitative Studie wurde durch eine vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegebene qualitative Folgestudie ergänzt (Burmeister, Lehnerer 1999). In 25 Fallanalysen wurden zur Erfassung der drei Dimensionen Neue Tätigkeitsprofile, Personalentwicklung und -rekrutierung sowie Berufliche Entwicklungs- und neue Karrierechancen leitfadengestützte qualitative Interviews mit obersten Führungskräften und Inhabern mittlerer Positionen aus neun Kliniken (stationäre Krankenversorgung), fünf teilstationären bzw. stationären Pflegeeinrichtungen und acht ambulanten pflegerischen Diensten (Sozialstationen) geführt sowie Ablaufanalysen mit strukturierten Beobachtungsbögen erstellt, die durch Arbeitsplatzgespräche und Diskussionen ergänzt wurden (vgl. Burmeister, Lehnerer 1999: 175). Im Hinblick auf neue Tätigkeitsprofile in der stationären Krankenversorgung kommen Burmeister und Lehnerer (1999: 182) zu dem Ergebnis: „Zentrale Aufgabe der neuen ‚Pflegemanager‘ ist damit die Koordination und Kommunikation im Rahmen einer Schnittstellenfunktion geworden. Sie kümmern sich um die klassischen Managementprozesse Planung, Organisation [...], Personalführung und Controlling und sind dabei vor allem auch mit Tätigkeiten der Informationsbeschaffung, -verknüpfung und -weiterleitung beschäftigt, die zunehmend stärker durch moderne Informationstechnologie gestützt werden. [...] Für die Ebene der Stationsleitungen ist zwar ebenfalls eine Änderung der Tätigkeitsbereiche zu konstatieren, bei der Aufgaben der Planung und Organisation und vor allem der Dokumentation und der Kontrolle erheblich umfangreicher geworden sind und die patientenzentrierten Pfl egetätigkeiten in den Hintergrund treten lassen, die Position ist aber noch nicht in dem Maße von umfassenden Managementtätigkeiten geprägt wie auf der nächsthöheren Ebene.“ Es wird ein erhöhter Bedarf an Problemlösekompetenz bei den mittleren Positionen konstatiert. Bei den Sozialstationen kann hin-

sichtlich neuer Tätigkeitsprofile als Fazit festgehalten werden: Die Tätigkeitsschwerpunkte weisen in Richtung Management und Koordination (Zunahme verwaltungsbezogener und administrativer Tätigkeiten) – und weg von klassischen Pflegeleistungen. Die zentralen Tätigkeitsmerkmale sind dabei z. B. Finanzbuchhaltung, Controlling, Qualitätsmanagement, Pflegeplanung und Marketing (vgl. Burmeister, Lehnerer 1999: 176).⁷⁵

3.4.2.2 Die WEGE-Studie

Im Sommer und Herbst 1996 wurde im Auftrag der Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt Bielefeld (WEGE) und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld eine Studie des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld zum Thema Analyse und Identifikation von Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsfeldern für nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitssektor für die Region Ostwestfalen-Lippe durchgeführt (Kuhlmann et al. 1997).⁷⁶

3.4.2.2.1 Studiendesign

In 50 Versorgungseinrichtungen der Bereiche Krankenhaus (19), Rehabilitation und Kur (15) sowie ambulante Pflege (16) und darüber hinaus in 18 Bildungseinrichtungen (15 Schulen mit unterschiedlichen Ausbildungen und drei Fort- und Weiterbildungsanbieter) wurden Expertengespräche mit insgesamt 90 Personen der mittleren und oberen Hierarchieebene der Institutionen geführt. Die Studie geht der Frage nach, „welche Qualifikationsbedarfe aus Sicht der Praxis formuliert werden“ (Kuhlmann 1997: 21) und folgt dem Ziel, „eine regionale Bestandsaufnahme und Berichterstattung über Qualifikationsbedarfe und innovative Arbeitsfelder für nichtärztliche Gesundheitsberufe“ (Kuhlmann et al. 1997: II) in Ostwestfalen-Lippe zu erarbeiten. Im Vordergrund stehen dabei die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die Ergebnisse werden zum einen aus der Perspektive der Versorgungseinrichtungen mit den bereichsspezifischen Qualifizierungsanforderungen (ambulante Pflege, Krankenhausbereich, Rehabilitation und Kur) sowie den berufsspezifischen Qualifikationsanforderungen (z. B. Krankenpflege, Altenpflege) und zum anderen aus der Perspektive der Bildungseinrichtungen präsentiert.

3.4.2.2.2 Studienergebnisse

Ein Teil der Studie bezieht sich explizit auf das mittlere Pflegemanagement und zeigt institutionsspezifische Qualifikationsanforderungen auf.⁷⁷

- Für die mittlere Personalebene in den ambulanten Pflegediensten werden „Fort- und Weiterbildungen insbesondere zu den Themenfeldern ‚Qualitätssicherung und Evaluation‘ (75 % der Fälle), ‚Organisationsentwicklung‘ (44 % der Fälle) und ‚neue Entwicklungen

⁷⁵ In der Studie fehlt der Hinweis auf die konkrete methodische Vorgehensweise – es erfolgt beispielsweise kein Abdruck des Expertenleitfadens bzw. der Beobachtungsbögen und es werden die Kriterien der Fragestellungen zu den Arbeitsplatzgesprächen nicht deutlich.

⁷⁶ Die Studie enthält keinen Hinweis auf Kriterien der Untersuchung und keinen Abdruck des Expertenleitfadens.

⁷⁷ Es ist unklar, auf welche Hierarchiestufe sich der Begriff des mittleren Pflegemanagements tatsächlich bezieht – es wird keine genaue Zielgruppenbestimmung vorgenommen.

im Gesundheitswesen‘ (44 % der Fälle) gewünscht, wohingegen die ‚Gesundheitsförderung‘ hier keine Beachtung findet. Nach den vorliegenden Ergebnissen können nicht nur für die Berufsausbildungen, sondern ebenso für die Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich eine Reihe formaler Anforderungen benannt werden: Die Einrichtungen sind zur Zusammenarbeit in der Fort- und Weiterbildung aufgefordert, die Angebote sollen berufsübergreifend konzipiert werden, die Vereinbarkeit von Bildungsmaßnahmen mit Aufgaben der Kinderbetreuung ist sicherzustellen, die Finanzierung muß transparent und die Angebote müssen kostengünstig sein. Zudem sollen Qualifizierungsmaßnahmen standardisiert sowie horizontal und vertikal durchlässig sein und Karrierestrategien aufzeigen, die diesen Namen verdienen“ (Kuhlmann et al. 1997: VIII).

- Für die mittlere Personalebene im Krankenhausbereich werden vorrangig solche „Fort- und Weiterbildungen gewünscht, die auf die ‚Organisationsentwicklung‘ (54 % der Fälle) sowie das ‚Projektmanagement‘ und die ‚Qualitätssicherung und Evaluation‘ (jeweils 43 % der Fälle) vorbereiten. Neben den inhaltlichen Aspekten werden auch formale Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung benannt: Die Qualifikationsbedarfe sollen den Befragten zufolge in den jeweiligen Einrichtungen konkret ermittelt und ein Konzept der Personalentwicklung integriert werden. Zugleich soll das Angebot an Fort- und Weiterbildung jedoch nicht auf eine Einrichtung beschränkt bleiben, sondern in Kooperation entwickelt und berufsübergreifend durchgeführt werden. Hier wird die Einrichtung regionaler Koordinationsausschüsse vorgeschlagen, die als Steuerungsgremien fungieren sollten“ (Kuhlmann et al. 1997: IX).
- Für die mittlere Personalebene im Bereich der Rehabilitation werden „mit einer in diesem Bereich seltenen Übereinstimmung Qualifizierungsangebote für die Aufgaben der ‚Qualitätssicherung und Evaluation‘ (85 % der Fälle) gefordert. Dieses trifft ebenso für die Aufgaben des ‚Projektmanagements‘ zu (60 % der Fälle). Hingegen besteht kein Interesse an den Themenfeldern ‚neue Steuerungsmodelle für den Gesundheitsbereich‘. [...] Neben den inhaltlichen Forderungen an die Fort- und Weiterbildung werden eine Reihe formaler Aspekte genannt wie z. B. die Kooperation der Einrichtungen, berufsübergreifende Bildungsangebote, gesetzgeberischer Handlungsbedarf und die Verzahnung von Weiterbildung und Organisationsentwicklung“ (Kuhlmann et al. 1997: X).

3.4.2.3 Die IHF-Studie

Auf Anregung des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst wurden die Studiengänge Pflegemanagement in Bayern von 1996 – 2001 wissenschaftlich begleitet. Die am Bayerischen Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung (IHF) durchgeführte Untersuchung zum Thema Berufssituation der Bayerischen Absolventinnen und Absolventen des Studienganges Pflegemanagement stellt die Ergebnisse der im November 2001 durchgeführten Absolventenbefragung der Jahrgänge 1999 – 2001 aller drei bayerischen Fachhochschulen vor (Gensch 2004, 2003).

3.4.2.3.1 Studiendesign

Mit der quantitativen Studie wird der berufliche Verbleib und die berufliche Zufriedenheit der Absolventen ermittelt (z. B. durch folgende Fragestellungen: Wie erfolgt die Einmündung in

den Arbeitsmarkt? Welche Qualifikationen werden auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt? Welche Qualifikationsdefizite werden wahrgenommen?). Dazu werden andere Absolventenbefragungen von Pflegestudiengängen (drei Studiengänge Pflegewissenschaft, zwei Studiengänge Pflege, ein Studiengang Pflegepädagogik) vergleichend mit einbezogen. Mit einem standardisierten Fragebogen wurden 82 Absolventen schriftlich befragt (N = 39 der Katholischen Stiftungsfachhochschule München, N = 23 der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg und N = 20 der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt).

3.4.2.3.2 Studienergebnisse

Ein Teil der Untersuchung bezieht sich auf die Bewertung von Qualifikationen und Kompetenzen seitens der Absolventen. Präsentiert werden die institutionsübergreifenden Ergebnisse in zwei Bereichen:

1 | Bewertung arbeitsplatzrelevanter Kompetenzen in der Praxis (auf einer dreistufigen Skala: 1 = wichtig, 2 = weniger wichtig, 3 = unwichtig). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Antwortkategorie wichtig (Tabelle 3-4).

Welche Befähigungen bzw. Qualifikationen sind in Ihrer jetzigen Berufstätigkeit wichtig?	
Kategorie	Prozent
Sozialkompetenzen	
Kommunikationsfähigkeit	95
Gesprächsführung	91
Belastbarkeit	88
Rhetorik	84
Verhandlungsgeschick	84
Durchsetzungsvermögen	82
Führungsqualität	77
Kritikfähigkeit	76
Teamfähigkeit	67
Methodenkompetenzen	
Organisationsfähigkeit	93
Fähigkeit, Problemlösungen zu erarbeiten	89
Konzentriertes, diszipliniertes Arbeiten	88
Schriftliche Ausdrucksfähigkeit	81
Präsentationstechniken	65
Analysefähigkeit pflegerischer und gesellschaftlicher Zusammenhänge	61
Fachkompetenzen	
Managementkenntnisse	84
Kenntnisse in EDV	77
Breites Grundlagenwissen	77
Umgang mit Rechtsfragen	67
Praxis- und Berufserfahrungen	63
Beherrschung betriebswirtschaftlicher Fragestellungen	58
Pflegewissenschaftliche Kenntnisse	45
Volkswirtschaftliche Kenntnisse	34
Anthropologie/Ethik	28
Fremdsprachen	16

Tabelle 3-4: Bewertung arbeitsplatzbezogener Kompetenzen nach Wichtigkeit – institutionsübergreifend (Gensch 2003: 33 ff.)

2 | Bewertung berufsrelevanter Kompetenzen in der Ausbildung (auf einer dreistufigen Skala: 1 = sollte größeres Gewicht erhalten, 2 = sollte so unverändert bleiben, 3 = sollte weniger Gewicht erhalten). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Antwortkategorie 1 (sollte größeres Gewicht erhalten) (Tabelle 3-5).

Sollten diese Kompetenzen bzw. Kenntnisse bei der Ausbildung ein größeres Gewicht erhalten?	
Kategorie	Prozent
Sozialkompetenzen	
Verhandlungsgeschick	67
Rhetorik	66
Kommunikationsfähigkeit	56
Führungsqualität	56
Gesprächsführung	53
Durchsetzungsvermögen	40
Kritikfähigkeit	33
Teamfähigkeit	25
Belastbarkeit	22
Methodenkompetenzen	
Fähigkeit, Problemlösungen zu erarbeiten	67
Organisationsfähigkeit	55
Präsentationstechniken	55
Analysefähigkeit pflegerischer und gesellschaftlicher Zusammenhänge	47
Schriftliche Ausdrucksfähigkeit	43
Konzentriertes, diszipliniertes Arbeiten	29
Fachkompetenzen	
Umgang mit Rechtsfragen	80
Kenntnisse in EDV	71
Managementkenntnisse	55
Beherrschung betriebswirtschaftlicher Fragestellungen	55
Breites Grundlagenwissen	38
Fremdsprachen	35
Volkswirtschaftliche Kenntnisse	32
Praxis- und Berufserfahrungen	21
Anthropologie/Ethik	11

Tabelle 3-5: Bewertung ausbildungsbezogener Kompetenzen nach Wichtigkeit – institutionsübergreifend (Gensch 2003: 43 ff.)

An arbeitsplatzrelevanten Befähigungen bzw. Qualifikationen halten 95 % die Kommunikationsfähigkeit, 91 % Gesprächsführung und 88 % die Belastbarkeit im Bereich der Sozialkompetenzen für wichtig. Bei den Methodenkompetenzen wird die Organisationsfähigkeit (93 %), die Fähigkeit, Problemlösungen zu erarbeiten (89 %) und das konzentrierte, disziplinierte Arbeiten (88 %) als wichtig erachtet.⁷⁸ Bei den Fachkompetenzen stehen die Managementkenntnisse mit 84 % auf dem ersten Rangplatz (danach mit jeweils 77 % Kenntnisse in EDV und breites Grundlagenwissen); pflegewissenschaftliche Kenntnisse (45 %) auf Rangplatz sieben oder Fremdsprachen (16 %) auf Rangplatz zehn.⁷⁹ An ausbildungsrelevanten Kompetenzen bzw. Kenntnissen sollen das Verhandlungsgeschick (67 %) im Bereich Sozialkompetenz, die

⁷⁸ Managementkompetenz wird als Arbeitstechniken und -methoden bezeichnet (vgl. Gensch 2003: 31).

⁷⁹ Die Kategorie Pflegewissenschaftliche Kenntnisse wird in der Tabelle 3-5 nicht ausgewiesen (vgl. Gensch 2003: 46).

Fähigkeit, Problemlösungen zu erarbeiten (67 %) im Bereich Methodenkompetenzen und der Umgang mit Rechtsfragen (80 %) ein größeres Gewicht erhalten

3.4.2.4 Die ISP-Studie

Für den 1994 als Modellstudiengang gegründeten Internationalen Studiengang für Pflegeleitung der Hochschule Bremen liegen zwei quantitative Absolventenbefragungen vor.

3.4.2.4.1 Studiendesign

Die erste Befragung erfasste die Jahrgänge 1998 – 2001; mit einer Rücklaufquote von 63 % konnten 41 Fragebögen ausgewertet werden (vgl. Habermann, Szemeitzke 2002 a; 2002 b). Die zweite Befragung erfasste die Jahrgänge 2002 – 2005; mit einer Rücklaufquote von 77 % konnten 46 Fragebögen ausgewertet werden (vgl. Habermann, Szemeitzke 2007, 2006). Neben Strukturdaten der Befragten (z. B. Geschlecht, Alter, Familienstand; äußere Anreize und persönliche Motive für das Studium) werden etliche Facetten im Hinblick auf das Berufsfeld der Absolventen abgefragt (z. B. Beschäftigungsrate, Arbeitsbereich, Einkommen, Status der Beschäftigung; Zufriedenheit mit der beruflichen Situation).

3.4.2.4.2 Studienergebnisse

1 | Auf einer dreistufigen Skala (wichtig, nützlich, weniger wichtig) wird die Bedeutung von Kompetenzen am Arbeitsplatz abgefragt. Tabelle 3-6 zeigt die Auswertungsergebnisse nach Rangplatz (erste Erhebungswelle 1998 – 2001 mit N = 40, zweite Erhebungswelle 2002 – 2005 mit N = 45) und im Vergleich der beiden Befragungsjahrgänge; die Prozentangaben beziehen sich auf die Antwortkategorie wichtig.

Nennungen der am Arbeitsplatz als wichtig empfundenen Qualifikationen		
Kategorie	1998 – 2001	2002 – 2005
	Prozent	
Organisationsfähigkeit	95	90
Kommunikationsfähigkeit/Rhetorik	92	88
Kooperationsfähigkeit/Teamarbeit	90	85
Fachübergreifendes Denken	82	83
Konzentriertes, diszipliniertes Arbeiten	74	80
Kenntnisse in EDV	56	75
Durchsetzungsvermögen	82	73
Breites Grundlagenwissen	64	68
Verhandlungsgeschick	80	63
Führungsqualitäten	77	63
Praxis/Berufserfahrung	56	60
Spezielles Fachwissen	44	58
Leitung von Teams	85	58
Allgemeinbildung	31	45
Rechtskenntnisse	44	45
Wirtschaftskenntnisse	-	35
Fremdsprachen	8	10

Tabelle 3-6: Qualifikationen am Arbeitsplatz – Vergleich (Habermann, Szemeitzke 2006: 26)

„In der Rangliste der am Arbeitsplatz als wichtig empfundenen Qualifikationen stehen [...] Fähigkeiten ganz oben, die im Umgang mit Menschen und für das Management komplexer Arbeitssituationen von Bedeutung sind. Reines Fachwissen in verschiedenen berufsrelevanten Bereichen folgt erst auf den nächsten Rangplätzen“ (Habermann, Szemeitzke 2006: 26).⁸⁰

2 | Darüber hinaus werden besonders auszubildende Kompetenzen zur Stärkung der Pflegeleitung abgefragt. Die Absolventen erachten folgende Kompetenzen in der künftigen Ausbildung zur Pflegeleitung nach als sehr wichtig (Tabelle 3-7).

Als sehr wichtig bewertete Kompetenzen zur Stärkung der Pflegeleitung		
Kategorie	1998 – 2001	2002 – 2005
	Prozent	
Personalführungskompetenz	97	95
Leitungskompetenz	95	93
Betriebswirtschaftliche Kompetenz	64	80
Allgemeine Sozialkompetenz	80	73
Selbststeuerungskompetenz	62	68
Ethische Kompetenz	23	30
Pflegewissenschaftliche Kompetenz	13	30
Interkulturelle Kompetenz	8	23

Tabelle 3-7: Kompetenzen zur Stärkung der Pflegeleitung – Vergleich (Habermann, Szemeitzke 2006: 43)

Die befragten Absolventen (in beiden Gruppen) bewerten die Personalführungskompetenz (mit 95 % und 97 %) und die Leitungskompetenz (mit 93 % und 95 %) in der künftigen Ausbildung zur Pflegeleitung als sehr wichtig. Fazit: „Auf den drei ersten Rangplätzen werden Kompetenzen gelistet, die sehr eng mit Führungsaspekten zu tun haben“ (Habermann, Szemeitzke 2006: 43 f.).

Mit einigem Abstand folgt erst die betriebswirtschaftliche Kompetenz, die (im Vergleich der Jahrgänge) aber an Stellenwert gewinnt (von 64 % auf 80 %). Als weniger wichtig werden ethische, pflegewissenschaftliche und interkulturelle Kompetenz erachtet, wobei ein Bedeutungszuwachs insbesondere bei der pflegewissenschaftlichen (von 13 % auf 30 %) und der interkulturellen Kompetenz (von 8 % auf 23 %) zu erkennen ist.

3.4.2.5 Die BuBI-Untersuchung

Die Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung untersuchte von Februar 2006 bis Oktober 2006 die Berufseinmündung und den Berufsverbleib hessischer Diplom-Pflegewirte (Hömann et al. 2008). Dazu wurden mittels eines geschlossenen Fragebogens Absolventen – die zwischen 2000 und 2005 ihr Studium beendeten – der drei hessischen Diplom-Studiengänge Pflege/Pflegewissenschaft bzw. Pflegemanagement befragt (Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachhochschule Frankfurt, Hochschule Fulda); von den 234 be-

⁸⁰ In der ersten Erhebung sind Rechts- und Wirtschaftskennnisse (44 %) in einer Kategorie abgefragt worden (vgl. Habermann, Szemeitzke 2002a: 20); die Angabe wird der Kategorie Rechtskennnisse zugeordnet. In der zweiten Erhebung sind Rechtskennnisse und Wirtschaftskennnisse in zwei getrennten Kategorien abgefragt worden.

fragten Absolventen waren 44 (18,9 %) des Diplomstudienganges Pflegemanagement (vgl. Panfil, Veith 2008: 8 f.).

Die Teilnehmer werden über eine vierstufige Skala nach der Relevanz der im Studium erworbenen Qualifikationen für ihre Berufspraxis befragt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Antwortkategorie sehr wichtig der Absolventen des Studienganges Pflegemanagement (Tabelle 3-8).

Nennungen der als sehr wichtig im Studium erworbenen Qualifikationen	
Kategorie	Prozent
Kommunikation	69,0
Organisationsfähigkeit	64,3
Erarbeiten von Lösungen	59,5
Qualitätsmanagement	59,5
Recht	57,1
EDV	54,8
Führungsqualität	50,0

Tabelle 3-8: Qualifikationen für die Berufspraxis – Studiengang Pflegemanagement (Panfil, Veith 2008: 26)

3.4.2.6 Befragung von Arbeitgebern

Höhmann und Brieskorn-Zinke (2008) führten im Rahmen der Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung auch eine Arbeitgeberbefragung zur Einstellungspraxis von Diplom-Pflegewirten durch. Zwischen Februar 2006 und Mai 2006 erfolgte eine repräsentative telefonische Befragung hessischer Arbeitgeber (vgl. Höhmann, Brieskorn-Zinke 2008: 41 f.).

Eingeschätzte Wichtigkeit von Kompetenzen	
Kategorie	Mittelwert
Mitarbeiterführung	1,40
Qualitätsmanagement	1,44
Organisations-/Personalentwicklung	1,53
Konfliktmanagement	1,55
Aktuelle Erkenntnisse aus Bereichen der Pflegewissenschaft	1,56
Recht	1,61
Fort-/Weiterbildung	1,64
Schulung/Beratung	1,67
Case Management/Vernetzung	1,68
Projektmanagement	1,74
Ökonomie	1,79
Ethik	1,81
Direkte Pflege	1,84
Public Health/Gesundheitsförderung	2,01
Forschung/Konzeptentwicklung	2,03
Pflegeinformatik	2,34
Fremdsprachen	2,84

Tabelle 3-9: Wichtigkeit von Kompetenzen – Arbeitgeber (Höhmann, Brieskorn-Zinke 2008: 44)

Ausgewertet wurden 162 Interviews. Abgefragt wurden auch die Erwartungen der (hessischen) Arbeitgeber bezüglich der Kompetenzen von Pflegegewirten. Tabelle 3-9 zeigt die Rangfolge (Mittelwert gesamt bei N = 154) der von den befragten Führungs- und Leitungskräften eingeschätzten Wichtigkeit anhand der in der Hochschule gelehrt (und als Antwortkategorie vorgegebenen) Kompetenzen.

Fazit: Von den Arbeitgebern werden solche Kompetenzen am höchsten gewichtet, die im Zusammenhang mit Führung und Management stehen: Mitarbeiterführung (1. Rang mit 1,40); Qualitätsmanagement (2. Rang mit 1,44); Organisations-/Personalentwicklung (3. Rang mit 1,53) und Konfliktmanagement (4. Rang mit 1,55).

Demgegenüber werden beispielsweise Kompetenzen in den Bereichen Schulung/Beratung (1,67), Case Management/Vernetzung (1,68), Projektmanagement (1,74), Ökonomie (1,79) und Ethik (1,81) oder Fremdsprachen (2,84) von den Arbeitgebern als weniger wichtig erachtet (vgl. Höhmann, Brieskorn-Zinke 2008: 45).

3.4.2.7 Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen

1 | Otto (2006) hat in ihrer Diplomarbeit Aufgaben und Anforderungen pflegerischer Führungskräfte (oberes Pflegemanagement wird als Pflegedirektion definiert) mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen aus den beiden Fachzeitschriften Die Schwester/Der Pfleger und Pflegezeitschrift erfasst. Aus 120 Zeitschriften (die zwischen Januar 2001 und Dezember 2005 erschienen sind) wurden insgesamt 216 Anzeigen analysiert (vgl. Otto 2006: 37). In Tabelle 3-10 werden die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung der Anforderungen präsentiert (bis Rangplatz zehn).

Häufigkeitsverteilung der Anforderungen von Pflegedirektoren	
Kategorie	Prozent
Berufliche Weiterbildung im Management	75,9
Managementenerfahrung in der Pflege	69,0
Kooperationsfähigkeit	42,1
Personalführungskompetenz	40,3
Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln	38,9
Durchsetzungsfähigkeit	37,0
Organisationsfähigkeit	36,6
Pflegerische Grundausbildung	31,0
Berufserfahrung in der Pflege	24,5
Kommunikationsfähigkeit	22,7

Tabelle 3-10: Anforderungen von Pflegedirektoren – Stellenanzeigen (Otto 2006: 50)

Auf Rangplatz elf folgt die Merkmalsausprägung Hoch-/Fachschulabschluss im Management (19,0 %), danach Kenntnisse/Erfahrung im Umgang mit IT/EDV (18,1 %), Teamfähigkeit (17,6 %), Innovationsfähigkeit (16,2 %), Kenntnisse/Erfahrung im Qualitätsmanagement (9,3 %), Fähigkeit zu konzeptionellem Denken und Handeln (8,3 %), Einfühlungsvermögen (4,2 %), Integrationsfähigkeit (4,2 %), Kenntnisse/Erfahrung im Projektmanagement (3,7 %), Kenntnisse rechtlicher Grundlagen (3,7 %) und Konfliktfähigkeit (2,8 %).

2 | Lieb (2010) legt mit der Arbeit „Pflegemanagement als Beruf. Anforderungen und Aufgaben leitender Pflegekräfte im Krankenhaus“ ebenfalls Ergebnisse einer quantitativen Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen aus der Fachzeitschrift *Die Schwester/Der Pfleger* vor. Die Auswertung der Anzeigen erfolgte dabei nach der hierarchischen Stellung im Krankenhaus (vgl. Lieb 2010: 136). Klassifiziert wurden die Anzeigen nach der pflegerischen Leitung auf der Ebene eines Krankenhauses (z. B. Pflegedirektor, Pflegedienstleiter), eines Fachbereichs (z. B. Pflegedienstleiter, Abteilungsleiter) und einer Einheit (z. B. Stationsleiter, Teamleiter).

Aus zwölf Zeitschriften (die von Oktober 2008 bis März 2009 erschienen sind) kamen insgesamt 162 Anzeigen in die Stichprobe (vgl. Lieb 2010: 132). 49 Stellenanzeigen mit 269 formulierten Anforderungen wurden dabei für das obere Pflegemanagement ausgewertet: Tabelle 3-11 zeigt die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung der Anforderungen (bis Rangplatz zehn).

Häufigkeitsverteilung der Anforderungen an leitende Pflegekräfte auf der Ebene eines Krankenhauses	
Kategorie	Prozent
Berufserfahrung im (Pflege-)Management	80
Weiterbildung und/oder Studium in (Pflege-)Management	76
Kooperationsbereitschaft	53
Durchsetzungsvermögen	43
Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	33
Organisationstalent	33
Betriebswirtschaftliches Verständnis	33
Personalführungstalent	31
Berufserfahrung in der Gesundheits- und Krankenpflege	27
Kenntnisse moderner Informationstechnologien	22

Tabelle 3-11: Anforderungen an leitende Pflegekräfte – Stellenanzeigen (Lieb 2010: 138 f.)

Auf Rangplatz elf folgt die Merkmalsausprägung Fertigkeit im Qualitätsmanagement (22 %); danach Kommunikationsfähigkeit (20 %); Fertigkeit, konzeptionell zu denken (18 %); Teamfähigkeit (18 %); Pflegemanagement-Studium (10 %);⁸¹ Fertigkeit im Projektmanagement (8 %); Weiterbildung zur pflegerischen Leitung (6 %); Erfahrung im Personalmanagement (6 %); Konfliktfähigkeit (6 %); Erfahrung im (Pflege-)Controlling (2 %) und Zusatzqualifikation in Betriebswirtschaftslehre (2 %).

„Aus den 269 formulierten Anforderungen entfallen auf die fachlichen Managementkompetenzen 112 (41 %), auf überfachliche Sozialkompetenzen 69 (26 %) und auf Methodenkompetenzen 59 (22 %). Auf die fachlich-pflegerische Expertise entfallen insgesamt 29 (11 %) Anforderungen“ (Lieb 2010: 140).

3 | Oehmen (2007) stellt die Ergebnisse ihrer Inhaltsanalyse von 131 Stellenanzeigen in 46 Einzelheften der zwei Fachzeitschriften *Altenheim* und *Altenpflege* hinsichtlich der verantwortlichen Pflegekraft vor (die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegekraft ist bundesweit anerkannt).

⁸¹ Abgrenzung der Kategorie Pflegemanagement-Studium zur Kategorie Weiterbildung und/oder Studium in (Pflege-)Management auf Rangplatz zwei in der Tabelle 3-11 ist unklar.

„Der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die pflegerischen Mitarbeiter, die Auszubildenden und Aushilfskräfte sowohl disziplinarisch als auch fachlich unterstellt. Damit hat sie die Fachaufsicht über den Einsatz von fachlich-qualifiziertem Personal für die jeweiligen pflegerischen Erfordernisse [...]. Weiterhin hat sie Aufsichts- und Überwachungspflichten über den funktionellen Ablauf der Station. Daraus ergibt sich eine Schlüsselposition der verantwortlichen Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege“ (Oehmen 2007: 5).

Die quantitative Inhaltsanalyse bezieht sich auf die in den Stellenausschreibungen gefundenen Ausprägungen hinsichtlich der Aufgaben und Anforderungen:

- Rang 1 bei der Häufigkeitsverteilung der Aufgaben nimmt mit 42,4 % die Merkmalsausprägung Fachliche und organisatorische Leitung des Pflegedienstes und Rang 2 (= 40,5 %) Weiterentwicklung und Verbesserung von Prozessen, Arbeitsstrukturen, Netzwerken und Konzepten ein (vgl. Oehmen 2007: 11).

„Das Bündel von Leitungsaufgaben kann zugleich als zentraler Bestandteil der Managementrolle (Rolle als Vorgesetzter) einer verantwortlichen Pflegefachkraft angesehen werden“ (Oehmen 2007: 12).

- Rang 1 bei der Häufigkeitsverteilung der Anforderungen nimmt mit 46,7 % die Merkmalsausprägung Personalführungskompetenz, Rang 2 mit 40,2 % Organisationstalent, Rang 3 (= 34,1 %) Fertigkeiten im Qualitätsmanagement und Rang 6 (= 22,7 %) Teamfähigkeit ein. Darüber hinaus werden die Merkmalsausprägungen den beruflichen Handlungskompetenzen zugeordnet; Rang 1 – 3 beispielsweise der Methodenkompetenz, Rang 6 der Sozialkompetenz.

„Es ist auffallend, dass die Merkmalsausprägungen zur Fachkompetenz sich im Mittelfeld befinden und die [...] zur Sozialkompetenz“ (Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit) im unteren Drittel“ (Oehmen 2007: 17).

3.5 Resümee

Bei den empirischen Untersuchungen zu den Qualifikationsanforderungen mittlerer Positionen im Pflegemanagement wird deutlich, dass sich aufgrund der strukturellen Veränderungen die Qualifikations- und Arbeitsanforderungen bezüglich der Managementkompetenzen wesentlich gewandelt haben.

Dabei wird den Funktionsträgern im mittleren Pflegemanagement eine besondere Rolle bei der Bewältigung der organisatorischen Anpassungsprozesse bzw. innerorganisatorischer Veränderungsprozesse zugewiesen.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse der BIBB-Studie dahingehend interpretieren, dass die Anforderungen für Inhaber mittlerer Pflegemanagementpositionen in unterschiedlichem Ausprägungsgrad in einer Qualifikationskombination aus pflegefachlichen Aspekten (z. B. Pflegekonzept, Pflegestandards) und managementspezifischen Aspekten (z. B. Steuerung, Koor-

dination) sowie aus betriebswirtschaftlichen Faktoren (z. B. Budget, Controlling) und führungsbezogenen Faktoren (z. B. Kommunikation, Teamentwicklung) gesehen wird.⁸²

Im Hinblick auf das mittlere Pflegemanagement werden einerseits die empirischen Ergebnisse zu den Qualifikationsanforderungen der BIBB-Studie durch eine zeitlich frühere Bedarfsanalyse untermauert und sind andererseits die praktischen Hinweise der WEGE-Studie durch die Implementierung eines speziell auf die notwendigen Qualifikationsanforderungen zugeschnittenen Studienganges vorweggenommen worden: Im Herbst 1994 wurde für die Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung (AWW) der Universität Hamburg eine Bedarfsanalyse für das weiterbildende Studium Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durchgeführt. Dieses Studium richtet sich an die Inhaber mittlerer Positionen (Fach- und Führungskräfte) in den Bereichen: Krankenhäuser und Fachkliniken, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen. Dazu wurde ein achtseitiger Fragebogen an die Leitungen von 812 Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe sowie sozialen Diensten im gesamten norddeutschen Raum verschickt; 92 Fragebögen standen zur Auswertung zur Verfügung (vgl. Bexfield et al. 1995). Auf die Frage „Welche Kompetenzen und Fähigkeiten halten Sie bei dem anstehenden organisatorischen Wandel für wichtig?“ gaben bei möglicher Mehrfachnennung 49 EDV-Kenntnisse, 34 Kommunikation und 14 BWL bzw. Management an; auf die Fragen „Wie stark ist Ihr Interesse an folgenden Themenbereichen?“ bzw. „Wie stark ist Ihr Interesse an folgenden Themen im Rahmen des Praxisteils?“ (Bewertung auf einer Skala von 1 = kein Interesse bis 5 = großes Interesse) bekundeten 48 großes Interesse am Thema Qualitätssicherung (41 = Führungsaufgaben und 34 = Arbeitsorganisation) bzw. 71 hohes Interesse (Skala 4 und 5 zusammen) am Thema Projektplanung bzw. Projektdurchführung (67 = Konfliktmanagement und 66 = Reflexion von Praxisproblemen) (vgl. Bexfield et al. 1995: 6 ff.). Zusätzlich zur standardisierten schriftlichen Befragung wurden elf vertiefende Interviews u. a. mit ärztlichen Direktoren, Geschäftsführern, Pflegedienstleitern und Verwaltungsdirektoren in Hamburg durchgeführt. Insgesamt konnte ein eindeutiges Interesse an einer speziellen Seminarreihe zum Thema Organisationsentwicklung festgestellt werden. Im Herbst 1995 wurde an der Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung ein entsprechender berufsbegleitender Studiengang eingerichtet und evaluiert (vgl. Bexfield et al. 1996).

⁸² Vgl. dazu exemplarisch zwei Stellungnahmen von Führungskräften aus der Praxis. 1. Die Schwerpunkte der Manager bzw. Managerinnen in der Krankenpflege „liegen besonders im zwischenmenschlichen Bereich. Wesentliche Anforderungen heißen hier: Kreativität, Teamarbeit, offene Kommunikation mit Menschen unterschiedlichster Herkunft, Flexibilität und sich auf unterschiedliche Bedürfnisse von Menschen einstellen. [...] Es ist unabdingbar, daß eine Krankenschwester [...] Managementfunktionen übernimmt, damit wesentliche Entscheidungen fachkompetent im Sinne der PatientInnen [...] getroffen werden“ (Hülken 1995: 459, 462). 2. „Die ambulanten Pflegedienste bemühen sich um eine Anpassung ihres Leistungsspektrums an die jeweilig gestellten Anforderungen von außen. Aktuell müssen die Neuerungen durch das Pflegeversicherungsgesetz in den Arbeitsprozeß integriert werden. [...] Um als Dienstleistungsunternehmen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen zu können, muß insbesondere über rechtliches und betriebswirtschaftliches Basiswissen verfügt werden. [...] Ziel ist, die leitende Pflegefachkraft zu befähigen, die anfallenden Leitungsaufgaben professionell zu erfüllen“ (Tausch 1995: 572, 574).

Die WEGE-Studie gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Die Auf- und Ablösung bereichsspezifischer Entwicklungstrends durch ein heterogenes Bild differenzierter Innovationen – mit den Schwerpunkten im ambulanten und rehabilitativen Bereich – verstärkt den Bedarf an übergreifenden Qualifikationen, neben einem weiterhin hohen Bedarf an fachspezifischen Kenntnissen. [...] In allen drei Untersuchungsbereichen werden [...] spezielle, auf die Versorgung älterer Menschen ausgerichtete, psychologische, psychiatrische und pädagogische Kompetenzen gefordert. Mit der Ausweitung und Diversifizierung der Leistungsangebote korrespondiert die Forderungen nach Teamarbeit und Vernetzung, nach der Vermittlung sozialer Kompetenzen und Leitungsfähigkeiten“ (Kuhlmann et al. 1997: XVIII).

Wie aus der IHF-Untersuchung hervorgeht, „benötigen die Absolventen [...] an ihrem Arbeitsplatz Schlüsselqualifikationen, die über die fachlichen Kompetenzen hinausreichen, vor allem in Form von Sozial- und Methodenkompetenzen“ (Gensch 2003: 71).

Nach Panfil und Veith (2008: 27) wünschen sich die Absolventen des (hessischen) Diplomstudienganges Pflegemanagement im Hinblick auf den Erwerb von Kenntnissen im Studium eine noch stärkere Gewichtung von Qualifikationen in den Bereichen Management (53,5 %), Führungsqualität (50,0 %) und Recht (50,0 %)

Aus der hessischen Arbeitgeberbefragung wird deutlich, dass pflegewissenschaftliche Kompetenzen und „Kompetenzen, die besonders auf innovative Tätigkeitsfelder und Aufgabenverständnisse abzielen, wie Forschung und Konzeptentwicklung, aktuelles pflegewissenschaftliches Wissen, Public Health, direkte Pflege [...] und Wissen über Pflegeinformatik“ zwar nachgefragt werden, ihnen allerdings aus Sicht der Arbeitgeber längst nicht der Stellenwert zukommt, „wie in der Perspektive und den Vermittlungsbemühungen der Studiengänge“ (Höhmann, Brieskorn-Zinke 2008: 44 f.).

Als zentrale Aspekte der quantitativen Inhaltsanalysen im Hinblick auf die Anforderungen des Pflegemanagements kann festgehalten werden: „Derzeit suchen Krankenhausträger für vakante Managementstellen im Pflegedienst vorzugsweise Personen, die pflegerisch umfassend ausgebildet sind und erste Erfahrungen in Managementpositionen gesammelt haben. Darüber hinaus werden Persönlichkeiten gesucht, die sowohl Kooperationsbereitschaft und betriebswirtschaftliche Methodenkompetenz als auch Organisationstalent und Personalführungskompetenz mitbringen, um die Leitungs- und Führungsaufgaben erfolgreich bewältigen zu können. Die Ergebnisse [...] zeigen weiter, dass in den Annoncen deutlich mehr überfachliche Management- als Pflegekompetenzen nachgefragt werden. Innerhalb der verlangten Managementkompetenzen werden wiederum mehr soziale als methodische Anforderungen formuliert“ (Lieb 2010: 154).

4 Zur Evaluation als Forschungsmethode

4.1 Einführung

Kapitel 4.2 stellt die Charakteristika der Evaluation bzw. der Evaluationsforschung vor und zeigt zentrale Aspekte auf (Phasen der Evaluation, Standards für Evaluation). Kapitel 4.3 skizziert das eigene Forschungsdesign und erläutert den methodischen Ansatz (Inhaltsanalyse, Exploration), benennt die der vorliegenden Evaluationsstudie zugrunde gelegten Bewertungskriterien und stellt die für diese Untersuchung ausgewerteten Materialien und Daten im Überblick vor. Kapitel 4.4 bietet eine Übersicht in Form einer Bündelung zentraler Aussagen und Erkenntnisse der bisherigen (Evaluations-)Studien an der Hamburger Fern-Hochschule.

4.2 Grundlagen der Evaluation

1 | „Evaluationsforschung beinhaltet die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“ (Bortz, Döring 2006: 96). Evaluationsobjekte können dabei z. B. Personen oder Projekte bzw. Programme sein. Es werden fünf verschiedene Funktionen (Ziele) von Evaluation bzw. Evaluationsforschung unterschieden – die Erkenntnisfunktion, Optimierungsfunktion, Kontrollfunktion, Entscheidungsfunktion und Legitimationsfunktion (vgl. Bortz, Döring 2006: 97). Die Evaluation muss im Hinblick auf den Forschungsaspekt „wissenschaftlichen Kriterien genügen [...], die auch sonst für empirische Forschungsarbeiten gelten“ – damit soll sich die Evaluationsforschung „an den methodischen Standards der empirischen Grundlagenforschung orientieren“ (Bortz, Döring 2006: 98).

Die Evaluation wird unterschieden in interne und externe Evaluation bzw. Selbstevaluation und Fremdevaluation – darüber hinaus ist die Evaluationsforschung (als Bewertung, Überprüfung von Maßnahmen) von der Interventionsforschung (als Entwicklung, Intervention von Maßnahmen) abzugrenzen (vgl. Bortz, Döring 2006: 99 ff.). Darüber hinaus wird häufig eine Unterscheidung von Evaluation (in Anlehnung an das Qualitätsmanagement) hinsichtlich der Ebenen der Begutachtung vorgenommen in Strukturevaluation (z. B. Ziel, Rahmenbedingung), Prozessevaluation (z. B. Ablauf, Verfahren) und Ergebnisevaluation (z. B. Zielerreichung, Wirkungseffekt).

Die Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) hat Standards für die Evaluation herausgegeben, die in einer Übersicht zusammenfassend vorgestellt werden (Abbildung 4-1). Die vorliegende Studie stützt sich auf diese Standards und auf die Schrittabfolge (Phasen) der Evaluation.

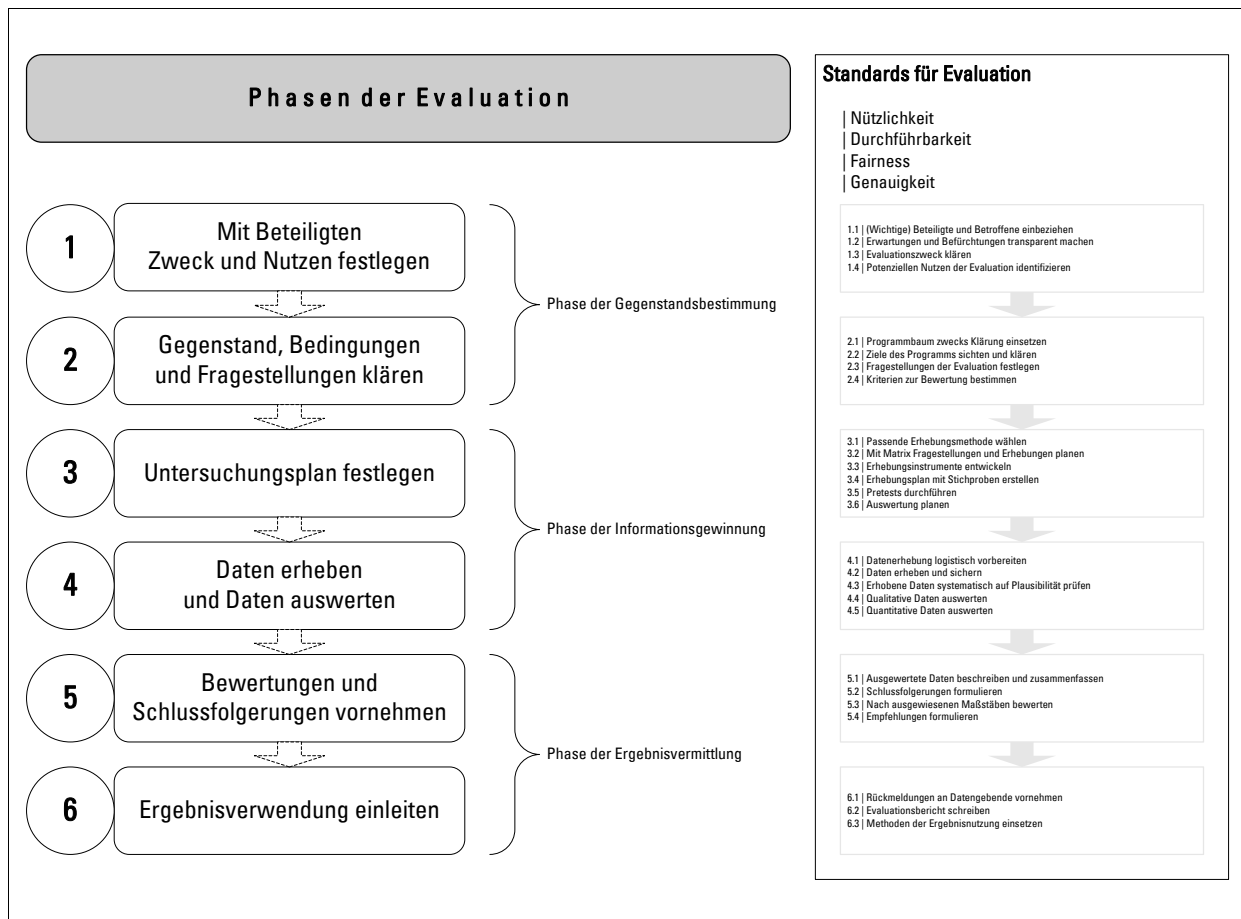


Abbildung 4-1: Evaluation – Phasen und Standards (eigene Darstellung nach DeGEval – Gesellschaft für Evaluation 2002; Bortz, Döring 2006: 104 ff.)

2 | Es werden in der Evaluationsforschung unterschiedliche Untersuchungsvarianten genannt – Evaluation durch Erkundung, Evaluation durch Populationsbeschreibung oder Evaluation durch Hypothesenprüfung (vgl. Bortz, Döring 2006: 109 ff.). Zur Evaluation durch Erkundung gehören die summative und die formative Evaluation. Die formative Evaluation, „die vor allem bei der Entwicklung und Implementierung neuer Maßnahmen eingesetzt“ wird, ist „im Unterschied zur summativen Evaluation meistens erkundend angelegt. Neben der Identifizierung von Wirkungsverläufen zielt die formative Evaluation u. a. auf die Vermittlung handlungsrelevanten Wissens (Prozess- und Steuerungswissen) [...]. Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren“ (Bortz, Döring 2006: 110). Fallstudien werden hier ebenfalls dem Bereich der Evaluation durch Erkundung zugeordnet; als Alternative zu quantitativen Evaluationsstudien werden qualitative Fallstudien empfohlen, „an denen sich die Wirksamkeit einer Maßnahme besser erkennen“ lässt (Bortz, Döring 2006: 110).

4.3 Eigene Evaluationsstudie zur Hamburger Fern-Hochschule

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine (summative) explorative Fallstudie auf der Basis deskriptiver Statistik (die quantitativen Bereiche werden durchgängig mit SPSS 20 ausgewertet), die quantitative und qualitative Ansätze (vor allem der Inhaltsanalyse) aufgreift

und in einem empirischen Methodenmix auf die Evaluation des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule anwendet. Es handelt sich sowohl um eine Strukturevaluation als auch um eine Ergebnisevaluation sowie um ein nicht reaktives Verfahren (Sammeln und Auswerten von Dokumenten unterschiedlichster Art), da die Durchführung „keinerlei Einfluss auf die untersuchten Personen, Ereignisse oder Prozesse ausüben“ (Bortz, Döring 2006: 325). Die Evaluationsstudie ist eher im Bereich der Erkenntnisfunktion (wissenschaftliche Erkenntnis über den grundständigen Studiengang Pflegemanagement in Fernstudienform) als im Bereich der Optimierungsfunktion angesiedelt.

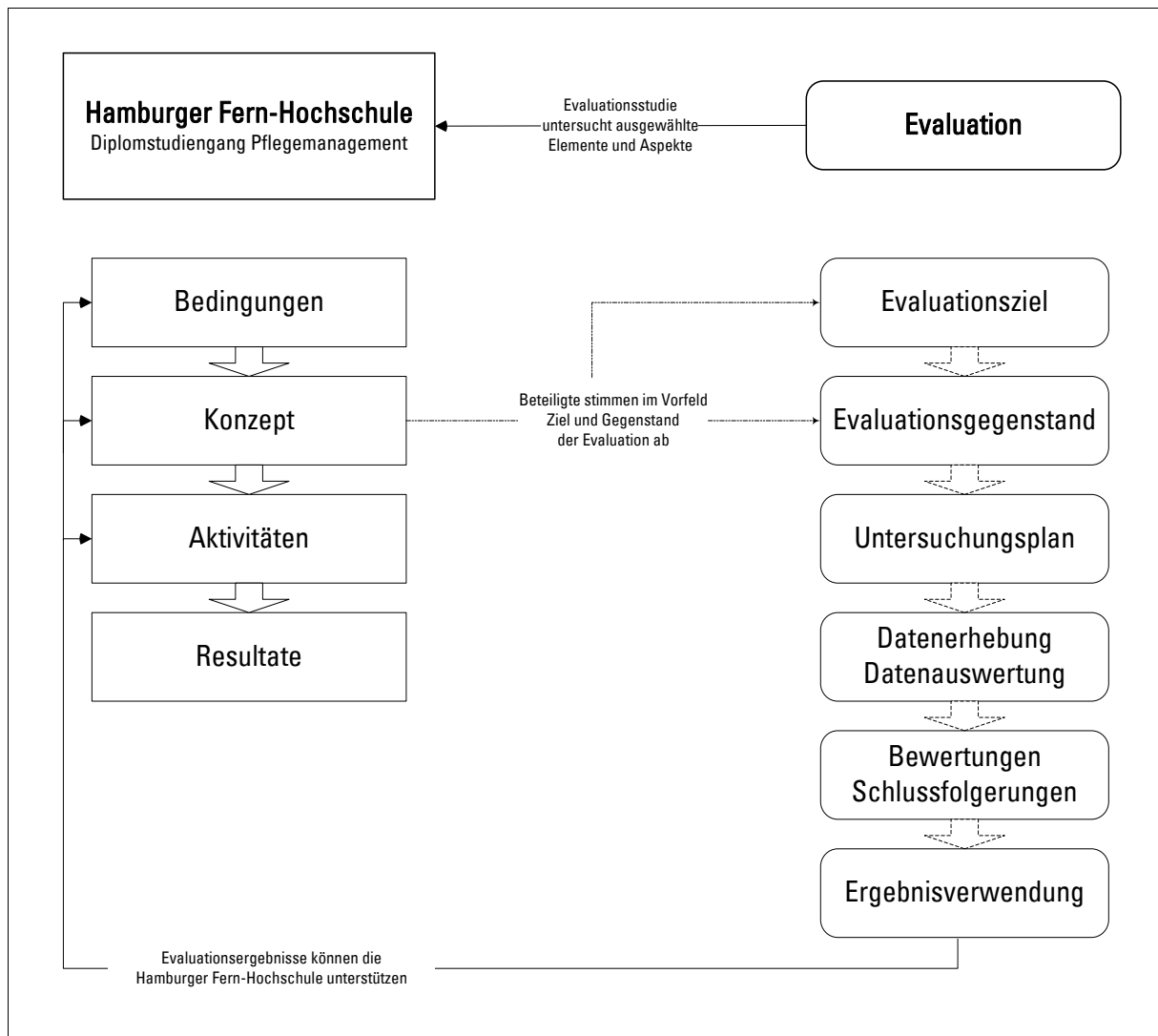


Abbildung 4-2: Evaluation – Plan und Abstimmung (eigene Darstellung)

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich vielfach auf internes Material und interne Daten der Hamburger Fern-Hochschule – die Erarbeitung und Erstellung der vorliegenden Dissertation erfolgte deshalb in enger Abstimmung mit der Hochschulleitung der Hamburger Fern-Hochschule nach dem in Abbildung 4-2 dargelegten Schema.

4.3.1 Forschungsdesign und Methodenansatz

Die Evaluationsstudie bezieht sich methodisch einerseits auf die qualitative Inhaltsanalyse (im Hinblick auf die Kategoriengewinnung) und quantitative Inhaltsanalyse (im Hinblick auf die Auswertung) sowie andererseits auf die empirisch quantitative Exploration.

1 | Die Inhaltsanalyse ist eine Vorgehensweise zur Auswertung von Textmaterialien gleich welcher Herkunft. Sie ist „eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv und nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen“ (Früh 2011: 27). Definierte Kategorien werden dazu auf Texte angewendet bzw. an Texten überprüft. Das Ziel der Inhaltsanalyse ist die Klassifizierung von Texten, indem Aussagen, Sätze und Worte bestimmten Kategorien zugeordnet werden.

Der pragmatische Sinn jeder Inhaltsanalyse besteht darin, unter einer bestimmten forschungsleitenden Perspektive die Komplexität zu reduzieren. „Bei der Inhaltsanalyse geht es um eine Abstraktion von einzelnen medialen Objekten, wobei das Objekt auf die an ihm interessierenden Merkmale reduziert wird. In der Forschungspraxis bedeutet dies eine Kombination aus qualitativen Urteilen über Botschaften, die quantitativ verdichtet und ausgewertet werden“ (Rössler 2010: 18).

Es wird in der empirischen Sozialforschung zwischen quantitativer und qualitativer Inhaltsanalyse unterschieden. In die Beantwortung von inhaltlichen Fragestellungen „können qualifizierende und quantifizierende Aspekte in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses mit unterschiedlichem Stellenwert einfließen, fast immer wird es eine Kombination beider Vorgehensweisen sein“ (Früh 2011: 67). Den Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse beschreibt Mayring (2010): „Sobald Zahlenbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung oder Auswertung verwendet werden, sei von quantitativer Analyse zu sprechen, in anderen Fällen von qualitativer Analyse“ (Mayring 2010: 17):

- Die quantitative Inhaltsanalyse „erfasst einzelne Merkmale von Texten, indem sie Textteile in Kategorien einordnet, die Operationalisierungen der interessierenden Merkmale darstellen. Die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien geben Auskunft über die Merkmalsausprägungen des untersuchten Textes“ (Bortz, Döring 2006: 149). Der Informationsgewinn entsteht bei der quantitativen Methode durch die Reduktion der Daten, wobei die Auswahl des richtigen Materials entscheidend ist (vgl. Flick 2009: 145). Nach der Reduktion und Zuordnung findet eine quantitativ-statistische Auswertung statt, deren Ergebnisse interpretiert werden (können).
- Die qualitative Inhaltsanalyse ist offener – es werden drei Grundmodelle unterschieden (vgl. Mayring 1983: 52 ff.):
 - Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden Textteile paraphrasiert und auf die wesentlichen Aspekte hin reduziert.
 - Bei der explizierenden Inhaltsanalyse wird der Kontext bei mehrdeutigen oder widersprüchlichen Textstellen berücksichtigt.

- Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse steht die Identifikation von Typen bzw. typisierenden oder skalierenden Strukturen des Materials im Vordergrund.

Nach dem präzisen Definieren der einzelnen Kategorien findet eine Zuordnung der Textbestandteile statt. Bei der Zuordnung ist auf die Trennschärfe zu achten, um eine klare Aussage zu erreichen. Im Codierungsverfahren wird festgelegt, nach welchen Regeln die Daten einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden.

„Kern jeder quantitativen Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem, das festlegt, welche Texteingenschaften durch Auszählen ‚gemessen‘ werden sollen“ – wobei für „unterschiedliche Fragestellungen und Untersuchungsmaterialien eigene Kategoriensysteme aufzustellen“ sind. „Dabei geht man entweder deduktiv, d. h. theoriegeleitet, vor und trägt ein ausgearbeitetes Kategoriensystem an das zu untersuchende Textmaterial heran, oder man verfährt induktiv, sichtet das Textmaterial und überlegt sich im Nachhinein, welche Kategorien geeignet sein könnten, die Texte zu charakterisieren. Dabei abstrahiert man vom konkreten Textmaterial und sucht nach zusammenfassenden Bedeutungseinheiten. In der Praxis sind häufig Mischformen zu finden“ (Bortz, Döring 2006: 151).

Es werden drei verschiedene Auswertungsstrategien unterschieden – die Häufigkeitsanalysen (Auszählung eines Merkmals – nominalskaliert), die Kontingenzanalysen (Auszählung des gemeinsamen Auftretens bestimmter Merkmale – nominalskaliert) oder Valenz- bzw. Intensitätsanalysen (durch Schätzurteile quantifiziert – ordinalskaliert, intervallskaliert) (vgl. Bortz, Döring 2006: 151 f.).

Die vorliegende Studie wendet grundsätzlich das induktive (iterative) Verfahren zur Gewinnung der Kategoriensysteme an; die Häufigkeitsanalysen werden als Auswertungsstrategie umgesetzt.

2 | „Empirisch quantitative Explorationsstrategien „nutzen quantitative Daten unterschiedlicher Herkunft, um aus ihnen neue Ideen [...] abzuleiten. Im Unterschied zu explanativen Untersuchungen berücksichtigen explorative Untersuchungen tendenziell mehr Variablen und beinhalten umfangreichere, in der Regel auch grafische Datenanalysen.“ Eine explorative Studie „trägt durch eine besondere Darstellung und Aufbereitung von quantitativen Daten dazu bei, bislang unberücksichtigte bzw. unentdeckte Muster [...] sichtbar zu machen“ (Bortz, Döring 2006: 369). Dabei werden bereits vorhandene Daten genutzt und sekundäranalytisch ausgewertet (Daten mit neuen Methoden oder unter einer neuen Fragestellung auswerten).

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf umfangreiches Material und bereits vorhandene Rohdaten der Hamburger Fern-Hochschule. Diese Daten zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement werden sekundäranalytisch mittels deskriptiver Statistik ausgewertet, aufbereitet und präsentiert.

4.3.2 Bewertungskriterien und Materiallage

1 | Die Bewertungskriterien werden einerseits aus den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Fernstudium (externe Kriterien) und andererseits aus dem allgemeinen Studienkonzept der Hamburger Fern-Hochschule sowie aus dem speziellen Studienkonzept des grundständigen Studienganges Pflegemanagement (interne Kriterien) gewonnen (vgl. Wissenschaftsrat 1992, Fern-Fachhochschule Hamburg 1996).

Darüber hinaus wird versucht, Aspekte der allgemeinen Managementlehre und spezifischer Facetten einer Konzeption von Pflegemanagement sowie Ergebnisse empirischer Studien zu den Qualifikationsanforderungen zum Pflegemanagement auf den Diplomstudiengang Pflegemanagement zu beziehen. Die vorliegende Studie fragt dabei grundsätzlich nach der Umsetzung bzw. Ausgestaltung der Bewertungskriterien im grundständigen Studiengang Pflegemanagement im Zusammenhang mit dem Hamburger Fernstudienmodell.

Der grundständige Studiengang Pflegemanagement ist in der Implementierungsphase extern begutachtet worden. Es wurde grundsätzlich die Gleichwertigkeit mit anderen vergleichbaren Diplomstudiengängen an Präsenzhochschulen festgestellt (vgl. Gutachten II FFH 2000: 14).⁸³ Deshalb erfolgt in dieser Studie auch keine quantitative Vergleichsanalyse, sondern ein deskriptiver Überblick über die grundständigen Studiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland auf der Basis der Studien- und Prüfungsordnungen – dazu wird eine Systematik der Eingruppierung unterbreitet.

Zur Evaluation des grundständigen Studienganges Pflegemanagement werden folgende Bewertungskriterien herangezogen:

- Zur Struktur des Selbststudiums
 - Didaktischer Aufbau und Abfolge des Studienganges und der Studienfächer
 - Gewichtung und Bedeutung der Studienfächer und Studieninhalte
 - Didaktische Strukturierung der Studienmaterialien (Selbststeuerung des Lernens)
 - Praxisrelevanz und Anwendungsbezug
- Zur Struktur der Präsenzphase
 - Gewichtung und Bedeutung der Studienfächer und Studieninhalte
 - Methodische Vielfalt und Medieneinsatz im Studiengang und im Studienfach
 - Didaktische Strukturierung der Präsenzlehre (Vermittlungsfunktion des Lehrens)
 - Praxisrelevanz und Anwendungsbezug
- Zum Verhältnis Selbststudium – Präsenzphase
 - quantitative Relation
 - inhaltliche Verzahnung
 - ausgewogenes Verhältnis

⁸³ Die externen Gutachten werden anonymisiert – es erfolgt deshalb keine namentliche Angabe der Gutachter. Die Gutachten zum Konzept und zu den ersten beiden grundständigen Studiengängen in der Gründungsphase der Hamburger Fern-Hochschule werden als Gutachten I, die Gutachten zum Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule als Gutachten II bezeichnet.

- Zum Verhältnis Berufliche Tätigkeit – Fernstudium | Hausarbeiten
 - eigenständige Erarbeitung von Problemlösungen
 - theoretisches Wissen in der beruflichen Tätigkeit anwenden
 - aus der beruflichen Tätigkeit wissenschaftliche Fragestellungen ableiten
- Studierbarkeit des grundständigen Studienganges Pflegemanagement
 - zeitlicher Aufwand
- Zufriedenheit mit dem grundständigen Studiengang Pflegemanagement | Qualitätskriterien
 - Studierendenbefragung | Qualität der Lehre
Studienmaterial, Studium
 - Absolventenbefragung | Qualität des Studiums
Studium (und Beruf), Studienerfolg

2 | Zur Evaluation des grundständigen Studienganges Pflegemanagement wurden folgende Materialien und Daten herangezogen:

- Allgemeine Materialien und Daten
 - Studienordnungen und Prüfungsordnungen der Diplomstudiengänge in Deutschland
- Spezielle Materialien und Daten zur Hamburger Fern-Hochschule
 - internes Studienkonzept
 - interne Gutachten und Studien
- Spezielle Materialien und Daten zum Diplomstudiengang Pflegemanagement
 - Studienführer
 - Studienordnungen und Prüfungsordnungen
 - Studienmaterialien
 - Studienbriefe
 - Rahmenablaufpläne
 - Daten zu den Hausarbeitsthemen
 - interne Rohdaten zu den Studierenden
 - interne Rohdaten zur Studierendenbefragung
 - interne Rohdaten zur Absolventenbefragung
 - interne Gutachten und Studien
 - internes Curriculum

4.4 Bisherige Evaluationsstudien an der Hamburger Fern-Hochschule

Im Rahmen der Gründung der Hamburger Fern-Hochschule und der Etablierung zunächst grundständiger Studiengänge sind (externe) Gutachten zur hochschulrechtlichen Genehmigung bei der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg in Auftrag gegeben worden.

1 | Im Hinblick auf das grundlegende Studienkonzept bzw. Studienmodell der Hamburger Fern-Hochschule sowie zu den grundständigen Studiengängen Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen liegen drei (externe) Gutachten vor:

- Das erste Gutachten zielt einerseits auf die Begutachtung des Grundkonzeptes der Hamburger Fern-Hochschule (Organisation, Lehrbeauftragte; Zulassungsvoraussetzungen, Prü-

fungen, Studienberatung, Medien) und andererseits auf die Analyse zur Gleichwertigkeit der beiden grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen mit vergleichbaren Präsenzstudiengängen. Für den grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft erfolgt beispielsweise ein Vergleich (Analyse, Bewertung) mit über zwanzig grundständigen Studiengängen der Betriebswirtschaft an Präsenzhochschulen in Deutschland zu verschiedenen Kriterien (z. B. Gesamtumfang des Lehrangebotes, Regelstudienzeit und Aufteilung in Grund- und Hauptstudium, Fächerspektrum und Umfang des Lehrangebotes einzelner Fächer, Studienschwerpunkte) auf der Basis des Studienkonzeptes und Curriculums des grundständigen Studienganges Betriebswirtschaft an der Hamburger Fern-Hochschule (vgl. Gutachten I FFH 1996).

- Das zweite Gutachten zielt sowohl auf die Strukturmerkmale der Hamburger Fern-Hochschule (z. B. statistische Angaben; Studienzentren, Organisationsaufbau, Verwaltung) als auch auf die Umsetzung der Lehrpläne für die beiden grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen (im Grundstudium). Für den Diplomstudiengang Betriebswirtschaft beispielsweise werden die Studienunterlagen, Präsenzveranstaltungen, Prüfungen oder die Organisation und Ablauf des Praktikums begutachtet. Hinsichtlich des Qualitätsniveaus der Studienbriefe im Diplomstudiengang Betriebswirtschaft (Grundstudium) wird die „überwiegend sehr positive Einschätzung der Gutachter hinsichtlich Niveau und didaktischem Konzept“ bestätigt (Gutachten I FFH 1999: 18).
- Das dritte Gutachten zielt ebenfalls auf die Strukturmerkmale der Hamburger Fern-Hochschule beispielsweise im Hinblick auf Organisation und Ausstattung, Studienzentren und Bereitstellung der Medien oder Studienberatung als auch auf die Umsetzung der Lehrpläne für die beiden grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen (im Hauptstudium). Für den Diplomstudiengang Betriebswirtschaft beispielsweise wird neben den Studienunterlagen, Präsenzveranstaltungen oder die Qualität der Hausarbeiten auch die Studierbarkeit untersucht.⁸⁴ „Die Mischung aus didaktisch gut gestalteten Lehrbriefen, Einsendeaufgaben und Musterklausuren, Computerlernprogrammen [...] erscheint zur Zeit die effizienteste Lösung der Lehrstoffvermittlung“ (Gutachten I HFH 2003: 20).

2 | Im Hinblick auf den grundständigen Studiengang Pflegemanagement liegen drei (externe) Gutachten:

- Das erste Gutachten zielt auf die Vergleichbarkeit des Diplomstudienganges Pflegemanagement in Fernstudienform mit entsprechenden Studiengängen an staatlichen Fachhoch-

⁸⁴ Im Gutachten werden die in der Studienordnung ausgewiesenen Selbststudienstunden und Präsenzstunden für zwei Studienschwerpunkte und zwei Fächer im Hauptstudium überprüft. „Die Studierbarkeit soll anhand der Selbststudiendauer für die Lehrbriefe und der Präsenzstunden für das 6. und 7. Semester nachgewiesen werden“ (Gutachten I HFH 2003: 37). In den beiden Semestern sind insgesamt 40 Studienbriefe in einem Gesamtumfang von 2.159 Seiten von den Studierenden zu bearbeiten. Kalkulationsgrundlage: ein Studierender im Fernstudium kann im Durchschnitt drei bis vier Seiten (Studienbriefmaterial) pro Stunde aufnehmen, die wöchentliche Belastung eines berufstätig Studierenden an der Hamburger Fern-Hochschule wird mit 15 Stunden pro Woche angenommen (bei 46 Wochen im Jahr). Die Berechnung in dem Gutachten bezieht sich auf vier Seiten (= 540 Stunden) und auf die Addition der im Rahmenablaufplan genannten Präsenzstunden (= 137) – dies ergibt einen Gesamtstundenumfang von 677 Stunden (= 14,7 Stunden pro Woche) (vgl. Gutachten I HFH 2003: 38).

schulen bzw. bereits staatlich genehmigten Studiengängen an nicht staatlichen Fachhochschulen (vgl. Gutachten II FFH 2000). Die Begutachtung bezieht sich dabei auf die Analyse der Materialien zu den Studiengängen (wie z. B. Grundkonzept, Curriculum, Studienordnung, Prüfungsordnung). Dabei erfolgt ein Vergleich zu den Zugangsvoraussetzungen, zum Fächerspektrum und zu den Prüfungen bei elf verschiedenen Diplomstudiengängen zum Pflegemanagement in Deutschland. Ein Problem beim Vergleich (von Studien- und Prüfungsordnungen) besteht darin, dass die verschiedenen Diplomstudiengänge „in Ihrem Aufbau nicht einer einheitlichen systematischen Gliederung der jeweils beteiligten Fächer folgen und [...] vielfach unterschiedliche Fächer bzw. Lehrinhalte verschiedenen Bereichen zugeordnet werden“ (Gutachten II FFH 2000: 7). Der Ansatz des Vergleichs des Fächerspektrums (Anteile an Semesterwochenstunden) bezieht sich daher auf die sechs Fächergruppen (als gemeinsamen Nenner) Pflege und Pflegewissenschaft, Betriebswirtschaftslehre und Management, Bezugswissenschaften, Methoden und Techniken, Wahlpflichtfächer sowie Studienschwerpunkte (quantitative Auszählung der Zuordnung). „Eine eindeutige Zuordnung der Fächergruppen war auch insofern schwierig, als die verschiedenen Hochschulen unterschiedliche Ausrichtungen des Studienablaufs entweder hinsichtlich handlungsorientierter oder bezugswissenschaftlicher Vorgehensweise aufwiesen“ (Gutachten II FFH 2000: 7 f.).⁸⁵ Das der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg vorliegende Gutachten stellt auf der Basis quantitativer und qualitativer Kriterien zusammenfassend fest, dass der Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule „hinsichtlich Studiendauer und Zeitaufwand, Studieninhalten und Fächerstrukturen sowie Prüfungsanforderungen den entsprechenden Studiengängen an staatlichen Fachhochschulen bzw. bereits staatlich anerkannten Studiengängen an nicht staatlichen Fachhochschulen gleichwertig ist“ (Gutachten II FFH 2000: 14). Darüber hinaus werden im Gutachten weitere – den Studiengang besonders kennzeichnende – Qualitätsmerkmale genannt. „Die starke betriebswirtschaftliche und managementorientierte Ausrichtung des Studiengangs wird als günstige Orientierung“ für einen grundständigen Studiengang Pflegemanagement erachtet. Von den Absolventen wird später erwartet, dass „sie in erster Linie Leitungsaufgaben bzw. Stabsfunktionen ausüben oder [...] diese aufgabengerechter wahrnehmen können. Die Positionierung des Studiengangs in einer mehr managementorientierten Ausrichtung ist auch unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten langfristig als günstig zu beurteilen“ (Gutachten II FFH 2000: 13).

- Das zweite Gutachten bezieht sich auf die Umsetzung des Grundstudiums im Hinblick auf den Lehrbetrieb und das Prüfungswesen. Dazu werden die entsprechenden Materialien herangezogen (wie z. B. Studienbriefe des Grundstudiums, Rahmenablaufplan, Prüfungs-

⁸⁵ Begutachtet werden die neun grundständigen Studiengänge Pflegemanagement, Pflegemanagement/Pflegedienstleitung bzw. Pflege/Pflegemanagement sowie die beiden grundständigen Fernstudiengänge Pflege, Krankenhaus- und Sozialmanagement. In der Fächergruppe Betriebswirtschaftslehre und Management beispielsweise liegt der prozentuale Anteil an Semesterwochenstunden (Relation zu den gesamten Semesterwochenstunden des Studiums) an der Hamburger Fern-Hochschule bei 26 % – nur in vier Fachhochschulen liegt der Anteil etwas höher (29 % – 35 %) (vgl. Gutachten II FFH 2000: [Übersicht 3]). Die Fächergruppe Betriebswirtschaftslehre und Management ist im Diplomstudiengang Pflegemanagement „absolut und relativ deutlich stärker vertreten, als in den entsprechenden Studiengängen an staatlichen Fachhochschulen und ist daher charakteristisch für sein spezifisches Profil. Durch die managementorientierten Wahlpflichtfächer [...] wird dieses Profil noch deutlicher“ (Gutachten II FFH 2000: 9).

aufgaben, statistische Angaben zu den Studierenden). „Die formale Gliederung, inhaltliche Strukturiertheit und didaktische Übersichtlichkeit aller Studienbriefe sind durchweg als sehr gut zu beurteilen“ (Gutachten II HFH 2003: 10).

- Das dritte Gutachten bezieht sich primär auf die Umsetzung des Hauptstudiums im Hinblick auf den Lehrbetrieb und das Prüfungswesen. Dazu werden die entsprechenden Materialien begutachtet (wie z. B. Studienbriefe des Hauptstudiums, Rahmenablaufplan oder Prüfungsaufgaben). „Zusammenfassend soll ausdrücklich festgehalten werden, dass diese Studienbriefe [...] vom wissenschaftlichen Anspruch, von der Aktualität der Lehrinhalte und dem Praxisbezug der Darstellung her dem Ausbildungsniveau einer Fachhochschule in vollem Umfang gerecht werden“ (Gutachten II HFH2004: 14).

Seitens des Fachbereichs Gesundheit und Pflege der Hamburger Fern-Hochschule wurden zwei Absolventenstudien zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement durchgeführt – die erste Studie ist quantitativ, die zweite Studie ist eher qualitativ angelegt.

1 | Die erste Studie (Absolventenfragebogen) bezieht sich auf insgesamt 206 Absolventen bis zum 1. Juli 2007; die Rücklaufquote beträgt 72,4 % (= 144 Fragebögen sind ausgewertet worden) – davon 86,1 % weiblich und 31,9 % männlich (vgl. Gerckens, Möller 2008: 15). Der Fragebogen weist Kategorien zu den drei Bereichen Fragen zum Studium, Fragen zum Beruf und Fragen zur Person auf. Wesentliche Ergebnisse zu zentralen Items werden vorgestellt.

- Fragen zum Studium:
 - Hinsichtlich der Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen ergibt sich folgendes Bild (geschlossene Skala von ständig und überwiegend bis teilweise und gar nicht): „Mehr als 90 % der Absolventen haben im Grundstudium und mehr als 80 % im Hauptstudium ständig oder überwiegend an den Präsenzphasen teilgenommen“ (Gerckens, Möller 2008: 17).
 - Der zeitliche Aufwand (für das Grundstudium, Hauptstudium und für die Diplomphase) wird mit der geschlossenen Skala abgefragt (weniger als 5, 6 – 10, 11 – 15, 16 – 20, mehr als 20; weiß nicht). „Der zeitliche Aufwand für das Studium liegt im Grund- und Hauptstudium im Mittel bei 11 – 15 Wochenstunden. Er steigt in der Diplomphase im Mittel auf 16 – 20 Wochenstunden an“ (Gerckens, Möller 2008: 19).
 - Das Fächerangebot wird sowohl nach den fachlichen Erwartungen als auch nach den beruflichen Anforderungen auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = voll und ganz bis 5 = in keiner Weise) abgefragt – dazu werden die Fächer des grundständigen Studienganges Pflegemanagement in die vier Fächergruppen (Management und Führung, Berufsfachliches, Bezugswissenschaften und Wissenschaftliches Arbeiten) zusammengefasst.⁸⁶ Bei den fachlichen Erwartungen liegt das Gesamtmittel bei 2,14, bei den beruflichen Anforderungen bei 2,41. Das Fächerangebot Management und Führung liegt hinsichtlich der

⁸⁶ Aus der Studie geht nicht hervor, wie (vorher oder nachher) und auf welcher Basis bzw. nach welchen Kriterien diese Gruppierung zustande gekommen ist.

fachlichen Erwartungen bei 2,06 und bei den beruflichen Anforderungen bei 2,31.⁸⁷ Bei den zehn Studienfächern, die den Bezugswissenschaften zugeordnet werden, entspricht die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen (1,84 bzw. 2,18) und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre (1,94 bzw. 2,27) in besonderem Maße sowohl den fachlichen Erwartungen als auch den beruflichen Anforderungen (vgl. Gerckens, Möller 2008: 25 ff.).⁸⁸

- Fragen zum Beruf:
 - Es werden in der Absolventenbefragung die Tätigkeitsbereiche vor, im und nach dem Studium abgefragt (geschlossene Antwortskala). Die überwiegende Zahl der Absolventen war vor (= 64 %), im (= 54 %) und nach (= 44 %) dem Studium in der stationären Krankenversorgung tätig (vgl. Gerckens, Möller 2008: 31).
 - Die Absolventenstudie erfasst mittels einer geschlossenen Antwortskala die berufliche Position ebenfalls vor, im und nach dem Studium. Vor dem Studium waren die meisten Absolventen als examinierte Pflegekraft (30 %) tätig. Eine stellvertretende Bereichs- bzw. Stationsleitungsfunktion hatten 14 % inne. Als Bereichsleiter waren 17 % tätig (vgl. Gerckens, Möller 2008: 33). Nach dem Studium hatten 35 % eine Position als Pflegedienstleitung, 12 % als Bereichs- bzw. Stationsleitung und 8 % als stellvertretende Pflegedienstleitung – 16% der Absolventen hatten eine Stabsstelle inne. „Nach Abschluss des Studiums sind signifikant mehr Absolventen in gehobenen leitenden Positionen tätig. Bereits während des Studiums wird diese Veränderung wirksam“ (Gerckens, Möller 2008: 35).

⁸⁷ Der Fächergruppe Management und Führung werden die Studienfächer Pflegemanagement, Methoden und Techniken sowie die Wahlpflichtfächer Personalmanagement, Qualitätsmanagement und Organisationsmanagement zugeordnet.

⁸⁸ Es werden die zehn Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre, Arbeitswissenschaft, Recht der Pflege, Psychologie, Soziologie, Empirische Methoden, Vernetzung und Koordination, Betriebliches Umweltmanagement sowie Informations- und Kommunikationstechnologien der Fächergruppe der Bezugswissenschaften zugeordnet.

- Die Absolventenstudie fragt insgesamt 31 Kompetenzen auf einer fünfstufigen Skala (1 = voll und ganz, 2 = überwiegend, 3 = teils, teils, 4 = kaum und 5 = in keiner Weise) ab hinsichtlich der beruflichen Aufgaben („benötige ich für meine derzeitige Position“) und der Vermittlung im Studium („wurden mir im Studium vermittelt“).⁸⁹ Das Mittel (Basis ist der interpolierte Median der Einzelwerte) bei den benötigten Kompetenzen liegt bei 1,55 und bei den vermittelten Kompetenzen bei 2,65. Bei den benötigten Kompetenzen nimmt das Selbständige Arbeiten Rang 1 ein (= 1,07), Rang 2 Verantwortungsbewusstsein (= 1,10) und Rang 3 Kommunikationsfähigkeit (= 1,11); Rang 29 Betriebswirtschaft (= 2,13) und Rang 31 Volkswirtschaft (3,30).⁹⁰ Bei den vermittelten Kompetenzen im Studium liegt auf Rang 1 Selbstdisziplin (= 1,34), Rang 2 Selbständiges Arbeiten (= 1,58) und Rang 5 Betriebswirtschaft (= 1,94); Rang 27 Konfliktfähigkeit (= 3,19), Rang 29 Verhandlungsgeschick (= 3,31) und Rang 30 Durchsetzungsvermögen (= 3,60).
- Fragen zur Person: 40,7 % streben eine weitere Fort- und Weiterbildung und insgesamt 35,5 % einen weiteren wissenschaftlichen Abschluss an – Master bzw. Master of Business Administration (= 17,4 %) und Promotion (= 18,1 %) (vgl. Gerckens, Möller 2008: 52 f.).

2 | Die zweite Studie (Absolventenbericht) stellt den Nutzen bzw. die Wirksamkeit des Studiums in den Vordergrund (vgl. Gerckens, Möller 2010). Dazu wurden die Absolventen aufgefordert unter der Fragestellung „Was hat das Studium gebracht?“ bzw. „Wo wird der Nutzen des Studiums im pflegerischen bzw. administrativen Alltag erlebbar?“ einen Bericht (maximal fünf Seiten) zu verfassen (Zeitraum Mai bis Juni 2009). „Erwünscht war eine Darstellung des persönlichen, reflektierten Erlebens des eigenen Handelns, die eine ausgewählte konkrete

⁸⁹ Die Kompetenzen reichen von z. B. selbständiges Arbeiten, Organisationsfähigkeit oder Selbstdisziplin über Zeitmanagement, Durchsetzungsvermögen oder Management bis hin zu Führung, Kooperation oder Recherche. „Es wurde ein offener Kompetenzbegriff verwendet, der im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kenntnisse zusammenfasst. Der Erhebungsbogen trug zur Erläuterung einen entsprechenden methodischen Vermerk“ (Gerckens, Möller 2008: 46). Unklar sind trotzdem die methodische Herleitung der Kompetenzen (Gewinnung) und die theoretische Fundierung zur Bildung der Kompetenzgruppen (Modell). Es wird darauf verwiesen, dass es sich auch nicht um eine Erhebung zur Ermittlung studentischer Kompetenzen handelt. Es liegen dazu verschiedene Ansätze und Instrumente vor: 1. Das (mit insgesamt 2.507 Fragebögen bei neun Hochschulen, 18 Fachbereichen und 28 beteiligten Studiengängen testtheoretisch geprüfte) Berliner Evaluationsinstrument (BevaKomp) misst den subjektiv eingeschätzten Kompetenzzuwachs (Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Präsentationskompetenz, Kommunikationskompetenz, Kooperationskompetenz, Personalkompetenz) von Studierenden in Folge eines Lehrveranstaltungsbesuchs mittels 29 Items (vgl. Braun et al. 2008). Die Entwicklung des Instrumentes wird als „erster Schritt in Richtung einer ergebnis- und kompetenzorientierten Lehrveranstaltungsevaluation verstanden“ (Braun et al. 2008: 40). 2. Das Instrument von Paechter et al. (2011) erfasst den Erwerb von Handlungskompetenzen in den vier Kompetenzklassen (Fachkompetenz, Methodenkompetenz, sozial-kommunikative und personale Kompetenz) bei Studierenden, wobei die (zusätzliche) Medienkompetenz sich an die vier Kompetenzklassen anschließt; dazu wurde ein Fragebogen für lehrendenzentrierte (z. B. Vorlesungen) mit 9 Items und interaktive Lehrveranstaltungen (z. B. Seminare) mit 16 Items entwickelt und testtheoretisch geprüft (vgl. Paechter et al. 2011). Zur Evaluation medienbasierter Lehre mittels der Einschätzung des Kompetenzerwerbs vgl. Paechter et al. (2007).

⁹⁰ Es werden teilweise fachübergreifende und teilweise fachspezifische Kompetenzen verwendet (wie z. B. Betriebswirtschaft), die dann mit den Studienfächern in Verbindung gebracht werden (können). Volkswirtschaft gibt es hinsichtlich der vermittelten Kompetenzen aber nicht als Studienfach im Diplomstudiengang Pflegemanagement.

Situation beschreiben sollte“ (Gerckens, Möller 2010: 11). Insgesamt konnten 33 Berichte ausgewertet werden (Rücklaufquote von 9,9 %).

Die Auswertung (Matrix mit zwölf Feldern) bezieht sich auf die vier Kategorien des Nutzens (Versorgungsebene, Mitarbeiterebene, Organisationsebene, Persönlichkeitsebene) auf der vertikalen Achse und auf die drei Kategorien des Einflusses des Studiums (Nutzen im Umgang mit Strukturen, Nutzen im Umgang Prozessen, Nutzen im Umgang mit Ergebnissen) auf der horizontalen Achse (vgl. Gerckens, Möller 2010: 16).⁹¹ Die Studienergebnisse werden dann entlang dieser Matrix mit ausgewählten Textpassagen aus den Berichten illustriert und dann quantitativ ausgezählt (insgesamt 188 Aussagen bzw. Textstellen zu den Kategorien).⁹²

- Als Ergebnis der qualitativen Auswertung wird genannt, „dass sich der Nutzen des Studiums in vier Kategorien niederschlägt. Die Kategorien wurden bezeichnet als Versorgungsebene, Mitarbeiterebene, Organisationsebene und Persönlichkeitsebene. Diese vier Kategorien lassen sich hinsichtlich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen differenzieren. Somit ergeben sich zwölf Anwendungsfelder, in denen der Studiengang Pflegemanagement Nutzen stiftet“ (Gerckens, Möller 2010: 28).
- Nach der quantitativen Auszählung der Textstellen wird der Nutzen des Studiums mit 44,7 % (N = 188) auf der Persönlichkeitsebene verortet (vertikal). In der Gesamtbewertung (horizontal) „über alle vier Ebenen hinweg betrachtet liegt der Nutzen des Studiums [...] überwiegend in der Prozessgestaltung (43,1 %)“ (Gerckens, Möller 2010: 29).

Fazit der Studie: „Mit einer pflegerischen Grundausbildung, häufig ergänzt um eine Fachweiterbildung, nehmen die Studierenden [...] ihr Studium parallel zur Tätigkeit im Berufsfeld Pflege auf. Sie kommen als erfahrene Praktiker an die Hochschule und besitzen zumeist Leitungserfahrungen in kleinen Teams, dieses häufig auf Wohnbereichs- oder Stationsebene. Während des Studiums setzen sie sich mit zusätzlichem Wissen, aktuellen Erkenntnissen, neuerlernten Methoden und innovativen Instrumenten auseinander. Sie erwerben Fach-, Methoden- und Selbstkompetenzen. Hieraus resultiert eine Entwicklung der Persönlichkeit, welche sich im beruflichen Wirkungsfeld niederschlägt. Dort setzen die Studierenden ihre Kenntnisse aus dem Studium auf Versorgungs-, Mitarbeiter- und Organisationsebene ein bzw. wen-

⁹¹ Beispielsweise meint Nutzen auf Mitarbeiterebene und Nutzen im Umgang mit Strukturen die Aspekte Personalauswahl bzw. Personalentwicklung oder Nutzen auf Organisationsebene und Nutzen im Umgang mit Prozessen den Aspekt Effizienzsteuerung (vgl. Gerckens, Möller 2010: 16). Unklar ist, wie die Kategorien gewonnen wurden (qualitativ bzw. induktiv aus dem Material heraus oder vorher theoretisch hergeleitet und dann deduktiv auf das Material bezogen).

⁹² Es fehlen in der Studie ein methodischer Hinweis auf das (qualitative) inhaltsanalytische Vorgehen und der Verweis auf das entsprechende Verfahren (vgl. Mayring 1990). Eine qualitative Inhaltsanalyse sollte bei biografisch geprägten Texten die individuellen (beruflichen) Hintergründe, die (persönlichen) Erfahrungen und die (organisatorischen) Einbindungen der Absolventen stärker berücksichtigen und mit entsprechenden Ansätzen und Verfahren der Textanalyse arbeiten – z. B. dem Ansatz der (objektiven) Hermeneutik oder dem der Psychologie der Textverarbeitung (vgl. zu den verschiedenen Ansätzen und Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse Mayring 1990: 24 ff., 42 ff.). Es hätte aber auch die Grounded Theory als induktives und offenes Verfahren angewendet werden können; dabei handelt es sich um „eine Auswertungstechnik zur Entwicklung und Überprüfung von Theorien, die eng am vorgefundenen Material arbeitet bzw. in den Daten verankert (grounded) ist. [...] Ziel einer Inhaltsanalyse nach der Grounded Theory ist die Identifikation der Kernkategorie oder Schlüsselkategorie des untersuchten Textes, die in ein hierarchisches Netz von Konstrukten (die Theorie) eingebettet ist“ (Bortz, Döring 2006: 332 f.).

den sie dort an. Sie wirken überwiegend in der Steuerung von pflegerischen Abläufen. Dies lässt sie zu professionellen Prozessgestaltern reifen, die aufgrund ihres Studiums das Berufsfeld Pflege nachweislich prägen.“ Die Absolventen des grundständigen Studienganges Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule „tragen in erheblichem Umfang zur Gestaltung der Versorgungsprozesse in Deutschlands Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten bei. Zugleich sind sie zentrale Akteure in der betrieblichen Personalentwicklung, die in der interpersonellen Dienstleitung Pflege eine herausragende Bedeutung besitzt. Schließlich gestalten die Absolventen Unternehmensprozesse, die zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Organisationen beitragen. Darüber hinaus wirkt sich das Studium auf die Reifung der Persönlichkeit aus, was wiederum Voraussetzung für erfolgreiche Leitungstätigkeit im Gesundheits- und Pflegebereich ist.“ Der Diplomstudiengang Pflegemanagement „bringt professionelle Prozessgestalter hervor“ (Gerckens, Möller 2010: 30 f.).

4.5 Resümee

Es werden neben den forschungsspezifischen Aspekten der Evaluation und der Darlegung des eigenen Evaluationsansatzes zentrale Ergebnisse der insgesamt acht bereits im Kontext der Hamburger Fern-Hochschule entstandenen (sechs interne, zwei publizierte) Studien bzw. Gutachten vorgestellt. Teilweise geben diese Expertisen nicht nur allgemeine Anregungen, sondern liefern auch konkrete Hinweise hinsichtlich der Bewertungskriterien (wie z. B. Studierbarkeit) für die vorliegende Evaluationsstudie.

5 Zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement

5.1 Einführung

„Reformanstrengungen zur akademischen Qualifizierung und Heranbildung einer beruflichen Elite [...] sind unabdingbar, um die strukturelle Krise in den Pflegeberufen zu beheben. Von gleicher Dringlichkeit ist es jedoch, kontinuierlich die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Kompetenz und das Selbstverständnis in den Pflegeberufen zu stärken, die Grundausbildungen zu qualifizieren und für alle Ebenen der Pflege Tätigkeit ein adäquates Fort- und Weiterbildungsangebot bereitzustellen“ (Robert Bosch Stiftung 1993: 47).

Kapitel 5.2 geht zunächst auf die grundständigen Studiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland ein – und stellt diese anhand der Studien- und Prüfungsordnungen vor.

Kapitel 5.3 bezieht sich auf den Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule. Kapitel 5.3.1 stellt zunächst die Hamburger Fern-Hochschule vor. Die Auseinandersetzung mit dem grundständigen Studiengang Pflegemanagement erfolgt dann auf zwei Ebenen: Kapitel 5.3.2 dokumentiert den Diplomstudiengang im Hinblick auf die konzeptionellen Aspekte, die strukturellen Merkmale und die didaktischen Prinzipien. Kapitel 5.3.3 evaluiert den grundständigen Studiengang Pflegemanagement auf der Basis der Bewertungskriterien (Studierbarkeit, Hausarbeitsthemen, Studierendenbefragung, Absolventenbefragung und Präsenzphase).

5.2 Diplomstudiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland

Seit den 1990er Jahren haben sich in Deutschland sowohl gesundheits- als auch pflegebezogene Studiengänge mit unterschiedlichen Studienrichtungen etabliert. Insbesondere mit der „Errichtung von Pflegestudiengängen an Fachhochschulen und Universitäten ist der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflegenden und der öffentlichen Wertschätzung der Pflege gelungen“ (Lohr, Landenberger 1994: 55).⁹³

Die von Lohr und Landenberger (1994) vorgelegte Synopse der Pflegestudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten in Deutschland systematisierte in einem ersten Zugriff die Studienprofile der Studiengänge Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegedienstleitung und Pflegewissenschaft. „Die [...] Pflegestudiengänge stellen einen entscheidenden Schritt zur disziplinären Eigenständigkeit der Pflege dar. Dem Zentralfach Pflegewissenschaft wird durchweg größte Bedeutung eingeräumt. [...] Außerdem erhalten die Grundlagenwissenschaften Philosophie, Ethik, Psychologie, Medizin, Pädagogik, Politik, Volkswirtschaft, Organisation und Recht den Stellenwert von Bezugsdisziplinen. [...] Ein unterschiedliches Profil weisen die [...] Pflegestudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten auf, was die Berufsfeldorientierung anbelangt.“ Die Studiengänge sind „stark auf stationäre Krankenpflege und das Krankenhaus als späteres Berufsfeld ausgerichtet. Nur wenige Studiengänge beziehen bisher gleichrangig die Altenpflege, die ambulanten Dienste sowie die Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung als späteres Praxisfeld ein“ (Lohr, Landenberger 1994: 67 f.).

Es werden die seit den 1990er Jahren bis zur Umstellung auf die neuen Studienstrukturen (Bachelor, Master) etablierten grundständigen Studiengänge zum Bereich Pflegemanagement in Deutschland auf der Basis der verfügbaren Studien- und Prüfungsordnungen hinsichtlich Studienziele, Studienkonzepte und Studienfächer (und teilweise Studieninhalte) überblicks-

⁹³ Nach Kälble wurden bis 1997 an 24 Fachhochschulen insgesamt 31 grundständige Pflegestudiengänge angeboten. 19 Diplomstudiengänge wurden unter der Bezeichnung Pflegemanagement bzw. Pflegedienstleitung subsumiert – die übrigen Studiengänge unter Pflege, Krankenpflege oder Pflegewissenschaft. Darüber hinaus wurden zwölf gesundheitsbezogene Studiengänge an Fachhochschulen ermöglicht (vier Aufbau-, fünf Zusatz- und drei Ergänzungsstudiengänge) – wie z. B. Management im Gesundheitswesen, Gesundheits- und Dienstleistungsmanagement oder Gesundheitspädagogik. Weiterhin gab es 22 Kontakt- und Weiterbildungsstudiengänge an Fachhochschulen (z. B. Krankenhaus- und Sozialmanagement oder Pflegedienstleitung im Krankenhaus). „Der Bereich der Aufbau-, Ergänzungs- und Zusatzstudiengänge ist noch vergleichsweise gering ausgebaut, Weiterbildungsangebote im Kontaktstudium gibt es häufiger“ (Kälble 1997: 110). Die Studie von Kälble und von Troschke weist für das Jahr 1998 im Fernstudienbereich insgesamt neun gesundheitsbezogene Studienangebote aus (Angewandte Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspädagogik, Krankenhaus- und Sozialmanagement, Pflege, Psychologische Gesundheitsförderung für Krankenpflegepersonal, Medizinpädagogik/Pflegepädagogik und Vernetzung in der Pflege); davon wurden die beiden grundständigen Studiengänge Krankenhaus- und Sozialmanagement und Pflege an zwei Fachhochschulen und der Studiengang Medizinpädagogik/Pflegepädagogik an einer Universität angeboten (vgl. Kälble, von Troschke 1998; 1997). Vgl. zu den Studienmöglichkeiten und Studienangeboten an Fachhochschulen und Universitäten die Studienführer von Krause (1996) und Betzel et al. (1996) sowie die in der Pflegezeitschrift vorgestellten Pflegestudiengänge in Deutschland (mit Beiträgen von Beier 1996; Brünz, Rheinwald 1996; Gerster 1996a – c; Bokeloh 1996a – 1999), zu den Studienfächern und Studieninhalten einzelner Studiengänge bei Robert Bosch Stiftung (1993: 129 ff.), Bundesanstalt für Arbeit (1996: 20 ff.) oder Lipowsky (1998: 9 ff.) und zum Vergleich der Studiengänge im Hinblick auf die Qualifizierung von Führungskräften in der Pflege den Beitrag von Frerichs (1995).

tig vorgestellt (N = 29). Die grundständigen Studiengänge (z. B. Pflegedienstleitung, Pflegemanagement, Pflege oder Pflege und Gesundheit) als Präsenzstudium oder als Fernstudium an Hochschulen sind konzeptionell bzw. curricular sehr heterogen und vielfältig strukturiert; sie weisen ganz verschiedene Studienfächer und Studieninhalte mit unterschiedlicher Gewichtung auf (und sind deshalb nicht unmittelbar in einer quantitativen Analyse miteinander vergleichbar).

Die Diplomstudiengänge können gruppiert werden – es wird folgende Systematik vorgeschlagen (Abbildung 5-1). Zunächst können die Studiengänge nach eher managementbezogenen Orientierungen (Gruppe I) oder eher pflegebezogenen Orientierungen (Gruppe II) gegliedert werden:

- Die managementbezogenen Studiengänge (N = 21) lassen sich wiederum unterteilen in Studiengänge mit einer bereichsspezifischen Perspektive (n = 17) wie z. B. die grundständigen Studiengänge Pflegemanagement (beispielsweise mit vertiefenden Studienschwerpunkten oder Wahlpflichtfächern), mit einer bereichsübergreifenden Perspektive (n = 3) wie z. B. die Diplomstudiengänge Pflege- und Gesundheitsmanagement bzw. Krankenhaus- und Sozialmanagement (beispielsweise mit Studienrichtungen zum Pflegemanagement) oder mit einer berufsspezifischen Perspektive (n = 1) wie z. B. der grundständige Studiengang Krankenpflegemanagement (beispielsweise mit einem Wahlpflichtfach Management im Sozial- und Gesundheitswesen).
- Die pflegebezogenen Studiengänge (N = 8) lassen sich ebenfalls unterteilen in Studiengänge mit einer bereichsspezifischen Perspektive (n = 2) wie z. B. der grundständige Studiengang Pflege (beispielsweise mit einer spezifischen Vertiefungsrichtung zum Pflegemanagement), mit einer bereichsübergreifenden Perspektive (n = 5) wie z. B. die Diplomstudiengänge Pflege oder Pflege und Gesundheit (beispielsweise mit übergreifenden Vertiefungsrichtungen oder Studienfächern zum Management oder Management im Gesundheitswesen bzw. Pflege- und Gesundheitsmanagement) oder mit einer berufsspezifischen Perspektive (n = 1) wie z. B. der grundständige Studiengang Krankenpflege (beispielsweise mit wirtschaftlich orientierten Studienfächern).

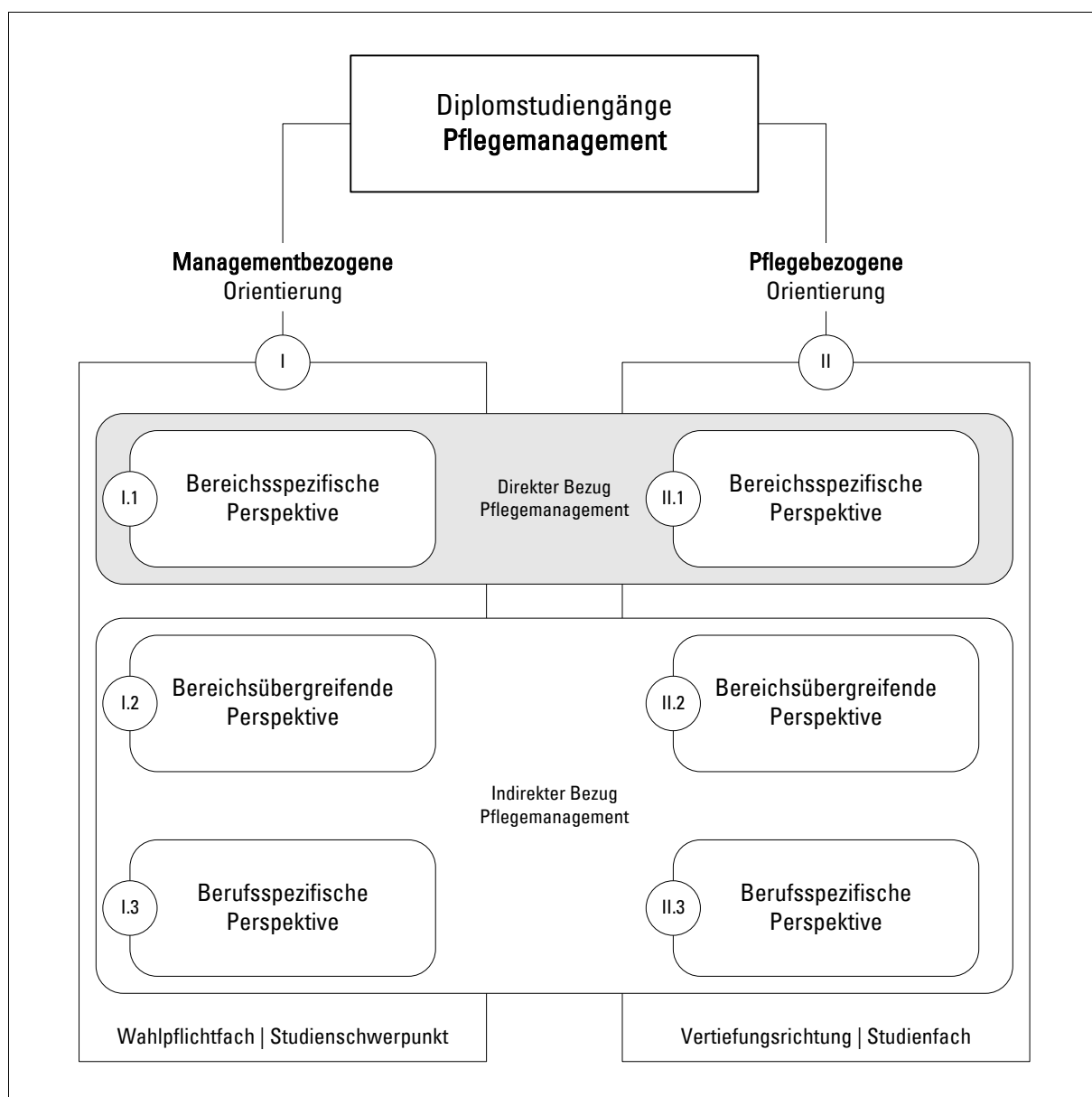


Abbildung 5-1: Diplomstudiengänge zum Pflegemanagement in Deutschland – Systematik (eigene Darstellung)

Die grundständigen Studiengänge in der Gruppe I.1 und II.1 weisen einen eher direkten (im Studienkonzept durchgängigen) Bezug zum Pflegemanagement auf, die Studiengänge in der Gruppe I.2 – I.3 und II.2 – II.3 haben eher einen indirekten (im Studienkonzept punktuellen) Bezug zum Pflegemanagement.

5.2.1 Managementorientierte Diplomstudiengänge

5.2.1.1 Zu den bereichsspezifischen Studiengängen

1 | Leitlinien des seit 1994 angebotenen grundständigen Studienganges Pflege/Pflegemanagement an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Alice Salomon (Berlin) sind „neben der Vermittlung von Handlungskompetenz für Leitende in der Pflege in ambulanten oder stationären Einrichtungen vor allem die Vermittlung des Verständnisses von Pflege als Beziehungshandeln, eine generelle sozialwissenschaftliche Ausrichtung des Studi-

engangs, die interdisziplinäre Verbindung und Praxisorientierung der Angebote sowie das forschungsorientierte Lernen im Studium“ (Hoefert et al. 1993: 2).

„Ziel des Studiums ist es, den Studierenden durch berufsfeldorientierte Lehre und Studium eine umfassend angelegte und wissenschaftliche Qualifikation als Grundlage für die Berufsausübung in leitenden Tätigkeiten von Pflegeberufen in stationären und ambulanten Einrichtungen zu vermitteln. Das Studium soll die Studierenden insbesondere befähigen, [...] die aufgrund verschiedener rechtlicher Vorschriften leitenden Pflegekräften übertragenen Aufgaben selbständig, eigenverantwortlich und kompetent wahrzunehmen; problemorientiert und disziplinübergreifend die sozialwissenschaftlichen, die rechtlichen ebenso wie die betriebswirtschaftlichen und medizinischen Wissensgebiete verknüpfend, in Solidarität und Toleranz anderen gegenüber zu arbeiten“ (SO FHAS Berlin 2004: 1).

Das achtsemestrige Studium (drei Semester im Grundstudium, fünf Semester im Hauptstudium) weist insgesamt 146 Semesterwochenstunden auf.⁹⁴ „Das Grundstudium dient der Vermittlung wissenschaftlicher Grundkenntnisse und Methoden mit Bezug auf Pflege und Entwicklungen, Zielsetzungen und Arbeitsformen in den Berufsfeldern leitender Pflegekräfte [...]. Das Hauptstudium dient dem Erwerb von Handlungskompetenzen und vertieften Kenntnissen entsprechend dem Prinzip des exemplarischen Lernens in einem von den Studierenden gewählten Schwerpunktbereich. Das Hauptstudium ist als Projektstudium konzipiert. Die Wahl eines Schwerpunktbereichs (Projekt) ist obligatorisch. Hier sollen Probleme und Fragestellungen aus den verschiedenen Bereichen der Leitung und Pflege themenspezifisch verdichtet, im Kontext des bereits erarbeiteten Wissens vertieft, mit innovativen Orientierungen oder ersten forschungsbezogenen Problemstellungen verbunden“ werden (SO FHAS Berlin 2004: 2).

Die Studienfächer sowohl des Grundstudiums als auch des Hauptstudiums sind (vgl. SO FHAS Berlin 2004: 3): Pflege (mit insgesamt 22 SWS); Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie (mit insgesamt 16 SWS); Pflege- und Sozialmanagement (mit insgesamt 17 SWS); Recht (mit insgesamt 12 SWS); Empirische Pflegeforschung (mit insgesamt 12 SWS); Psychologie (mit insgesamt 10 SWS); Sozialmedizin bzw. Epidemiologie (nur im Grundstudium mit insgesamt 4 SWS); Soziologie bzw. Medizinsoziologie (nur im Grundstudium mit insgesamt 4 SWS); Wahlfächer (nur im Hauptstudium mit insgesamt 12 SWS); Sozial- und Gesundheitspolitik (nur im Grundstudium mit insgesamt 5 SWS) und Projektseminare (nur im Hauptstudium mit 23 bzw. 33 SWS).

„Im Vordergrund des Grundstudiums steht die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Pflege und Betriebswirtschaft. Die weiteren Fächer werden vor allem auch in ihrem fachspezifischen Beitrag zur Pflege als medizinischem und psychosozialen Beruf und im Hinblick

⁹⁴ Es werden nachfolgend die gesamten Semesterwochenstunden nach den Studien- und Prüfungsordnungen angegeben. Darüber hinaus werden nicht alle Studienfächer oder -inhalte genannt und mit den Semesterwochenstunden ausgewiesen (z. B. zum Wissenschaftlichen Arbeiten). Insofern ergibt die Addition der hier angegebenen Semesterwochenstunden nicht den Gesamtumfang des Studiums.

auf Managementaufgaben in gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen einbezogen“ (Hoefert et al. 1993: 3). Im Mittelpunkt des Hauptstudiums steht das Studienprojekt. „Es greift relevante Frage- oder Problemstellungen pflegerischer Praxis oder Theorie auf, formuliert diese als Programm zur Bearbeitung und Vermittlung und stellt den innovativen praxis- oder forschungsorientierten Gehalt der Problemlösung als Arbeitsziel heraus“ (Hoefert et al. 1993: 4).

2 | Der grundständige Studiengang Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin (Angebot besteht seit 1994) bereitet „durch anwendungsbezogene Lehre auf wissenschaftlicher Grundlage und durch Förderung von praxisbezogenen Forschungs- und Entwicklungsaufgaben auf ein wissenschaftlich fundiertes, interdisziplinär methodisch vernetztes Handeln in herausgehobenen Fach- und Leitungsfunktionen der Pflege vor. Ziel des Studiengangs ist die Befähigung zur selbstständigen Anwendung wissenschaftlicher, praxisnaher Methoden und Erkenntnisse sowie zu eigenständiger wissenschaftlicher Arbeit im Bereich des Pflegemanagements. [...] Die Studierenden werden [...] befähigt, die gesicherten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zu analysieren und problemorientiert bei der Lösung praxisrelevanter Fälle anzuwenden; betriebswirtschaftlich vertretbare Optimierungsentscheidungen zur Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung in ambulanten und stationären Dienstleistungsbetrieben des Gesundheits- und Sozialsystems verantwortlich zu treffen; ihrer zukünftigen Managementverantwortung im Sinne einer mitarbeiterorientierten Führung gerecht zu werden und ein gezieltes Qualitätsmanagement [...] zu implementieren und kontinuierlich zu begleiten; [...] das Spannungsverhältnis zwischen humanitären [...] Zielen einerseits sowie die marktorientierten Leistungsanforderungen und Kostenvorgaben andererseits zu problematisieren und konstruktiv zu bearbeiten; die ökonomischen, rechtlichen und menschlichen Auswirkungen von Managemententscheidungen in der Pflege auf das gesamtgesellschaftliche Gesundheits- und Sozialsystem zu erkennen und die Erkenntnisse angemessen zu berücksichtigen“ (SO EFH Berlin 1998: 2 f.).

Die Studienordnung von 1994 nennt für den Studiengang 142 Semesterwochenstunden (Grundstudium mit 88 SWS, Hauptstudium mit 54 SWS). Das Studium umfasst hinsichtlich der Studienstruktur im Grundstudium drei Fachdisziplinen (Pflege, Pflegeethik und Pflegewissenschaft) und vier Studienbereiche (Staat, Recht und Verwaltung; Organisation und Wirtschaft; Gesundheits- und Sozialwesen; Mensch und Lebenswelt) sowie zwei Methodenseminare (Psychosoziale Kompetenz, Managementkompetenz). Das Hauptstudium umfasst die drei Fachdisziplinen aus dem Grundstudium, drei Studienschwerpunkte (Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen, Pflegemanagement, Struktur- und Steuerungsprobleme des Gesundheitssystems), zwei Methodenseminare (Supervision, Managementkompetenz) und das Projekt (vgl. Evangelische Fachhochschule Berlin 1994: 5 ff.). Im Hinblick auf das Methodenseminar Managementkompetenz sollen die Studierenden sich „Wissen über berufspraktische Managementstrategien“ erarbeiten und „deren Bedeutung und Beitrag bei der Bewältigung des berufspraktischen Alltags“ problematisieren. „Sie erwerben im Bereich von Rhetorik, Präsentation und Zeitmanagement Verfahrenkenntnisse und Handlungsfertigkeiten. Sie sind vertraut mit den Aspekten von Projektorganisation und Projektmanagement“ (Evangelische

sche Fachhochschule Berlin 1994: 11). Hierzu gehören beispielsweise noch die Lehrinhalte Leiten und Führen von sozialen Organisationen, Grundprinzipien ganzheitlicher Führung, Organisationsentwicklung oder Personalentwicklung (vgl. Evangelische Fachhochschule Berlin 1994: 27, 29, 33). Im Studienschwerpunkt Pflegemanagement erarbeiten die Studierenden „in Theorie und Praxis die Handlungsanforderungen, die an die Pflege in den Führungs- und Leitungsebenen des Gesundheits- und Sozialsystems gestellt werden. Sie vertiefen ihre Kenntnisse, Einstellungen und Handlungsfähigkeiten in den beiden zentralen Bereichen des Managements: dem Personal- und dem Finanz- und Investitionsmanagement“ (Evangelische Fachhochschule Berlin 1994: 12). Hierzu gehören die Lehrinhalte Krankenhausgesetze, Krankenhausträger bzw. Krankenhausleitung (z. B. Kompetenzen und Funktionen der Pflegedienstleitung), Modelle der Krankenhausleitung, Funktionsbereiche der Führungskräfte im Krankenhauswesen, Pflegemanagement auf verschiedenen Hierarchieebenen des Gesundheitswesens, Betriebliche Aufgabenstellung des Pflegemanagements, Strategieentwicklung (mit Marketing) bzw. Organisationsentwicklung, Personalmanagement (mit Controlling) und Strukturkonflikte des Pflegemanagements (vgl. Evangelische Fachhochschule Berlin 1994: 32 f.).

Das Studium beträgt nach der Studienordnung von 1998 acht Semester (vier Semester im Grundstudium, vier Semester im Hauptstudium) und umfasst insgesamt 140 Semesterwochenstunden.

- Im Grundstudium „erarbeiten sich die Studierenden das für eine systematische Bestimmung und Analyse von Pflegekonzeptionen und Pflegepraxis erforderliche Wissen“ (SO EFH Berlin 1998: 5). Es werden dazu die fünf Studienbereiche Pflegewissenschaft, Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen, Pflegemanagement bzw. Qualitätsmanagement, Recht und Sozialwissenschaften bzw. Sozialmedizin angeboten. Im Studienbereich Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen werden den Studierenden die notwendigen betriebswirtschaftlichen Kenntnisse vermittelt, die „sie in der Pflegemanagementpraxis zu angemessenen Führungsentscheidungen befähigt“ (SO EFH Berlin 1998: 5). Im Studienbereich Pflegemanagement bzw. Qualitätsmanagement werden einerseits die Grundlagen sowohl der mitarbeiterorientierten Führung als auch des Qualitätsmanagements (Modelle, Methoden) vermittelt und andererseits sollen die Studierenden Instrumente zur Gestaltung des pflegerischen Leistungsprozesses effektiv einsetzen können (vgl. SO EFH Berlin 1998: 5).
- Im Hauptstudium bereiten sich die Studierenden „auf ein methodisch begründetes und wissenschaftlich fundiertes berufliches Handeln vor. Sie lernen die verschiedenen Problemdimensionen und Handlungsanforderungen der künftigen Berufspraxis zu benennen und hierauf bezogene komplexe Handlungsstrategien zu entwickeln und zu erproben“ (SO EFH Berlin 1998: 6). Es werden dazu vier Studienbereiche angeboten:
 - Pflegewissenschaft
 - Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen
 - Pflegemanagement bzw. Qualitätsmanagement
 - Recht

Im Studienbereich Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen werden beispielsweise Strukturmerkmale und Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens

analysiert. Im Studienbereich Pflegemanagement bzw. Qualitätsmanagement lernen die Studierenden, Qualitätsmanagementprojekte effektiv zu implementieren und kontinuierlich zu begleiten, Mitarbeitergespräche zu führen sowie Schnittstellenprobleme erfolgreich zu bewältigen (vgl. SO EFH Berlin 1998: 6). Darüber hinaus findet im Hauptstudium die Forschungsprojektphase statt. Hier lernen die Studierenden, „eine Fragestellung aus Theorie, Praxis oder Forschung des Berufsfeldes Pflegemanagement zu formulieren und unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden zu bearbeiten“ (SO EFH Berlin 1998: 7).

3 | Der achtsemestrige Diplomstudiengang Pflegemanagement (seit 1995) an der Evangelischen Fachhochschule Hannover umfasst insgesamt 138 Semesterwochenstunden. „Durch das Studium werden Pflegenden für Leitungsfunktionen in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens qualifiziert. Anknüpfend an das grundlegende pflegerische Wissen, welches in der Berufsausbildung und Berufspraxis erworben wurde, vermittelt der Studiengang Orientierungs- und Handlungskompetenzen für die Tätigkeitsfelder in der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, der Betriebswirtschaft und der Personalführung“ (SO EFH Hannover 1999: 278). Grund- und Hauptstudium unterscheiden sich didaktisch dadurch, dass „das Grundstudium relevante Grundlagen aus den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen vermittelt und das Hauptstudium daraus die berufsfeldspezifischen Perspektiven entwickelt. Der didaktische Ansatz respektiert die Herkunft der Inhalte aus den zugrundeliegenden Fächern. Er verlangt aber als didaktisches Prinzip die Integration von Fachinhalten unter eine interdisziplinäre Problemstellung“ (Hüper, Terbuyken 1998: 2).

Das Studium gliedert sich in vier fächerübergreifende Lernbereiche (vgl. SO EFH Hannover 1999: 279 ff.):

- Lernbereich 1 im Grundstudium (mit 16 SWS) bezieht sich auf das Thema Personenbezogene Voraussetzungen pflegerischen Handelns mit dem Fachbezug Pflegewissenschaft, Psychologie, Pädagogik und Anthropologie. Die inhaltlichen Themenschwerpunkte sind hier beispielsweise Handeln und Erleben, Sozialisation, Identitätsentwicklung oder Normalität und Abweichung. Lernbereich 1 im Hauptstudium (mit 12 SWS) bezieht sich auf die Personenbezogenen Voraussetzungen systematischen Pflegehandelns mit dem Fachbezug Pflegewissenschaft, Psychologie und Soziologie. Dazu gehören inhaltlich die Themenschwerpunkte Kritische Lebensereignisse, Berufliche Professionalität, Pflege als Dienstleistung oder Pflege-theorien und Pflegekonzepte.
- Lernbereich 2 im Grundstudium (mit 16 SWS) wird als Strukturelle Bedingungen pflegerischen Handelns bezeichnet (mit dem Fachbezug Pflegewissenschaft, Soziologie, Psychologie, Politologie). Die inhaltlichen Themenschwerpunkte sind Lebenswelt und Lebenslage, Finanzierungssysteme, Leitungsmodelle, Kommunikationsstrukturen und Betriebsstrukturen. Im Hauptstudium bezieht sich der Lernbereich 2 (mit 14 SWS) auf die Strukturen des Gesundheitswesens (mit dem Fachbezug Soziologie, Volkswirtschaftslehre, Betriebswirtschaftslehre, Recht, Politologie). Hier werden beispielsweise die Themen Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Gesundheitsdienste als Unternehmen oder Rechnungswesen genannt.

- Lernbereich 3 im Grundstudium (Grundlagen methodischen Handelns) mit 17 SWS geht thematisch beispielsweise auf die Wissenschaftstheorie, Forschungsmethoden, das Planen und Organisieren oder auf Dokumentationssysteme ein (Pflgewissenschaft, Pädagogik, Ethik und Soziologie). Im Lernbereich 3 im Hauptstudium (Handlungsstrategien und Praxismodelle der Pflege) mit 15 SWS werden schwerpunktmäßig beispielsweise die Themen Arbeitsfeldanalyse, Controlling, Supervision oder Pflegeforschung im Hinblick auf die Interaktions- oder Beratungskompetenz vermittelt.
- Im Lernbereich 4 des Grundstudiums (Alltags- und studienorientierte Reflexion und Selbsterfahrung) mit 17 SWS geht es thematisch um Analyse und Reflexion, Selbsterfahrung in der Gruppe und um Gesundheitsverhalten. Im Lernbereich 4 des Hauptstudiums (Handlungserprobung in pflegerischen Praxisfeldern des Gesundheitswesens) mit 13 SWS werden thematisch Leitungsstrukturen analysiert und Kommunikationswege rekonstruiert sowie Pflgeteams begleitet und stabilisiert. Sowohl im Grund- als auch im Hauptstudium geht es um eine fächerübergreifende und problembezogene Anwendung.

Im Grundstudium ist aus den drei Wahlpflichtfächern (Sozial- und Gesundheitspolitik, Gesundheitswissenschaften, Fachenglisch) ein Fach auszuwählen (mit 2 SWS). Im Hauptstudium ist aus den zwei Wahlpflichtfächern (Wissenschaftlicher Vertiefungsbereich, Pflgewissenschaften im Praxisfeld – ambulante oder stationäre Versorgung) ein Fach zu belegen (mit 2 SWS). Neben den vier Lernbereichen gibt es regionale Arbeitsgruppen, die den Lernprozess im Studium begleiten und vertiefen. Im Grundstudium wird diesbezüglich eine „Arbeitsplatzanalyse des jeweiligen Arbeitsbereichs der Studierenden“ entwickelt. Im Hauptstudium werden „schwerpunktmäßig Methoden kollegialer Supervision erarbeitet“ (SO EFH Hannover 1999: 282). Darüber hinaus ist ein Praxisprojekt obligatorisch (mit 14 SWS). Dabei sollen die Studierenden zeigen, „dass sie Studieninhalte und berufliche Praxis aufeinander beziehen können. Sie entwickeln auf der Basis der im Grundstudium erstellten Arbeitsplatzanalyse eine organisationsbezogene Intervention oder eine fokussierte, empirisch bearbeitbare Forschungsfrage, führen dies durch und dokumentieren Prozess und Ergebnis“ (SO EFH Hannover 1999: 282).

4 | Der achtsemestrige Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster besteht seit 1994 und umfasst 132 Semesterwochenstunden (bei einem fünfsemestrigen Grundstudium und einem dreisemestrigen Hauptstudium) (vgl. Bock-Rosenthal 1999a – b).

Das Studium soll nach der Prüfungsordnung von 1995 „auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere die anwendungsbezogenen Inhalte des Studienfaches vermitteln und dazu befähigen, Methoden der Pflgewissenschaft, der Personalwirtschaft und der Betriebswirtschaftslehre für praxisgerechte Problemlösungen einzusetzen und dabei auch außerfachliche Bezüge zu beachten.

Das Studium soll auch die kommunikativen und schöpferischen Fähigkeiten der Studierenden entwickeln“ (PO FH Münster 1995: 352).⁹⁵

- Im Grundstudium ist in den Studienfächern Rechtswissenschaft, Soziologie, Psychologie, Medizin, Betriebswirtschaftslehre, Pflegewissenschaft und Personalwirtschaft je eine Fachprüfung abzulegen. Darüber hinaus sind Leistungsnachweise in den Lehrveranstaltungen Mathematik bzw. Statistik und EDV und im Studienfach Pflegewissenschaft (Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland, Ethik im Gesundheitswesen) zu erbringen (vgl. PO FH Münster 1995: 355 ff.)
- Im Hauptstudium ist im gewählten Studienschwerpunkt Krankenhaus in den beiden Fächern Pflegemanagement im Bereich Krankenhaus (I) bzw. Pflegemanagement im Bereich Krankenhaus (II) je eine Fachprüfung oder ist im gewählten Studienschwerpunkt Ambulante Dienste in den beiden Fächern Pflegemanagement im Bereich Ambulante Dienste (I) bzw. Pflegemanagement im Bereich Ambulante Dienste (II) je eine Fachprüfung oder ist im gewählten Studienschwerpunkt Altenpflegeeinrichtungen in den beiden Fächern Pflegemanagement im Bereich Altenpflegeeinrichtungen (I) bzw. Pflegemanagement im Bereich Altenpflegeeinrichtungen (II) je eine Fachprüfung abzulegen. Das Praxissemester ist integraler Bestandteil des Studienganges und wird zu Beginn des Hauptstudiums absolviert (vgl. PO FH Münster 1995: 355 ff.).

Nach der Prüfungsordnung von 2001 ist im Grundstudium in den Fächern Recht, Soziologie, Public Health, Betriebswirtschaftslehre, Pflegewissenschaft und Personalwirtschaft eine Fachprüfung sowie in den Fächern Psychologie und Empirie bzw. Statistik eine integrierte Fachprüfung abzulegen. Leistungsnachweise sind im Fach Betriebswirtschaftslehre zu den Lehrveranstaltungen Finanzmathematik und Gesundheitsökonomie sowie im Fach Empirie bzw. Statistik zur Lehrveranstaltung Beschreibende Statistik zu erbringen. Ergänzend ist ein Leistungsnachweis im Fach EDV vorzulegen (vgl. PO FH Münster 2001: 15 ff., 25). Im Hauptstudium werden die beiden Schwerpunkte Führung und Leitung (I), Beratung und Organisationsentwicklung (II) „interdisziplinär mit dem Ziel einer generalistischen Pflegemanagementausbildung angeboten“ (PO FH Münster 2001: 18). Das Praxissemester soll die Studierenden an die berufliche Tätigkeit von Pflegemanagern „durch konkrete Aufgabenstellungen und einschlägige praktische Mitarbeit in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ heranführen (PO FH Münster 2001: 17). Die Studierenden haben diesbezüglich eine schriftliche Praxisarbeit anzufertigen und bei der entsprechenden Lehrveranstaltung (Auswertung des Praxissemesters) eine Präsentation zu absolvieren. Im Projektsemester ist ein Leistungsnachweis in Form einer Projektarbeit oder Präsentation und eine Fachprüfung ist noch im Studienfach Qualitätsmanagement zu erbringen (vgl. PO FH Münster 2001: 18, 25).

⁹⁵ Recherchen, Expertengespräche und Interviews mit Pflegedienstleitungen in verschiedenen Regionen in Nordrhein-Westfalen „haben einen überaus hohen Anteil an Personalverwaltungs- und Führungsaufgaben am Gesamtspektrum alltäglicher Berufsansforderungen“ ergeben. Daneben ist aber auch deutlich geworden, dass „Leitungskräfte im gesamten pflegerischen Arbeitsspektrum solide betriebswirtschaftliche Kenntnisse brauchen.“ Allerdings soll eine „einseitige Ausrichtung des Pflegemanagements an der klassischen Betriebswirtschaft in Münster vermieden werden. Arbeitsrechtliche Grundlagen, personalwirtschaftliche Kenntnisse und Qualifikationen sowie auch sozialwissenschaftliche Hintergründe zum gesamten Komplex des Führens und Kooperierens sollten ein eigenes Gewicht neben der pflegerischen und der betriebswirtschaftlichen Säule des Studienganges erhalten“ (Gerster 1996a: 217).

5 | Die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (Fachbereich Gesundheitswesen) bietet seit 1994 den achtsemestrigen Diplomstudiengang Pflegemanagement im Umfang von 139 Semesterwochenstunden an.

Das Studium „soll durch theoretische und fachpraktische Studienelemente für pflegebezogene Leitungsaufgaben in Krankenhäusern, Alteneinrichtungen oder ambulanten Diensten qualifizieren.“ Die Studierenden sollen dabei „fachliche Kompetenz, Berufsethos, kommunikativ-soziale und organisatorische Fähigkeiten erwerben, die für die Ausübung von Leitungsfunktionen im Pflegebereich erforderlich sind. [...] Besonderer Wert wird [...] auf betriebswirtschaftliche und organisationsbezogene Studieninhalte gelegt. In den drei zentralen Fächern Pflege- und Sozialmanagement, Pflegewissenschaft und Betriebswirtschaftslehre soll eine Integration der komplexen und mehrdimensionalen Studieninhalte vor dem Hintergrund der reflektierten Berufspraxis der Studierenden sichergestellt werden“ (SO KFH NRW 1999: 4).

- Das viersemestrige Grundstudium (mit 90 SWS) umfasst die Fächer Pflege- und Sozialmanagement (Einführung in das Pflege- und Sozialmanagement, Strukturen und Instrumente des Personalmanagements, Mitarbeiterführung als strukturelles und individuelles Handeln, Grundlagen der Organisation) mit 8 SWS, Pflegewissenschaft mit 8 SWS, Betriebswirtschaftslehre (z. B. Unternehmen im Markt, Betrieblicher Produktionsprozess, Beschaffung und Lagerhaltung, Investition und Finanzierung) mit 8 SWS, Medizin mit 6 SWS, Psychologie mit 6 SWS, Rechtswissenschaft mit 8 SWS, Theologie mit 6 SWS, Pädagogik mit 4 SWS, Organisation des Pflegedienstes (Strukturen und Organisation des Pflegedienstes, Personalplanung im Pflegedienst, Pflege als Bezugsgruppe im öffentlichen Gesundheitssystem, Einsatz von EDV im Pflegedienst) mit 3 SWS, Gesundheits- und Sozialpolitik mit 4 SWS, Gesundheits- und Sozialforschung mit 6 SWS sowie EDV mit 2 SWS. Während des Grundstudiums sind eine Projektarbeit (mit 4 SWS) und ein Seminar bzw. eine Übung (mit 2 SWS) zu belegen (vgl. SO KFH NRW 1999: 7, 11, 13 ff.).
- Das viersemestrige Hauptstudium (mit 49 SWS) besteht aus dem integrierten Praxissemester (mit Vorbereitung, Begleitung, Auswertung und Supervision) im Umfang von 4 SWS und den Fächern Pflege- und Sozialmanagement (Theorie und Praxis der Steuerung von Organisationen der Gesundheits- und Altenhilfe, Leitung und Führung als Managementkonzept und Alltagshandeln) mit 4 SWS; Pflegewissenschaft mit 6 SWS; Betriebswirtschaftslehre (z. B. Organisationsentwicklung und Innovationsmanagement, Spezielle Betriebswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie) mit 4 SWS; Medizin mit 4 SWS; Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (z. B. Gestaltung von Arbeitstätigkeiten, Arbeitsbelastung und Stress, Fehlzeiten und Fluktuation aus psychologischer Sicht, Konfliktmanagement in Organisationen, Gesprächsführung als situatives Handeln) mit 4 SWS; Rechtswissenschaft mit 4 SWS sowie Organisation des Pflegedienstes (Budget des Pflegedienstes, Pflegerische Qualitätssicherung, Marketing für den Pflegebereich) mit 4 SWS. Darüber hinaus werden im Hauptstudium vertiefende Wahlpflichtveranstaltungen (mit 8 SWS) für die Arbeitsfelder Krankenhaus, Altenhilfe und ambulante Dienste angeboten – es ist ein Arbeitsfeld auszuwählen. Ergänzend sind von den Studierenden zusätzliche Lehrveranstaltungen zu aktuellen Themen im Umfang von 16 SWS zu belegen (vgl. SO KFH NRW 1999: 7, 12, 16 ff.).

6 | Die Evangelische Fachhochschule Nürnberg bietet seit 1996 den Diplomstudiengang Pflegemanagement an. Der Studiengang „bereitet durch anwendungsbezogene Lehre auf wissenschaftlicher Grundlage und durch Förderung von praxisbezogenen Forschungs- und Entwicklungsaufgaben auf wissenschaftlich fundiertes, methodisches Handeln in herausgehobenen Fach- und Leitungsfunktionen der Pflege und des Gesundheitswesens vor. Ziel des Diplomstudiengangs Pflegemanagement ist die Befähigung zu selbständigem beruflichen Handeln [...] in leitenden und verantwortlichen Positionen und Funktionen im Bereich Pflege (z. B. Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege, Rehabilitation, Gesundheitsförderung)“ (SPO EFH Nürnberg 2001: 641).

Das Grundstudium umfasst drei theoretische Semester, das Hauptstudium zwei praktische und drei theoretische Semester. Grund- und Hauptstudium sind jeweils in die drei Studienbereiche Allgemeine Grundlagen der Pflege, Bezugswissenschaftliche Grundlagen des Pflegemanagements und Pflegerisches Handeln bzw. Pflegemanagement gegliedert. Im Hauptstudium werden die drei Studienschwerpunkte Management von stationären Einrichtungen der Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege, Management von Altenhilfesystemen und Gesundheitsförderung bzw. Public Health angeboten (vgl. SPO EFH Nürnberg 2001: 641 f.).

- Zum Grundstudium: Der Studienbereich 1 (Allgemeine Grundlagen der Pflege) umfasst beispielsweise die Fächer Geschichte der Pflege, Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen oder Theorien der Pflege) im Umfang von 16 SWS. Im Studienbereich 2 (Bezugswissenschaftliche Grundlagen des Pflegemanagements) werden im Umfang von 22 SWS beispielsweise die Fächer Grundzüge der Wirtschaftswissenschaften, Medizin, Psychologie, Soziologie oder Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen der Pflege unterrichtet. Der Studienbereich 3 (Pflegerisches Handeln bzw. Pflegemanagement) umfasst die vier Fächer Personalmanagement, Handlungslehre der Pflege, Finanzmanagement und Qualitätsmanagement (mit 22 SWS). Hinzu kommen noch EDV, Wissenschaftliches Arbeiten und Allgemeinwissenschaftliches Wahlpflichtfach (mit jeweils 2 SWS) (vgl. SPO EFH Nürnberg 2001: 645).
- Zum Hauptstudium: Im Rahmen der theoretischen Semester sind im Studienbereich 1 im Umfang von 8 SWS beispielsweise die Fächer Werte und Normen bzw. Ethik in der Pflege oder Berufliche Pflege und Gesellschaft abzuleisten. Der Studienbereich 2 umfasst die zu absolvierenden Fächer Pflegewissenschaftliche Grundlagen, Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen der Pflege im Umfang von 10 SWS. Im Studienbereich 3 sind alle vier Fächer (wie im Grundstudium) im Umfang von 22 SWS zu belegen. Hinzu kommen im Hauptstudium noch Praxisreflexion, EDV, Wissenschaftliches Arbeiten und das fachwissenschaftliche Wahlpflichtfach (mit jeweils 2 SWS) sowie das allgemeinwissenschaftliche Wahlpflichtfach (mit 4 SWS) und der Studienschwerpunkt (mit 12 SWS) (vgl. SPO EFH Nürnberg 2001: 646 f.).

7 | Der grundständige Studiengang Pflegemanagement (mit 148 zu absolvierenden Semesterwochenstunden) an der Katholischen Fachhochschule Mainz (Fachbereich Pflege) besteht seit 1992 und soll „durch theoretische und fachpraktische Ausbildung auf Leistungsfunktionen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen [...] im Gesundheitswesen vorbe-

reiten“ (SO KFH Mainz 1997: 2). Eine Spezialisierung (Studienschwerpunkte) für die Bereiche Krankenhaus, Sozialstationen und Altenheime ist gegeben.

Das achtsemestrige Studium umfasst (mit wahlpflichtigen Veranstaltungen) durchgängig die Bereiche Grundwissenschaften (z. B. Erziehungswissenschaft, Kommunikationswissenschaft und Management, Psychologie, Recht oder Soziologie) im Umfang von insgesamt 52 SWS, Pflegewissenschaften bzw. Pflegemanagement (Theorien, Methoden und Handlungskonzepte der Pflege; Pflegeforschung und deren Anwendung im Praxisfeld, Berufsgeschichtliche Entwicklung) im Umfang von insgesamt 32 SWS, Lebenslaufforschung (z. B. Gerontologie) mit 18 SWS, Didaktik (der Erwachsenenbildung) mit 2 SWS, Wirtschaftswissenschaften (Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Allgemeine Volkswirtschaftslehre, Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen, Rechnungswesen im Gesundheitswesen, Personalwirtschaft und Management sowie Gesundheitsökonomie und -politik) im Umfang von insgesamt 35 SWS, Statistik (mit SWS) und fächerübergreifende Lehrveranstaltungen (mit 10 SWS).

8 | Der achtsemestrige Diplomstudiengang Pflegeleitung an der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen Ludwigshafen (Fachbereich Pflege) existiert seit 1994. Die Besonderheit: „Das Studium in den Studiengängen Pflegeleitung und Pflegelehre soll [...] auf Leitungs- und Lehrtätigkeit in Pflegeberufen vorbereiten.“ Das Studium „gliedert sich in ein dreisemestriges gemeinsames Grundstudium, das mit der Vorprüfung abgeschlossen wird, und in ein fünfsemestriges, nach den Studiengängen Pflegeleitung und Pflegelehre getrenntes Hauptstudium“ (SO EFH Ludwigshafen 1994: 660).

- Das Grundstudium (im Umfang von 75 Semesterwochenstunden) vermittelt die theoretischen Grundlagen und ist in die drei Lernbereiche gegliedert Theorie und Praxis der Pflege (Pflegetheorien, Pflege als Interaktion und Kooperation, Arbeitsmethoden der Pflege, Ethik, Pflege als Beruf) mit 36 SWS, Gesundheit und Krankheit (Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Krankheit als soziales Phänomen, Krankheit als psychisches Phänomen, Gesundheitsförderung) mit 23 SWS und Strukturen des Gesundheitswesens (Sozialwissenschaftliche Grundlagen des Gesundheitswesens, Rechtliche und sozialpolitische Leistungen bei Krankheit und Behinderung) mit 16 SWS (vgl. Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Ludwigshafen 1995: 71, SO EFH Ludwigshafen 1994: 660 f.).
- Das Hauptstudium (im Umfang von 76 Semesterwochenstunden) für den Studiengang Pflegeleitung „vermittelt in theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen Wissen und Fertigkeiten, die zur eigenständigen Übernahme von Leitungsfunktionen, insbesondere in Krankenhäusern, Altenheimen und Sozialstationen erforderlich sind“ (SO EFH Ludwigshafen 1994: 660). Das Hauptstudium gliedert sich ebenfalls in drei Lernbereiche – Betriebsführung (Betriebswirtschaftslehre, Personalmanagement, Ökologie im Gesundheitswesen, Rechtsgrundlagen) mit 38 SWS, Theorie und Praxis der Pflege (ergänzend zu den Inhalten im Grundstudium mit einer Reflexion der Berufsrolle) mit 26 SWS sowie Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der praktischen Studiensemester (Qualitätssichernde Maßnahmen und Arbeitsfeldanalysen, Einüben pflegeleitender Fähigkeiten und Erprobung innovativer Maßnahmen) mit 12 SWS (vgl. Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Ludwigshafen 1995: 71, SO EFH Ludwigshafen 1994: 660 f.). Im Hinblick

auf die beiden praktischen Studiensemester sollen im vierten Semester „Maßnahmen zur Qualitätssicherung geplant, durchgeführt und reflektiert werden, auf deren Grundlage eine Arbeitsfeldanalyse vorgenommen wird. Gegenstand des siebten Semesters ist die Durchführung eines begrenzten Forschungsprojektes; darüber hinaus werden im Praxisfeld Aufgaben der Pflegeleitung vermittelt sowie innovative Maßnahmen geplant, durchgeführt und reflektiert“ (SO EFH Ludwigshafen 1994: 661).

9 | Die Fachhochschule Esslingen bietet seit 1999 den grundständigen achtsemestrigen Studiengang Pflege/Pflegemanagement mit zwei integrierten Praxissemestern an [es liegt keine Studien- oder Prüfungsordnung vor]. Es gibt (mit dem Diplomstudiengang Pflegepädagogik) einen gemeinsamen Studienbereich (Pfle gewissenschaft und ihre Bezugsdisziplinen) und einen speziellen Studienbereich (Management bzw. Pädagogik). Das Studium gliedert sich (mit dem gemeinsamen Studienbereich) in vier weitere Studienbereiche (Systematik, Methodik und Theorien der Pflegewissenschaft; Pflege als organisiertes Versorgungs- und Dienstleistungssystem; Person und Beruf der Pflegenden; Berufliche Handlungskompetenz) (vgl. Rosenthal 1999: 12).

10 | Seit 1995 bietet die Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt-Aschaffenburg den achtsemestrigen Diplomstudiengang Pflegemanagement an. Das Studium soll zu einem „selbständigen beruflichen Handeln in leitenden und verantwortlichen Positionen ambulanter und stationärer Einrichtungen der Pflege“ befähigen (SPO FH Würzburg 1997: 550). Die Studien- und Prüfungsordnung nennt darüber hinaus die besonderen Ziele des Studienganges wie beispielsweise „Kenntnis und Verständnis der philosophisch-ethischen Grundlagen der Pflege; Einsicht in spezifische Felder eines managementbezogenen Handelns in Organisationen [...] der Pflege; Vertrautheit mit Methoden der Gesprächs- und Verhandlungsführung, der Projektgestaltung und der Arbeit in Gruppen für Führungskräfte in Pflegeberufen“ (SPO FH Würzburg 1997: 550).

Grund- und Hauptstudium umfassen je ein praktisches und drei theoretische Studiensemester. Im Hauptstudium werden die vier Studienschwerpunkte Kliniken, Ambulante Dienste, Alten- und Pflegeheime sowie Pflegemanagement in den Entwicklungsländern angeboten (vgl. SPO FH Würzburg 1997: 550).

- Das Grundstudium (mit 84 Semesterwochenstunden) weist die sechs Fächergruppen auf Bezugswissenschaftliche Grundlagen (beispielsweise mit den Fächern Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre, Medizin, Psychologie oder Soziologie) im Umfang von 34 SWS, Konzepte pflegerischen Handelns und ihre Umsetzung (beispielsweise mit den Inhalten Theorien der Pflege; Organisationsformen des Pflegedienstes oder Ziele, Standards und Qualitätssicherung pflegerischen Handelns) im Umfang von 16 SWS, Management (mit Führung in Organisationen, Personalmanagement, Finanzmanagement, Management der Außenbeziehungen, Beschaffungs- und Entsorgungsmanagement) im Umfang von 14 SWS, Arbeitstechnik für Führungskräfte in Pflegeberufen (z. B. Gesprächs- und Verhandlungsführung) mit 12 SWS, Praxisreflexion und Praxisberatung (mit 4 SWS) und Wissenschaftliches Arbeiten (mit 4 SWS) (vgl. SPO FH Würzburg 1997: 552).

- Das Hauptstudium (mit 82 Semesterwochenstunden) besteht ebenfalls aus den sechs Fächergruppen des Grundstudiums. In den Fächergruppen Bezugswissenschaftliche Grundlagen sind 8 SWS, Konzepte pflegerischen Handelns und ihre Umsetzung sind 12 SWS, Management sind 16 SWS, Arbeitstechnik für Führungskräfte in Pflegeberufen sind 12 SWS, Praxisreflexion und Praxisberatung (praxisbegleitende Lehrveranstaltungen) sowie Wissenschaftliches Arbeiten sind jeweils 4 SWS ausgewiesen. Darüber hinaus sind im zu wählenden Studienschwerpunkt insgesamt 20 SWS und bei den Allgemeinwissenschaftlichen Wahlpflichtfächern 6 SWS zu erbringen (vgl. SPO FH Würzburg 1997: 553). Die Studienschwerpunkte weisen eine identische Struktur im Hinblick auf die Fächer Betriebswirtschaftslehre, Organisation und Qualitätssicherung (sowie teilweise Recht) auf (vgl. SPO FH Würzburg 1997: 554). „In den Studienschwerpunkten werden neben der Vermittlung der erforderlichen [...] Kenntnisse die für die berufliche Praxis wichtigen Interventionsformen am Beispiel eines spezifischen Arbeitsfeldes des Pflegemanagements behandelt, vertieft und eingeübt“ (SPO FH Würzburg 1997: 556).

11 | Die Fachhochschule Frankfurt am Main bietet seit 1996 den achtsemestrigen Diplomstudiengang Pflegemanagement im Umfang von 116 Semesterwochenstunden an. „Ziel des Studiums ist es, für betriebliche Leitungsaufgaben in Pflegeeinrichtungen zu befähigen. Dazu zählen insbesondere [...] die Entwicklung und Umsetzung von angemessenen Personal- und Organisationskonzepten; die Planung, Durchführung und Evaluation von Arbeitsabläufen im Pflegedienst; [...] die Entwicklung von Konzepten zur betrieblichen Fort- und Weiterbildung; die Beratung und Anleitung von Pflegenden; [...] die Arbeit in Projektgruppen und multiprofessionellen Teams, um innovative Lösungen für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln; Planung und Organisation von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Pflege“ (SO FH Frankfurt 1995a: 3038). Dazu sollen die Studierenden beispielsweise folgende Qualifikationen während des Studiums erwerben – „die Fähigkeit zur angemessenen Kommunikation und Kooperation in beruflichen Handlungsabläufen; die Fähigkeit, Strukturveränderungen im Sozial- und Gesundheitswesen zu erkennen und daraus Handlungsziele für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln; [...] die Fähigkeit, innovative Organisationskonzepte zu entwickeln und sie unter wechselnden institutionellen Bedingungen durchzuführen; die Fähigkeit, Professionalisierungsprozesse in der Pflege zu unterstützen und aktiv zu fördern“ (SO FH Frankfurt 1995a: 3039).

Das Grund- und Hauptstudium (mit jeweils 58 SWS) setzt sich nach der Studien- und Prüfungsordnung von 1995 gleichermaßen aus 34 SWS für die Pflichtfächer und 24 SWS für die Wahlpflichtfächer zusammen. Grund- und Hauptstudium enthalten jeweils ein Projektsemester. Im Grundstudium als auch im Hauptstudium wählen die Studierenden zwei Ergänzungsfächer (im Umfang von 6 SWS pro Fach) und wählen darüber hinaus aus den angebotenen Projekten eines aus (vgl. SO FH Frankfurt 1995a: 3039).

Im Grundstudium werden (neben einer Einführung in das Studium) die Studienfächer Pflege-wissenschaftliche Grundlagen (mit 7 SWS), Sozialstruktur und Gesundheitswesen (mit 7 SWS), Organisation von Pflegeeinrichtungen (mit 7 SWS), Recht in der Pflege (mit

7,5 SWS), Studien- und Praxisreflexion (mit 3 SWS) sowie das Projekt Konzeption zur Pflegeorganisation (mit 12 SWS) angeboten. Im Hauptstudium sind die Studienfächer Grundlagen des Managements (mit 7 SWS), Personalmanagement in der Pflege (mit 7 SWS), Institutionelles Management (mit 7 SWS), Organisationsentwicklung (mit 2,5 SWS), Pflegeinformatik (mit 2,5 SWS), Statistik in der Pflege (mit 2,5 SWS), Exkursion (mit 2,5 SWS), Studien- und Praxisreflexion (mit 3 SWS) sowie das Projekt Personaleinsatz in der Pflege (mit 12 SWS) abzuleisten. Als Ergänzungsfächer für das Grund- und Hauptstudium werden Arbeitssicherheit, Betriebliche Fortbildung, Einführung in die Statistik und EDV, Sozialsysteme und Gesundheitspolitik in Europa, Fremdsprachen sowie Gesundheitsförderung und Pflegepraxis (mit jeweils 4 SWS) genannt (vgl. SO FH Frankfurt 1995a: 3041):

- Im Studienfach Organisation von Pflegeeinrichtungen (Grundstudium) werden „die wichtigsten Erkenntnisse und Techniken der Organisationswissenschaft theoretisch dargestellt und in praktischen Übungen vertieft. Dadurch soll die Fähigkeit erworben werden, allgemeine Kenntnisse der Organisationsforschung auf die konkreten Probleme von Pflegediensten anzuwenden“ (PO FH Frankfurt 1995: 3049). Zu den Lerninhalten zählen hier beispielsweise Organisationsstrukturen in Einrichtungen der Pflege, Organisationsabläufe und Informationssysteme oder Verbundsysteme und Vernetzungsstrategien.
- Im Studienfach Grundlagen des Managements (Hauptstudium) werden die „zur Entwicklung von modernen Managementkonzepten erforderlichen theoretischen Inhalte vermittelt, die vorwiegend der Betriebswirtschaftslehre, der Industrie- und Betriebssoziologie sowie der Arbeits- und Organisationspsychologie entnommen sind.“ Den Besonderheiten „von personenbezogenen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen wird dabei Rechnung getragen“ (PO FH Frankfurt 1995: 3050).
- Dem Studienfach Personalmanagement (Hauptstudium) sind die Inhalte Personalcontrolling, Personalbeschaffung, Personalbeurteilung, Personalführung sowie Personalentwicklung und Personalqualifizierung zugeordnet. Im Studienfach Institutionelles Management werden die besonderen institutionellen Rahmenbedingungen im Pflegebereich thematisiert (Arbeitsmarkt der Pflegeberufe, Arbeitsbelastung und Arbeitsschutz, Arbeits- und Dienstplanung in der Pflege).
- Im Studienfach Organisationsentwicklung (Hauptstudium) „werden Kenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen organisatorischer Veränderungen in Einrichtungen der Pflege vermittelt“ (PO FH Frankfurt 1995: 3050). Zu diesem Fach gehören Aspekte wie Organisation als Konfliktfeld, Lernen in und von Organisationen sowie Strukturelle und personelle Ansätze einer Neuorientierung.
- Die Studien- und Praxisreflexion im Hauptstudium dient nicht nur der Planung, Organisation und Reflexion des Studiums, sondern es sollen auch „soziale Kompetenzen erworben und spezifische Arbeitsmethoden geübt werden, die für Führungsaufgaben in der Pflege bedeutsam sind“ (PO FH Frankfurt 1995: 3051). Dazu gehören beispielsweise Kommunikation und Gesprächsführung oder Leitung von Gruppen, Sitzungen und Verhandlungen.

In der Prüfungsordnung für diesen Studiengang von 2002 werden für das Grundstudium insgesamt elf Pflichtfächer im Umfang von 52,5 SWS ausgewiesen – Wissenschaftliches Arbeiten (2 SWS), Studien- und Praxisreflexion (2 SWS), Pflegewissenschaftliche Grundlagen

(10 SWS), Gesundheitswesen und Sozialrecht (8 SWS), Grundlagen der Organisation (8 SWS), Grundlagen des Personalmanagements (6 SWS), Pflegeforschung (2 SWS), Statistik (2 SWS), Grundlagen des Rechts (5 SWS), Englisch (5 SWS) und Einführung in das Projektmanagement (1 SWS). Darüber hinaus werden Wahlpflichtfächer im Umfang von 5 SWS angeboten (Umgang mit EDV; Moderation, Präsentation; Kommunikation, Gesprächsführung, Beratung; Selbstmanagement) (vgl. PO FH Frankfurt 2002: 1707 ff.). Für das Hauptstudium sind ebenfalls elf Pflichtfächer ausgewiesen – Grundlagen des Qualitätsmanagements (2 SWS), Grundlagen der Organisationsentwicklung (2 SWS), Grundlagen der Personalentwicklung (1 SWS), Grundlagen der Finanzierung (2 SWS), Grundlagen des Controllings (1 SWS), Grundlagen der Personalplanung (2 SWS), Grundlagen des Unternehmens- und Arbeitsrechts (2 SWS), Informatik (6 SWS) und Aktuelle Rechtsfragen in der Pflege (2 SWS) sowie Projektstudium (Vorbereitung, Konzept und Methoden, Umsetzung und Bericht) mit 7 SWS und Projektpraxis (Realisierung des Projektes in der Praxis, Coaching und angeleitete Praxis, Vorstellung und Diskussion der Projekte) mit 8 SWS. Im Hauptstudium werden die beiden Schwerpunktbereiche Unternehmensführung (Rechnungslegung und Finanzierung, Personalplanung, Controlling, Unternehmens- und Arbeitsrecht, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Verhandeln und Entscheiden) und Prozessbegleitung und -beratung (Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Beratung und Coaching, Betriebliche Fort- und Weiterbildung) im Umfang von 12 SWS angeboten. Darüber hinaus gibt es Wahlpflichtfächer im Umfang von 10 SWS (z. B. Konfliktmanagement, Wissensmanagement, Versorgungsmodelle oder Change Management am Beispiel einer pflegetherapeutischen Methode) (vgl. PO FH Frankfurt 2002: 1707 ff.).

12 | Die Katholische Fachhochschule Freiburg bietet den berufsintegrierten Diplomstudiengang Pflegedienstleitung/Pflegemanagement seit 1992 an. Der achtsemestrige Studiengang (mit 140 Semesterwochenstunden) gliedert sich in zwei Semester Grundstudium, fünf Semester Hauptstudium sowie ein praktisches Studiensemester und „qualifiziert für eine Leitungstätigkeit in Institutionen der Pflege und des Gesundheitswesens“ (SPO KFH Freiburg 1993: 3).

- Das Grundstudium (48 SWS) umfasst die Fächer Pflege (mit 8 SWS), Problemfelder pflegerischen Handelns (mit 2 SWS), Gesundheitspädagogik (mit 2 SWS), Geschichte der Medizin und Krankenpflege (mit 2 SWS), Philosophie (mit 4 SWS), Ethik (mit 4 SWS), Christliche Anthropologie (mit 2 SWS), Psychologie (mit 4 SWS), Soziologie (mit 2 SWS), Organisation des Pflegedienstes (mit 8 SWS), Fachenglisch (mit 2 SWS), Grundlagen der Volks- und Betriebswirtschaft (mit 4 SWS), Recht (mit 2 SWS) und Wissenschaftliches Arbeiten (mit 2 SWS) (vgl. SPO KFH Freiburg 1993: 54).
- Das Hauptstudium (92 SWS) besteht beispielsweise aus den Fächern Pflege (8 SWS), Berufskunde bzw. Berufspolitik (6 SWS), Sozial- und Gesundheitspolitik (2 SWS), Ethik (2 SWS), Gesprächsführung bzw. Arbeit in Gruppen (8 SWS), Mitarbeiterführung (6 SWS), Organisationspsychologie (6 SWS), Rhetorik und Verhandlungsführung (6 SWS), Soziologie (4 SWS), Innerbetriebliche Fortbildung (2 SWS), Organisation des Pflegedienstes (12 SWS), Einführung in EDV und Statistik (6 SWS), Öffentlichkeitsarbeit (4 SWS), Krankenhausbetriebslehre (8 SWS) oder Arbeitsrecht (4 SWS) (vgl. SPO KFH Freiburg 1993: 55).

„Berufserfahrung in der Krankenpflege und der innerbetrieblichen Leitung sollen in diesem Studiengang systematisch reflektiert und in Bezug zu wissenschaftlichen Modellen und Theorien gesetzt werden. Somit wird Wert gelegt auf die Integration einzelner Fächer in Anwendungsgebiete (Pflege, Organisation, Betriebsleitung, Personalführung), die wissenschaftlich durchdrungen und in der Praxis erkundet werden“ (Katholische Fachhochschule Freiburg 1993: 12).

13 | Der grundständige (achtsemestrige) Studiengang Pflegemanagement an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München besteht seit 1995. „Ziel des Studiums ist es, Pflegekräfte für leitende Funktionen zu befähigen. Sie sollen in der Lage sein, Aufgaben aus Bereichen der beruflichen Pflege, wie Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Behindertenpflege, Rehabilitation und Gesundheitsförderung, selbständig, eigenverantwortlich und fachkundig wahrzunehmen“ (SPO KFH München 1998: 1266).

Der Diplomstudiengang gliedert sich in die drei Studienbereiche Sinnfragen und Menschenbild (I), Pflegerisches Handeln und pflegewissenschaftliche Grundlagen (II) sowie Management (III) – den Studienbereichen sind Studienfächer zugeordnet. Darüber hinaus werden sowohl fachwissenschaftliche als auch allgemeinwissenschaftliche Wahlpflichtfächer angeboten. Im Hauptstudium werden die drei Studienschwerpunkte Krankenhausmanagement, Gesundheitsförderung und Altenhilfe gelehrt (vgl. SPO KFH München 1998: 1266).

- Im Grundstudium (insgesamt 81 SWS) sind im Studienbereich I die drei Studienfächer Anthropologie (mit 6 SWS), Ethik (mit 8 SWS) und Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung (mit 6 SWS) abzuleisten. Zum Studienbereich II gehören die vier Studienfächer Prävention und Kuration (mit 3 SWS), Gesundheitsförderung (mit 4 SWS), Pflege-theorien (mit 8 SWS) und Handlungslehre (mit 8 SWS). Im Studienbereich III werden die drei Studienfächer Betriebliche Funktionen und organisatorische Grundlagen (mit 14 SWS), Unternehmensführung (mit 8 SWS) und Gesundheitssysteme und -politik (mit 8 SWS) gelehrt. Hinzu kommen noch fachwissenschaftliche und allgemeinwissenschaftliche Wahlpflichtfächer (mit jeweils 4 SWS) (vgl. SPO KFH München 1998: 1278).
- Im Hauptstudium (insgesamt 75 SWS) sind im Studienbereich I die zwei Studienfächer Ethik (mit 2 SWS) und Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung (als Projekt mit 6 SWS) abzuleisten. Zum Studienbereich II gehören die drei Studienfächer Prävention und Kuration (mit 4 SWS), Pflege-theorien (mit 3 SWS) und Handlungslehre (mit 8 SWS). Im Studienbereich III werden auch hier die drei Studienfächer Betriebliche Funktionen und organisatorische Grundlagen (mit 6 SWS), Unternehmensführung (mit 8 SWS) und Gesundheitssysteme und -politik (mit 8 SWS) gelehrt. Hinzu kommen im Hauptstudium noch fachwissenschaftliche Wahlpflichtfächer (im Umfang von 4 SWS) und allgemeinwissenschaftliche Wahlpflichtfächer (im Umfang von 2 SWS). Der zu wählende Studienschwerpunkt umfasst 20 SWS (vgl. SPO KFH München 1998: 1279)

Die Studien- und Prüfungsordnung der Katholischen Stiftungsfachhochschule München weist für die einzelnen Studienbereiche Grundsatzziele und für die zugeordneten Studienfächer Richtziele aus (vgl. SPO KFH München 1998: 1281 ff.).

- Im Studienbereich III (Management) wird als Grundsatzziel genannt: „Dieser Studienbereich befähigt zu ganzheitlichem Führungshandeln in verschiedenen Arbeitsfeldern und Führungsstrukturen des Pflegemanagements mit dem zentralen Bezugspunkt der Klientenorientierung. Zur Verfolgung dieses Ziels werden die Grundlagen von Management erarbeitet und durch Vermittlung praxisorientierter Konzepte handlungs- und berufsbezogen verbunden. Vor diesem Hintergrund qualifiziert dieser Studienbereich zu inhaltlicher und prozeduraler Schlüsselkompetenz im Hinblick auf ein systematisch umfassendes Führungshandeln in personalen, organisatorischen und umweltrelevanten Bereichen. Dies enthält die Fähigkeit zur Reflexion sowohl des eigenen Handelns sowie des Handelns von Institutionen als sich entwickelnde Organisationen in komplexen Umwelten“ (SPO KFH München 1998: 1283).
- Im Studienfach Unternehmensführung wird als Richtziel formuliert: „Erweiterte Kenntnisse in Unternehmensführung, -entwicklung und -steuerung. Verständnis für Personalführung als interdisziplinäre Managementaufgabe mit dem Ziel handlungsorientierter Anwendung soziologischer, sozial- und organisationspsychologischer Konzepte sowie von Kenntnissen des Arbeits- und Gesellschaftsrechts, Erwerb betriebsspezifischer Handlungskompetenz“ (SPO KFH München 1998: 1283).

In den Studienschwerpunkten „werden neben der Vermittlung und Vertiefung der [...] theoretischen Kenntnisse, die für die berufliche Praxis wichtigen Handlungsformen des Pflegemanagements und ihre Verknüpfung am Beispiel der Arbeitsfelder, Zielgruppen und Problemlagen exemplarisch behandelt und eingeübt“ (SPO KFH München 1998: 1285). Ein Studienschwerpunkt ist von den Studierenden auszuwählen. Die Studienschwerpunkte weisen im Hinblick auf die zugeordneten Studienfächer identische Strukturmerkmale auf (vgl. SPO KFH München 1998: 1285 f.). Zum Studienschwerpunkt Krankenhausmanagement beispielsweise gehören die vier Studienfächer Theorien und Konzepte des Krankenhausmanagements (mit 8 SWS); Betriebliche Funktionen und strukturelle Elemente (mit 4 SWS); Personal- und Teamentwicklung (mit 4 SWS) sowie Institutions-, zielgruppen- und arbeitsformspezifische Zugänge (mit 4 SWS) (vgl. SPO KFH München 1998: 1285).

14 | Der achtsemestrige Diplomstudiengang Internationaler Studiengang für Pflegeleitung an der Hochschule Bremen (drei Semester Grundstudium mit 78 Semesterwochenstunden, fünf Semester Hauptstudium mit 72 Semesterwochenstunden) besteht seit 1994 – ein integriertes Auslandsstudium ist dabei obligatorischer Bestandteil (mit 20 SWS) und ist „an einer ausländischen Hochschule in einem [...] fachverwandten Studiengang abzuleisten“ (PO HS Bremen 2002: 285). Darüber hinaus ist die praktische Studienphase in einem Theorie-Praxis-Verbund „ein in das Hauptstudium integrierter, [...] betreuter und begleiteter Ausbildungsabschnitt, der in der Regel in einer Einrichtung des Gesundheitswesens [...] abgeleistet wird“ (PO HS Bremen 2002: 286).

- Für die Diplomvorprüfung sind studienbegleitende Fachprüfungen (Pflichtbereich) in den Studienfächern Pflegewissenschaft (Einführung in die Pflegewissenschaft, Pflegetheorie, Qualitätssicherung in der Pflege, Ethik in der Pflege, Pflege im internationalen Kontext, Kulturelle Dimensionen der Pflege, Pflegeforschung) mit 26 SWS, Epidemiologie mit

2 SWS, Psychologie (Einführung in die psychologischen Grundlagen der Pflege) mit 8 SWS, Soziologie mit 4 SWS, Recht (Gesundheitsrecht, Arbeits- und Dienstrecht) mit 8 SWS, Betriebswirtschaftslehre (Einführung in die Gesundheitsökonomie, Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen) mit 6 SWS, EDV bzw. Statistik mit 4 SWS, Moderation mit 2 SWS und Englisch mit 10 SWS abzulegen. Darüber hinaus sind zwei Wahlpflichtfächer (mit jeweils 2 SWS) zu belegen und studienbegleitende Fachprüfungen abzuleisten – es werden die vier Wahlpflichtfächer Gesundheitswissenschaft, Sozialpolitik, Gesundheitspolitik und Pädagogik angeboten (vgl. PO HS Bremen 2002: 287 f., 290 f.).

- Für die Diplomprüfung sind studienbegleitende Fachprüfungen (Pflichtbereich) in den Studienfächern Theorie und Praxis der Pflegeleitung (Projekte in der Pflegeleitung, Beratung in der Pflege, Management, Managementmethoden in der Pflege) mit 10 SWS, Betriebswirtschaftslehre (Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen, Kostenmanagement und Controlling, Krankenhausbetriebslehre, Angewandte Betriebswirtschaftslehre) mit 8 SWS, Management von Organisationen (Managementmethoden, Personalführung, Organisationsentwicklung, Personalmanagement, Interkulturelles Management) mit 12 SWS und im Theorie-Praxis-Verbund (Praxisbegleitung, Projektbegleitung, Supervision, Auswertung der Theorie-Praxis-Phase) mit 12 SWS sowie EDV in der Pflege (1 SWS) und Praxisrelevante Rechtsfragen (1 SWS) abzulegen. Im Hauptstudium ist ergänzend aus zwei angebotenen Wahlpflichtveranstaltungen (Pfle gewissenschaft, Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungsorganisation) ein Studienfach auszuwählen (mit 2 SWS). Hier sind aus den vier Wahlpflichtfächern (Theoretische Grundlagen von Handlungsfeldern) Altenarbeit, Behindertenarbeit, Geburtshilfe oder Psychiatrie zwei auszuwählen (mit jeweils 2 SWS) und ebenfalls studienbegleitende Fachprüfungen zu erbringen (vgl. PO HS Bremen 2002: 288 f., 292 f.).

Die Richtlinien für die Ausgestaltung des Theorie-Praxis-Verbundes und des integrierten Auslandsstudiums weisen auf die Besonderheit des Internationalen Studienganges für Pflegeleitung an der Hochschule Bremen hin (vgl. PO HS Bremen 2002: 294). Der Theorie-Praxis-Verbund wird dabei durch ergänzende Lehrveranstaltungen angereichert sowie durch ein interdisziplinäres Projekt und durch Supervision in Gruppen begleitet (vgl. PO HS Bremen 2002: 294). „Der Theorie-Praxis-Verbund soll den Studierenden eine auf eigene Erfahrungen gegründete, ergänzende praxisbezogene Bildung vermitteln. Er dient dem Erwerb von praktischen Erfahrungen in der Arbeitswelt, der Vorbereitung auf die spätere berufliche Tätigkeit, sowie als Orientierungshilfe für das Studium. Im Theorie-Praxis-Verbund soll durch die Umsetzung der in den einzelnen Fachdisziplinen erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten durch Anwendung auf komplexere Probleme der Praxis der Theorie-Anwendungs-Bezug vertieft werden. Die Umsetzung von Theorien unter organisatorischen Strukturen soll erprobt und neue Aufgabenfelder erkundet werden. Erfahrungen in der Pflegeleitung sollen gewonnen [...] werden. Zielsetzung ist die Anregung zur Reflexion über berufliche Qualifikationen, die Anregung für den Erwerb gesellschaftlicher Handlungsorientierung, der Anstoß zu selbstkritischer Reflexion insbesondere hinsichtlich [...] des Berufszieles.“ Mit dem theoretischen Studiensemester im Ausland sollen „die Studierenden Anregungen für die international verglei-

chende Bearbeitung von pflegewissenschaftlichen und managementbezogenen Fragestellungen“ erhalten (PO HS Bremen 2002: 294).

15 | Die Westsächsische Hochschule Zwickau bietet seit 1996 den grundständigen Studiengang Pflegemanagement in einem viersemestrigen Grundstudium und einem viersemestrigen Hauptstudium an. „Der Studiengang beinhaltet ein gesundheits- und pflegewissenschaftlich orientiertes Studium, das auf qualifizierte leitende Tätigkeiten [...] in Pflegeeinrichtungen sowie auch anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens [...] Unternehmen, Verbänden und Behörden vorbereitet. Es dient dem Erwerb der erforderlichen fachlichen Qualifikation und Managementkompetenz durch die im Vordergrund stehende Vermittlung pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse, durch den Erwerb von Methodenkompetenzen und durch die Entwicklung der Fähigkeit zum systematischen und selbstverantwortlichen Denken und Handeln. Es fördert durch seinen multidisziplinären Ansatz insbesondere die Gewinnung fachübergreifender Qualifikationen, die zum erfolgreichen und verantwortlichen Handeln in Führungsfunktionen in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens (Pflegemanagement) befähigen“ (SO WH Zwickau 2002: 3).

- Im Studienablaufplan für das Grundstudium (mit 109 Semesterwochenstunden) sind sechs Module ausgewiesen: Pflegewissenschaft und Pflegeforschung (z. B. Pflgetheorien, Pflege als Beruf; Empirische Pflegeforschung, Methoden in der Pflegeforschung) mit 22 SWS; Pflegemanagement und sein rechtlicher Rahmen (z. B. Pflegespezifische Managementkonzeptionen, Management menschlicher Konflikte; Leistungsrecht, Finanzierungsrecht) mit 18 SWS; Health Sciences, Public Health, Epidemiologie (z. B. Theorie der Gesundheit, Methoden der Epidemiologie; Systematik der sozialen Sicherung, Gesundheitsförderung) mit 29 SWS; Wirtschafts- und Informationswissenschaften (z. B. Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre; Deskriptive Statistik, Grundlagen der schließenden Statistik; EDV, Datenmanagement) mit 30 SWS; Sozial- und Kommunikationswissenschaften (z. B. Grundlagen und Methoden der Psychologie, Rhetorik und Gesprächsführung; Mikrosoziologie, Arbeits- und Organisationssoziologie) mit 13 SWS sowie Projekte (Projektseminare, Planspiel) mit 3 SWS (vgl. SO WH Zwickau 2002: 8 ff.).
- Im Studienablaufplan für das Hauptstudium (mit 70 Semesterwochenstunden) werden fünf Module aufgeführt: Pflegewissenschaft und Pflegeforschung (z. B. Psychosoziale Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit; Themen der Pflegestatistik, Pflegebedarf) mit 13 SWS; Pflegemanagement und sein rechtlicher Rahmen (z. B. Projektmanagement, Qualitätsmanagement; Spezielles Leistungs- und Finanzierungsrecht, Steuerrecht) mit 8 SWS; Health Sciences, Public Health, Epidemiologie (z. B. Multimorbidität) mit 5 SWS; Wirtschafts- und Informationswissenschaften (z. B. Organisation und Personalwirtschaft, Controlling; Rechnergestützte Datenanalyse; Hard- und Softwarelösungen) mit 10 SWS; Sozial- und Kommunikationswissenschaften (z. B. Angewandte Soziologie für Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens; Organisationspsychologie, Persönlichkeitspsychologie) mit 8 SWS sowie Projekte (Projektseminare) mit 6 SWS. Im Hauptstudium ist darüber hinaus ein Studienschwerpunkt aus den vier angebotenen Spezialisierungen (I) Ökonomik und Finanzmanagement; Pflegebedarfe, Pflegeforschung, Qualitätssicherung; Management- und Planungstechniken sowie Technik und Technikeinsatz in der Pflege (im Umfang

von 8 SWS) und ein Wahlpflichtfach aus den vier angebotenen Spezialisierungen (II) Controlling, Operations Research, Prozessmanagement; Kostenmanagement, EDV-Lösungen; Informatik im Gesundheits- und Pflegewesen sowie Öffentlichkeitsarbeit, Soziales Marketing (im Umfang von 4 SWS) auszuwählen (vgl. SO WH Zwickau 2002: 11 ff.).

16 | Der seit 1993 bestehende grundständige Studiengang Sozialökonomie mit der Studienrichtung Pflegemanagement (Fachbereich Gesundheitspflege) an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland ist in zwölf Trimester organisiert und gliedert sich in ein Grundstudium (mit fünf Trimestern) und ein Hauptstudium (mit sieben Trimestern).

Sowohl im Grundstudium als auch im Hauptstudium werden die vier Studienbereiche Pflegewissenschaft, Führen und Leiten, Recht und Verwaltung sowie Organisation und Betriebsleitung angeboten (vgl. PO KFH Norddeutschland 1993: 1102 f.).

- Für die Diplomvorprüfung sind im Studienbereich Pflegewissenschaft (mit den pflegerischen und soziologischen Dimensionen) mindestens 390 Pflichtstunden, im Studienbereich Führen und Leiten mindestens 218, im Studienbereich Recht und Verwaltung 52 sowie im Studienbereich Organisation und Betriebsleitung mindestens 322 Pflichtstunden zu absolvieren. Im Bereich Führen und Leiten werden „Grundkenntnisse und Fertigkeiten in den für Führungskräfte im Gesundheitswesen relevanten Bereichen der Psychologie“ vermittelt und im Bereich Organisation und Betriebsleitung geht es um „Grundkenntnisse über Trägerstrukturen und Organisation des Krankenhauses unter Beachtung betrieblicher Gesamtzusammenhänge und ihrer Vernetzung im Gesundheitswesen“ sowie um „Grundkenntnisse der Aufbau- und Ablauforganisation im Pflegebereich eines Krankenhauses und ihrer Anwendung“ (PO KFH Norddeutschland 1993: 1107).
- Für die Diplomprüfung sind im Studienbereich Pflegewissenschaft (mit den pflegerischen sowie den soziologischen und ethischen Dimensionen) mindestens 390 Pflichtstunden, im Studienbereich Führen und Leiten mindestens 124, im Studienbereich Recht und Verwaltung 132 sowie im Studienbereich Organisation und Betriebsleitung mindestens 288 Pflichtstunden zu absolvieren. Im Bereich Führen und Leiten werden hier vertiefte „Kenntnisse und Fertigkeiten in den für Führungskräfte im Gesundheitswesen relevanten Bereichen“ vermittelt und im Bereich Organisation und Betriebsleitung geht es hier ebenfalls um vertiefte „Kenntnisse über betriebliche Gesamtzusammenhänge der Organisation, insbesondere des Personalmanagements mit dem Schwerpunkt der Personalplanung und Personalführung im Pflegebereich“ sowie um vertiefte „Kenntnisse der Leistungssteuerung und Leistungsbeurteilung im betrieblichen Gesamtzusammenhang und ihre Anwendung“ (PO KFH Norddeutschland 1993: 1108).

17 | Der grundständige (achtsemestrige) Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule wird seit 1. Januar 2001 angeboten (mit insgesamt 142 Semesterwochenstunden) – das Grundstudium umfasst drei Semester (bei 62 SWS), das Hauptstudium fünf Semester (bei 82 SWS). Das Studium gliedert sich in Pflichtfächer, Wahlpflichtfächer und Studienschwerpunkte (vgl. SO HFH 2003, PO HFH 2003, SO FFH 2000, PO FFH 2000).

In der Studienordnung von 2000 sind im Grundstudium die Studienfächer Pflegewissenschaft I (mit 9 SWS), Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen (mit 9 SWS), Soziologie (mit 6 SWS), Psychologie (mit 7 SWS), Recht der Pflege (mit 7 SWS), Gesundheitswissenschaft (mit 7 SWS), Gesundheitsökonomie und -politik (mit 6 SWS), Empirische Methoden (mit 5 SWS) und Pflegemanagement I (mit 6 SWS) ausgewiesen (vgl. SO FFH 2000: 11). Das Hauptstudium umfasst die Studienfächer Pflegewissenschaft II (mit 12 SWS), Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre (mit 12 SWS), Methoden und Techniken (mit 9 SWS), Pflegemanagement II (mit 10 SWS), Informations- und Kommunikationstechnologien (mit 5 SWS) und Arbeitswissenschaft (mit 7 SWS) sowie die (zwei zu belegenden) Wahlpflichtfächer Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement (mit 9 SWS) und die (zwei mit erster und zweiter Priorität zu belegenden) Studienschwerpunkte Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste (mit insgesamt 18 SWS) – dem ersten gewählten Studienschwerpunkt ist das Fachprojekt (eine empirische Studie) mit 9 SWS zugeordnet (vgl. SO FFH 2000: 5 f., 13). Ausgewiesen sind für das Grundstudium 1.035 Selbststudienstunden und 218 Präsenzstunden, für das Hauptstudium 1.380 Selbststudienstunden und 286 Präsenzstunden (vgl. SO FFH 2000: 11, 13).

In der Studienordnung von 2003 sind im Grundstudium die Studienfächer Pflegewissenschaft I nun mit 8 SWS (vorher mit 9 SWS) und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen nun mit 10 SWS (vorher mit 9 SWS) ausgewiesen – alle anderen Studienfächer haben sich nicht geändert. Hier sind nun 1.040 Selbststudienstunden und 220 Präsenzstunden angegeben (vgl. SO HFH 2003: [Anlage1]). Im Hauptstudium gab es hinsichtlich des Fächerspektrums und der Semesterwochenstunden keine Änderungen. Allerdings sind hier nun 1.395 Selbststudienstunden und 272 Präsenzstunden veranschlagt (vgl. SO HFH 2003: [Anlage 2]).

5.2.1.2 Zu den bereichsübergreifenden Studiengängen

1 | Der achtsemestrige Diplomstudiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Osnabrück wurde 1999 eingerichtet und stellt eine Weiterentwicklung des seit 1981 angebotenen Weiterbildungsstudienganges Pflegedienstleitung im Krankenhaus dar.

Für die Diplomvorprüfung sind die Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Rechnungswesen, Volkswirtschaftslehre bzw. Ökonomie des Gesundheitswesens, Wirtschafts- und Arbeitsrecht bzw. Recht in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Arbeits- und Organisationspsychologie, Pflegewissenschaft, Mathematik, Statistik, Informatik in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Blockveranstaltungen bzw. Praxisprojekte zu absolvieren (vgl. PO FH Osnabrück 2004b: 3 f.). Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre werden Kenntnisse betrieblicher Zusammenhänge vermittelt im Hinblick auf „Einkauf und Logistik, Dienstleistung und Produktion, Marketing, Investition und Finanzierung, Organisation und Personal“ (PO FH Osnabrück 2004b: 3). Im Studienfach Arbeits- und Organisationspsychologie sollen neben den (theoretischen) Grundkenntnissen, Ansätzen, Verfahren und Methoden auch speziell Kenntnisse zur Führung von Mitarbeitern im Bereich Gesundheits- und Pflegemanagement gelehrt werden (vgl. PO FH Osnabrück 2004b: 3).

Für die Diplomprüfung sind die Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre bzw. Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Volkswirtschaftslehre bzw. Ökonomie des Gesundheitswesens, Pflegewissenschaft, Personalmanagement, Finanzmanagement, Angewandte Pflegeforschung, Wirtschafts- und Arbeitsrecht bzw. Recht in Gesundheitseinrichtungen, Informatik in Gesundheitseinrichtungen, Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Blockveranstaltungen bzw. Praxisprojekte abzuleisten (vgl. PO FH Osnabrück 2004b: 5 f.). Hier werden im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre bzw. Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens vertiefte „Kenntnisse des Managements von Gesundheitseinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Aufbauorganisation im Krankenhaus und des Managements der pflegerischen Leistungsprozesse“ vermittelt (PO FH Osnabrück 2004b: 5). Im Studienfach Arbeits- und Organisationspsychologie geht es um vertiefte „Kenntnisse über die Analyse von Arbeits- und Organisationsbeziehungen im Bereich des Gesundheits- und Pflegemanagements“ (PO FH Osnabrück 2004b: 6).

2 | Die Deutsch-Ordens Fachhochschule Riedlingen (ehemals Kolping-Fachhochschule) bietet seit 1996 den grundständigen Fernstudiengang Krankenhaus- und Sozialmanagement in einem Verhältnis von 70 % Selbststudium und 30 % Präsenzstudium an [es liegt keine Studien- oder Prüfungsordnung vor]. Der Studiengang umfasst acht Semester und besteht aus einem zweisemestrigen Grundstudium und einem ersten integrierten praktischen Studiensemester am Arbeitsplatz sowie einem viersemestrigen Hauptstudium und einem zweiten integrierten praktischen Studiensemester am Arbeitsplatz. Für das siebte und achte Semester werden drei Studienwahlrichtungen Gesundheitswesen bzw. Krankenhausmanagement, Sozialmanagement und Pflegemanagement angeboten.

Im Grundstudium sind die folgenden Lehrveranstaltungen ausgewiesen: Betriebswirtschaftslehre (Einführung; Branchen; Organisation; Personal; Beschaffung, Materialwirtschaft, Logistik; Dienstleistung; Unternehmensführung; Marketing; Finanzierung, Investition), Rechnungswesen, Datenverarbeitung, Wirtschaftsmathematik und Statistik, Wissenschaftliches Arbeiten und Arbeitsmethoden, Sozialgeschichte oder Geschichte der Pflege bzw. Medizinische Grundlagen oder Pflege als Beruf (Wahlpflichtfächer).

Lehrveranstaltungen im Hauptstudium sind: Grundlagen Controlling, Marketing und Marketing in Non-Profit-Unternehmen, Ökonomische Grundlagen des Gesundheits- und Sozialwesens, Volkswirtschaftslehre, Recht, Sozial- und Geisteswissenschaftliche Grundlagen, Wirtschaftsenglisch, Betriebs- und Arbeitspsychologie bzw. Betriebs- und Arbeitssoziologie, Grundlagen Projektmanagement, Diagnostische und therapeutische Leistungsprozesse, Sozial- und Gesundheitswesen sowie Facility-Management.

In der Studienwahlrichtung Pflegemanagement beziehen sich im Bereich Management und Unternehmensführung die Lehrveranstaltungen auf Management- und Kommunikationstraining, Informations- und Kommunikationsmanagement sowie Personal- und Qualitätsmanagement. Als Schwerpunkte der Studienwahlrichtung werden genannt: Pflegeethik und Pflegeforschung; Spezielles Recht und Organisation sozialer Einrichtungen; Rechnungswe-

sen, Finanzierung; Pflegeprozesse und Pflegedokumentation, Pflegehandlungsfelder, Pflegewissenschaften sowie Sozialmedizin und Public Health (vgl. Rosenthal 1999: 13 f.).

3 | An der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel-Wolfsburg wird seit 1996 der grundständige Studiengang Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit den Studienrichtungen Krankenhausmanagement und Pflegemanagement mit zwei integrierten Praxissemestern angeboten [es liegt keine Studien- oder Prüfungsordnung vor]. Im Grundstudium (drei Semester) werden betriebswirtschaftliche, juristische und gesundheitswissenschaftliche Themen vermittelt. Daneben werden beispielsweise noch mathematische und statistische Grundlagen unterrichtet. Im Hauptstudium (fünf Semester) erfolgt eine zusätzliche Vertiefung „relevanter Wissenschaftsgebiete spezialisiert auf den Bereich der Krankenhausökonomie und des Pflegedienstes“ (Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel-Wolfsburg 2014). Hier werden noch zusätzlich Wahlfächer und Wahlpflichtfächer angeboten (vgl. Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel-Wolfsburg 2014).

5.2.1.3 Zu den berufsspezifischen Studiengängen

Der seit 1991 bestehende Diplomstudiengang Krankenpflegemanagement (KPM) des Fachbereichs Wirtschaft an der Fachhochschule Osnabrück gliedert sich in ein viersemestriges Grundstudium mit insgesamt 72 Semesterwochenstunden und ein viersemestriges Hauptstudium mit insgesamt 70 Semesterwochenstunden (vgl. PO FH Osnabrück 2004a: 7 f., 11 f.; PO FH Osnabrück 1997a: 935 ff.).

- Für die Diplomvorprüfung sind die Fächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre (mit 12 SWS), Rechnungswesen (mit 12 SWS), Volkswirtschaftslehre (mit 8 SWS), Wirtschaftsrecht (mit 8 SWS), Sozialwissenschaften (mit 6 SWS), Pflegewissenschaft (mit 12 SWS), Statistik (mit 4 SWS) und Mathematik (mit 4 SWS) abzuleisten. Das Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre vermittelt beispielsweise Kenntnisse des betrieblichen Gesamtzusammenhangs, Grundlagen der betrieblichen Organisation oder Grundkenntnisse des betrieblichen Beziehungsgefüges des Krankenhauses (vgl. PO FH Osnabrück 1997a: 935).
- Für die Diplomprüfung sind die Fächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre bzw. Krankenhausbetriebslehre (mit 8 SWS), Volkswirtschaftslehre bzw. Ökonomie des Gesundheitswesens (mit 8 SWS), Pflegewissenschaft (mit 10 SWS), Personalmanagement (mit 6 SWS), Finanzmanagement (mit 6 SWS), Pflegeforschung (mit 8 SWS), Recht in Einrichtungen des Gesundheitswesens (mit 4 SWS), Datenverarbeitung im Krankenhaus (mit 6 SWS) und Blockveranstaltungen im Umfang von insgesamt 6 SWS (Exkursion, Projekt, Planspiel bzw. Fallstudien) zu absolvieren. Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre bzw. Krankenhausbetriebslehre geht es um vertiefte „Kenntnisse des Krankenhausmanagements unter besonderer Berücksichtigung der Aufbauorganisation im Krankenhaus und des Managements der pflegerischen Leistungsprozesse“ (PO FH Osnabrück 1997a: 936). Die Studierenden wählen darüber hinaus im Hauptstudium ein Wahlpflichtfach (mit 8 SWS) aus – z. B. Management im Sozial- und Gesundheitswesen (hier geht es beispielsweise um ausgewählte Problemstellungen und Gestaltungsmöglichkeiten von Management- und Innovationsprozessen), Gesundheitswissenschaften, Innova-

tions- und Forschungsprojekte in der Krankenpflege (hier steht die Durchführung eines eigenständigen Innovations- oder Forschungsprojektes in der Pflegepraxis im Vordergrund), Arbeitspädagogik oder Wirtschaftspsychologie (hier werden beispielsweise Grundkenntnisse des menschlichen Verhaltens, vertiefte Kenntnisse der Organisationspsychologie oder spezielle Probleme der Wirtschaftspsychologie erörtert) (vgl. PO FH Osnabrück 1997a: 936).

5.2.2 Pflegeorientierte Diplomstudiengänge

5.2.2.1 Zu den bereichsspezifischen Studiengängen

1 | Seit 1997 bietet die Fachhochschule Jena (Fachbereich Sozialwesen) den Studiengang Pflege/Pflegemanagement als Fernstudium in 30 % Präsenzstudienanteilen und 70 % Fernstudienanteilen an (vgl. SO FH Jena 2004: 4).⁹⁶ Der grundständige Fernstudiengang dauert acht Semester (drei Semester im Grundstudium, fünf Semester im Hauptstudium) und umfasst 126 Semesterwochenstunden (vgl. PO FH Jena 2001: 14).⁹⁷

Der Diplomstudiengang in Fernstudienform „bildet auf wissenschaftlicher Grundlage mit dem Ziel der Vermittlung theoretischer Kenntnisse und praktischer Handlungskompetenzen in Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und den verschiedenen pflegerischen Tätigkeitsfeldern aus. Lehre und Studium sollen den Studierenden auf der Grundlage ihrer beruflichen Ausbildung Kenntnisse, Fähigkeiten und Methoden so vermitteln, dass sie Pflege wissenschaftlich fundiert ausüben und Führungsaufgaben im Rahmen der Pflege zu übernehmen und zu gestalten in der Lage sind. Dazu zählen insbesondere: die selbständige Auseinandersetzung mit Theorien und Modellen der Pflege sowie ihrer Bedeutung für Pflegemanagement und Pflegepraxis; die Entwicklung und Umsetzung von theoriebasierten Konzepten in Pflegemanagement und Pflegepraxis (besonders im Hinblick auf Pflegeabläufe, Organisations- und Personalentwicklung in Gesundheitseinrichtungen sowie Qualitätsmanagement); die Konzeption, Planung, Durchführung und Evaluation von eigenen Forschungsprojekten“ (SO FH Jena 2004: 5).

⁹⁶ Der Fernstudiengang ist ein von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) gefördertes Fernstudienprojekt zur Entwicklung und Erprobung eines grundständigen Fernstudiums Pflege.

⁹⁷ Die im Zusammenhang mit der Konzeption des Studienganges Pflege/Pflegemanagement an der Fachhochschule Jena 1994 durchgeführte empirische Erhebung (Fragebogen mit 14 Fragen) bezieht sich darauf, „wie Pflegenden selbst den Bedarf solcher Studiengänge sowie die damit verbundenen inhaltlichen Schwerpunkte und studienorganisatorischen Probleme einschätzen“ (Dorschner 1997: 94). In einer Vollerhebung wurden insgesamt 455 Pflegedienstleitungen (PDL) in 105 Krankenhäusern, 201 Alten- und Pflegeheimen sowie 149 Sozialstationen bzw. ambulanten Pflegediensten im Bundesland Thüringen befragt (Rücklaufquote: 58,2 %). Die Studie kommt zum Ergebnis: „Im Hinblick auf die Studienform sprechen sich 74,1 % der PDL für ein berufsbegleitendes bzw. berufsintegrierendes Teilzeitstudium aus, nur 11,2 % bevorzugen das Vollzeitstudium. [...] Besonders bemerkenswert ist das hohe Interesse an einem Studiengang, der mindestens zur Hälfte als Fernstudium organisiert ist (65,2 %)“ (Dorschner 1997: 99). Hintergrund: 29,4 % der Nennungen entfallen auf die Kategorie Fernstudium mit Präsenzanteilen, 26,2 % auf Präsenzstudium und Fernstudium zu gleichen Anteilen und 13,5% Präsenzstudium mit Fernstudienanteilen bei der Frage „Das Studium sollte organisiert sein als“. 11,7 % der Nennungen beziehen sich auf die Kategorie Reines Präsenzstudium und 9,6 % auf Reines Fernstudium. Fazit: „Ein berufsbegleitender bzw. berufsintegrierender Studiengang mit einem der beruflichen Situation von Pflegenden gerecht werdenden Verhältnis von Präsenz- und Fernstudien- bzw. Selbststudienanteilen erscheint als die optimale Variante“ (Dorschner 1997: 100).

Die Studienordnung von 1997 weist für das Grundstudium die vier Studienbereiche Grundlagen der Pflege bzw. Pflegewissenschaft (mit 21 SWS), Betriebswirtschaftliche Grundlagen der Pflege (mit 9 SWS), Sozial- und geisteswissenschaftliche Grundlagen der Pflege (mit 12 SWS) sowie Naturwissenschaftliche und medizinische Grundlagen der Pflege (mit 8 SWS) aus – hier ist auch noch ergänzend die Reflexion berufspraktischen Handelns (mit 2 SWS) verortet (vgl. Fachhochschule Jena 1997: 4 f.). Das Hauptstudium umfasst Studienbereiche, Vertiefungsrichtungen, Projekte und Wahlkurse. Als Studienbereiche werden Modelle und Theorien der Pflege (mit 4 SWS) und Pflegeforschung (mit 4 SWS) genannt. Neben der Theorie und Praxis der Pflege wird Pflegemanagement als Vertiefungsrichtung (mit 28 SWS) angeboten – dazu gehören beispielsweise die Lehrinhalte Personalmanagement (mit 4 SWS) oder Qualitätsmanagement (mit 6 SWS). Als Wahlmöglichkeiten für diese Vertiefungsrichtung gibt es beispielsweise Krankenpflege, Altenpflege oder Ambulante Pflege (mit jeweils 14 SWS). Die Projektarbeit (Handlungsbedingungen der Pflege analysieren, Konzepte auf wissenschaftlicher Basis erstellen) ist mit 4 SWS ausgewiesen. Der Umfang der Wahlkurse beträgt 8 SWS und bezieht sich beispielsweise auf Spezielle Forschungsmethoden und Besondere Formen der Pflege oder greift z. B. das Thema Transkulturelle Pflege auf (vgl. Fachhochschule Jena 1997: 5 ff.). Das Curriculum der Fachhochschule Jena (1998) nennt 118 SWS – wobei 52 SWS auf das Grundstudium und 66 SWS auf das Hauptstudium entfallen (vgl. Fachhochschule Jena 1998: 5). Hier wird in der Vertiefungsrichtung Pflegemanagement der Lehrinhalt Unternehmensführung in der Pflege (mit 17 SWS) ausgewiesen – dazu gehören beispielsweise die Themen Unternehmensgründung, Betriebswirtschaftslehre, Besonderheiten der Unternehmensführung in der Pflege, Marketing in der Pflege, Personalmanagement oder Informations- und Kommunikationstechnologien (vgl. Fachhochschule Jena 1998: 10 ff.).

Nach der Studienordnung von 2004 gliedert sich das Grundstudium in die Studienbereiche (vgl. SO FH Jena 2004: 6 f.):

- Grundlagen der Pflege bzw. Pflegewissenschaft (mit 20 SWS)
 - z. B. Geschichte der Pflege und des Pflegeberufes, Modelle und Theorien der Pflege
- Grundlagen des Pflegemanagements (mit 12 SWS)
 - z. B. Grundlagen der Betriebswirtschaft, Managementforschung
- Sozial- und geisteswissenschaftliche Grundlagen der Pflege (mit 15 SWS)
 - z. B. Grundlagen der Kommunikation, Sterben und Tod
- Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Pflege (mit 4 SWS)
 - z. B. Gesundheitspolitik, Gesundheitssysteme im Vergleich
- Methoden bzw. Statistik (mit 8 SWS)

Das Hauptstudium umfasst Studienbereiche, Reflexion berufspraktischen Handelns, Vertiefungsrichtungen, Projekte und Wahlpflichtkurse (vgl. SO FH Jena 2004: 7 f.). Im Studienbereich des gemeinsamen Hauptstudiums sind zu absolvieren (Pflichtveranstaltungen mit 34 SWS): Pflege bzw. Pflegewissenschaft (mit 8 SWS), Pflegemanagement (mit 12 SWS), Gesundheitswissenschaft bzw. Public Health (mit 4 SWS), Kommunikation (mit 4 SWS) und Reflexion berufspraktischen Handelns (mit 4 SWS).

Im Hauptstudium werden die zwei Vertiefungsrichtungen Pflegemanagement sowie Theorie und Praxis der Pflege (mit jeweils 25 SWS) angeboten. In der Vertiefungsrichtung Pflegemanagement werden die Studierenden „für leitende Funktionen in Einrichtungen des Gesundheitswesens qualifiziert. Vor dem fachtheoretischen Hintergrund der Wirtschafts-, Sozial-, Geistes- und Pflegewissenschaften sollen die Studierenden lernen, die Arbeitsgebiete des Pflegemanagements kritisch zu hinterfragen und theoriebasierte interdisziplinäre Handlungskonzepte für die Nutzer des Gesundheitswesens entwickeln und anwenden können“ (SO FH Jena 2004: 8). Diesbezüglich werden beispielsweise die Fächer Volkswirtschaftslehre (z. B. Mikroökonomik), Betriebswirtschaftslehre (z. B. Finanzierung, Investition) oder allgemeine Grundlagen der Unternehmensführung (z. B. Managementprozess) sowie im Bereich der Unternehmensführung in der Pflege (z. B. Unternehmensgründung, Marketing in der Pflege oder Controlling in der Pflege) angeboten (vgl. Rosenthal 1999: 15).

Im Rahmen der Projektarbeit (mit 5 SWS) „soll mittels forschendem Lernen die Befähigung erworben werden, Handlungsbedingungen der Pflege zu analysieren sowie Konzepte auf wissenschaftlicher Basis zu erstellen“ (SO FH Jena 2004: 8). In den Wahlpflichtkursen (mit 3 SWS) werden aktuelle Probleme der Pflegewissenschaft, des Pflegemanagements oder der Pflegepraxis aufgegriffen.

2 | An der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Bochum) wird seit 1995 der grundständige Studiengang Pflege mit einem Studienschwerpunkt zum Bereich Pflegemanagement angeboten [es liegt keine Studien- oder Prüfungsordnung vor]. Der achtsemestrige Studiengang mit einem integrierten Praxissemester (bei 134 Semesterwochenstunden) will auf der Basis eines umfassenden Pflegeverständnisses die Pflegewissenschaft als grundlegendes Fach etablieren, eine enge Verknüpfung von Theorie und Praxis anstreben und auf vier Kompetenzprofile hin (Pflegekompetenz, psychosoziale Kompetenz, Managementkompetenz sowie Forschungs- und Planungskompetenz) akademisch ausbilden (vgl. Zander 1994: 120 ff.).

- Das Grundstudium (erkenntnisorientiert) basiert curricular auf einem modularen Modell mit drei Säulen (mit unterschiedlichen Anforderungsebenen): Grundlagen- und Orientierungsbereiche der Pflege (dazu gehören beispielsweise die Module Sozial- und kommunikationswissenschaftliche Grundlagen, Rechtliche Grundlagen, Betriebs- und finanzwirtschaftliche Grundlagen, Organisations- und verwaltungswissenschaftliche Grundlagen oder Arbeitswissenschaftliche Grundlagen), Pflegespezifische Theorie- und Handlungsbereiche (dazu gehören beispielsweise die Module Identität und Rolle der Pflege, Konzepte des alters- und gruppenspezifischen Pflegebedarfs, Intermediäre Versorgungsformen und Vernetzung der Pflege, Personalführung und Personalentwicklung oder Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung), Bereiche der Reflexion und Bewältigung sowie instrumenteller und kreativer Ergänzung (dazu gehören beispielsweise die Module Formen und Techniken der Stressbewältigung, Gesprächsführung bzw. Beratung oder Rhetorik und Präsentation) (vgl. Zander 1994: 128 f.).
- Im Hauptstudium (anwendungsorientiert) werden curricular die Inhalte des Grundstudiums „in einer vertiefenden, differenzierenden und spezifisch anwendungsorientierten Form er-

neut aufgegriffen“ (Zander 1994: 128). Es werden hier modularisierte Vertiefungsbereiche bzw. Studienschwerpunkte angeboten (mit Kombinationsmöglichkeiten). Der eine Studienbereich (I) bezieht sich auf die Pflege in stationären Einrichtungen bzw. Pflege in ambulanten Einrichtungen (hier sind die beiden Vertiefungen jeweils Organisation und Management), die anderen drei Studienbereiche (II) sind bezogen auf das Versorgungssystem (Vernetzung, Koordination, Planung von Angeboten und Übergängen im Versorgungssystem), auf Mitarbeiter und Klienten (Beratung, Bildung, Anleitung) oder auf alters- und gruppenspezifische Pflegesituationen (Konzept- und Methodenentwicklung). Im Studienschwerpunkt (I) „sollen Schlüsselqualifikationen erworben werden, die zur Entwicklung und organisatorischen Umsetzung pflegerischer Ziele und Qualitätsmaßstäbe, zur Personalführung und zur Übernahme von Verantwortung in der Betriebs- und Organisationsleitung befähigen. Neben Qualifikationen, die auf rationale Planung und Problemlösung abzielen, wird es in diesem Schwerpunkt vor allem auch um Themen der Organisationsentwicklung und -kultur“ gehen (Zander 1994: 136).

Der Studienplan weist fünf Studienbereiche aus:

- Kontexte und Erkenntnisgrundlagen der Pflege – im Grundstudium mit 24 SWS und im Hauptstudium (Vertiefungen) mit 8 SWS
- Theorie, Methoden und Prozess der Pflege – im Grundstudium mit 34 SWS und im Hauptstudium (Vertiefungen) mit 14 SWS
- Versorgungs- bzw. Dienstleistungssysteme und Pflege – im Grundstudium mit 14 SWS und im Hauptstudium (Vertiefungen) mit 14 SWS
- Person und Beruf der Pflegenden – im Grundstudium mit 16 SWS und im Hauptstudium (Vertiefungen) mit 10 SWS
- Handlungsfelder und Kompetenzprofile (als Vertiefungen im Hauptstudium mit insgesamt 26 SWS angegeben)

5.2.2.2 Zu den bereichsübergreifenden Studiengängen

1 | 1994 legte die Fachhochschule Hamburg ein Konzept für einen grundständigen Studiengang Pflege und Gesundheit mit einer differenzierten Berufsfeldorientierung im Bereich Pflege bzw. Gesundheit vor (verschiedene Einsatzbereiche, unterschiedliche Kompetenzen) (vgl. Fachhochschule Hamburg 1994). Ziel des achtsemestrigen Studienganges ist „die Verbesserung der Handlungskompetenz von Führungskräften [...] sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich“ (Fachhochschule Hamburg 1994: 7). Der Diplomstudiengang (dreisemestriges Grundstudium, fünfsemestriges Hauptstudium) ist interdisziplinär angelegt und es werden „sowohl naturwissenschaftliche als auch betriebswirtschaftliche, sozialwissenschaftliche und rechtliche Qualifikationen neben der eigentlichen Pflegewissenschaft berücksichtigt“ (Fachhochschule Hamburg 1994: 9).

Das Grundstudium wird gemeinsam absolviert und es bilden die fachwissenschaftlichen Disziplinen (Pflegerwissenschaft, Gesundheitswissenschaft) einen zentralen Block – daneben werden unterschiedliche Bezugswissenschaften vermittelt. Im Hauptstudium ist eine funktionale Spezialisierung möglich – es werden die drei Vertiefungsbereiche Management, Bera-

tung und Forschung angeboten. „Diese Vertiefungsrichtungen sind sowohl für den Bereich Pflege als auch für den Bereich Gesundheit zugänglich. Sie unterscheiden sich für beide Bereiche nicht hinsichtlich des Fächerspektrums“ (Fachhochschule Hamburg 1994: 10).

- Das Studienkonzept weist im Studienplan für das Grundstudium (74 Semesterwochenstunden) die Fachgebiete Wissenschaftliches Arbeiten (mit 12 SWS), Fachwissenschaft Gesundheit und Pflege (Praxisbegleitendes Seminar mit 2 SWS, Fachtheorie mit 10 SWS, Fachprojekte mit 12 SWS) und Bezugswissenschaften (Naturwissenschaften mit 14 SWS, Psychologie und Pädagogik mit 6 SWS, Sozialwissenschaften mit 6 SWS, Ökonomie mit 6 SWS und Recht mit 6 SWS) aus (vgl. Fachhochschule Hamburg 1994: 12).
- Der Studienplan nennt für das Hauptstudium Pflege (77 Semesterwochenstunden) die Fachgebiete Wissenschaftliches Arbeiten (Fremdsprache) mit 2 SWS, Fachwissenschaft Gesundheit und Pflege (Praxisbegleitendes Seminar mit 2 SWS, Fachtheorie mit 10 SWS, Fachpraxis mit 8 SWS) und Bezugswissenschaften (Naturwissenschaften mit 8 SWS, Psychologie und Pädagogik mit 6 SWS, Sozialwissenschaften mit 4 SWS, Ökonomie mit 6 SWS und Recht mit 6 SWS). Bei der funktionalen Spezialisierung Management sind insgesamt 25 SWS zu absolvieren – dazu gehören die Lehrinhalte Organisationsentwicklung, Personalführung und Personalentwicklung, Personalbedarfsermittlung, Personaleinsatzplanung, Arbeitsorganisation, Projektmanagement sowie Qualitätssicherung (vgl. Fachhochschule Hamburg 1994: 13 f.).

Die Fachhochschule Hamburg bietet seit 1996 den grundständigen Studiengang Pflege mit dem interdisziplinären Vertiefungsbereich Management an. „Ziel des Studiums ist eine pflegewissenschaftliche Qualifizierung, die die Studierenden in die Lage versetzt, in pflegerischen Arbeitsfeldern Aufgaben der Leitung, Beratung und Konzeptentwicklung verantwortlich zu übernehmen. Durch das Studium erwerben die Studierenden fachliche Kenntnisse, Methodenkompetenz und die Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten“ (SPO FH Hamburg 2001: 2097). Das Studium beträgt acht Semester (drei Semester Grundstudium, fünf Semester Hauptstudium) und umfasst insgesamt 160 Lehrveranstaltungsstunden (LVS) – im Grundstudium 75 LVS und im Hauptstudium 85 LVS.

Die Prüfungsordnung von 1998 weist für das Grundstudium im Studiengang Pflege (75 SWS) die Fachgebiete Allgemeinwissenschaftliche Veranstaltungen (mit insgesamt 15 SWS), Fachwissenschaft Pflege (mit insgesamt 22 SWS) und Bezugswissenschaften (mit insgesamt 38 SWS) aus (vgl. PO FH Hamburg 1998 [Anlage Studienplan – Grundstudium]: 1 ff.). Für das Hauptstudium werden in der Vertiefungsrichtung Management und Organisation insgesamt 26 SWS angegeben – dazu gehören die Lehrinhalte Einführung in das Personalmanagement (2 SWS); Einführung in das Projektmanagement (2 SWS); Qualitätsmanagement (2 SWS); Finanzierung, Investition, Rechnungswesen (2 SWS); Arbeitsrecht (2 SWS); Finanzierung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen (2 SWS); Organisation (4 SWS); Personalentwicklung (2 SWS); Marketing und Öffentlichkeitsarbeit (2 SWS); Organisationsentwicklung (2 SWS) sowie Personalführung (mit Training) im Umfang von 4 SWS (vgl. PO FH Hamburg 1998 [Anlage Studienplan – Hauptstudium]: 6). Dieser Vertiefungsbereich befasst sich schwerpunktmäßig mit der Unternehmensführung und Personalführung und ist auf Sozi-

al- und Gesundheitseinrichtungen hin orientiert. Die Vertiefungsrichtung nimmt als soziales Management „einerseits allgemein zugängliches Managementwissen und die entsprechenden Methoden auf“, bezieht aber „andererseits die Besonderheiten dieser Institutionen mit ein“ (Fachhochschule Hamburg 1999: 13). Es werden mit dem Angebot interdisziplinärer Vertiefungsbereiche zwei Ziele verfolgt: „Die Studierenden erhalten durch die Möglichkeit der Schwertpunktbildung [...] den Gestaltungsrahmen für eine den individuellen Interessen und Neigungen entsprechende Profilbildung“ und zum anderen die Möglichkeit, „multidisziplinäre Problembearbeitung einzuüben und auf die Weise eine zu starke, die Kooperation beeinträchtigende Einengung auf eine professionsbezogene Sichtweise zu überwinden“ (Fachhochschule Hamburg 1999: 25).

Im Grundstudium werden vier Fachgebiete angeboten (vgl. SPO FH Hamburg 2001: 2108):

- Fachübergreifender Bereich – mit insgesamt 17 LVS bei drei Studienfächern (z. B. Theorie und Methode des wissenschaftlichen Arbeitens)
- Fachwissenschaft Pflege – mit insgesamt 26 LVS bei drei Studienfächern (z. B. Fachprojekte Pflegewissenschaft)
- Fachwissenschaft Gesundheit – mit insgesamt 24 LVS bei vier Studienfächern (z. B. Naturwissenschaftliche Grundlagen)
- Bezugswissenschaften – mit insgesamt 36 LVS bei fünf Studienfächern (z. B. Psychologie, Ökonomie – mit 8 LVS)

Im Hauptstudium werden vier Fachgebiete angeboten (vgl. SPO FH Hamburg 2001: 2108):

- Fachübergreifender Bereich – mit insgesamt 6 LVS bei drei Studienfächern (z. B. Moderation und Präsentation)
- Fachwissenschaft Pflege – mit insgesamt 44 LVS bei drei Studienfächern (z. B. Fachtheorie Pflegewissenschaft)
- Fachwissenschaft Gesundheit – mit insgesamt 58 LVS bei vier Studienfächern (z. B. Fachprojekte Gesundheitswissenschaft)
- Interdisziplinäre Vertiefungsbereiche – mit insgesamt 72 LVS bei fünf Studienfächern (z. B. Individuelles Verhalten und Erleben, Management – mit 24 LVS).

2 | Die Fachhochschule Frankfurt am Main bietet seit 1993 den Diplomstudiengang Pflege mit einem Theoriefach Management an. „Ziel des Studiums ist es, für Leitungsaufgaben in der klinischen Pflegeentwicklung zu befähigen. Dazu zählen insbesondere: die Erfassung von komplexen Pflegesituationen; die Entwicklung von angemessenen Pflegekonzepten; [...] die Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeabläufen; [...] die Fähigkeit, Veränderungen im Pflegebedarf und Weiterentwicklungen in den Handlungskonzepten zu erkennen und für die Praxis umzusetzen“ (SO FH Frankfurt 1995b: 2885).

Dazu sollen die Studierenden beispielsweise wissenschaftliche Erkenntnisse selbständig erarbeiten und problembezogen auf die Pflegepraxis anwenden können sowie Professionalisie-

rungsprozesse in der Pflege (aktiv) unterstützen oder in der Gesundheitsplanung bzw. Gesundheitsforschung tätig werden (vgl. SO FH Frankfurt 1995b: 2885).⁹⁸

Das Studium gliedert sich in ein dreisemestriges Grundstudium und in ein fünfsemestriges Hauptstudium; der zeitliche Umfang des Studiums beträgt 144 Semesterwochenstunden – mit 72 SWS im Grundstudium und ebenfalls 72 SWS im Hauptstudium (davon 30 SWS Pflichtfächer und 42 SWS Wahlpflichtfächer).

- Im Grundstudium werden die sieben Grundlagenfächer Pflegewissenschaft; Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Alter; Sozialisation; Sozialstruktur und Gesundheitswesen, Naturwissenschaftliche Grundlagen der Pflege; Recht und Organisation (vorher Verwaltungslehre) sowie Reflexion des Studiums angeboten (vgl. SO FH Frankfurt 1995b: 2887; Kraushaar, Müller 1993: [Anlage Prüfungsordnung]: 59).
- Das Hauptstudium besteht aus den vier Theoriefächern Theorie und Praxis der Pflege; Gesundheitsförderung und Rehabilitation; Anleitung, Beratung, Weiterbildung und Management (vorher Organisation und Management). Darüber hinaus werden fünf Schwerpunktfächer (Pflegesituationen bei somatischen Erkrankungen, Pflegesituationen bei psychischen Erkrankungen, Pflegesituationen im Alter, Pflegesituationen bei Behinderungen, Pflegesituationen bei Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter) und fünf Ergänzungsfächer (Sozialwesen; Sozial- und Kulturwissenschaften; Mathematik, Naturwissenschaften, Datenverarbeitung; Sozial- und Gesundheitssysteme in Europa; Wohnen und technische Hilfen) angeboten (vgl. SO FH Frankfurt 1995b: 2887 f.; Kraushaar, Müller 1993: [Anlage Prüfungsordnung]: 59). Im Theoriefach Management (mit insgesamt 6 SWS) werden allgemeine Fragen des Wirtschaftens in Pflegorganisationen behandelt – das Fach gliedert sich in die Themenbereiche Betriebslehre für Einrichtungen der Pflege, Personalwirtschaft in Einrichtungen der Pflege, Organisationskultur und Öffentlichkeitsarbeit sowie Grundlagen des Vertrags- und Gesellschaftsrechts (vgl. PPO FH Frankfurt 1995: 2899). Zum Hauptstudium gehört auch das Projektstudium (mit 14 SWS), das als fächerübergreifender Teil in festen Gruppen konzipiert ist. Die Projektgruppe erarbeitet „ein komplexes Pflegeproblem und entwickelt Lösungskonzepte und Handlungsvorschläge“ (PPO FH Frankfurt 1995: 2900).

3 | Der grundständige Studiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft wird von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Medizinische Fakultät) mit einer Hauptstudienrichtung Pflege- und Gesundheitsmanagement angeboten. „Das Studium bereitet die Studierenden theoretisch und praktisch auf spätere forschungsbasierte und forschende Tätigkeit in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Praxis vor.“ Die Studierenden sollen „die Fähigkeit erwerben, sich in vielfältigen Aufgaben anwendungs-, forschungs- oder lehrbezogener Tätig-

⁹⁸ Kraushaar und Müller (1993) betonen die pflegewissenschaftliche Grundlegung des Studiums – im Grundstudium stellt die Pflegewissenschaft „Rahmen und Orientierung für die Analyse von Pflegesituationen“ bereit, im Hauptstudium gilt die Pflegewissenschaft als „handlungsleitende Theorie“ für die Pflegeperson“ (Kraushaar, Müller 1993: 23, 25). Durch das pflegewissenschaftliche Studium sollen Schlüsselqualifikationen (wie beispielsweise die Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die eigenständige Arbeitsplanung, Rollendistanz oder die Fähigkeit zur Konfliktverarbeitung) durch verschiedene Formen im Studium (beispielsweise durch selbstgesteuerte Einzelarbeit oder gruppenbezogene Projektarbeit) vermittelt werden (vgl. Kraushaar, Müller 1993: 27).

keitsfelder der Pflege- und Gesundheitswissenschaft selbständig einzuarbeiten, wissenschaftliche Erkenntnisse selbständig zu erarbeiten und kritisch einzuordnen und für praktische Entscheidungen heranzuziehen“ (SO MLU Halle-Wittenberg 2000: 2).

Das Studium gliedert sich in ein viersemestriges Grundstudium (mit 70 SWS) und in ein viersemestriges Hauptstudium (mit 76 SWS). Nach einem gemeinsamen Grundstudium wählen die Studierenden eine Hauptstudienrichtung aus – es werden drei Richtungen angeboten:

- Allgemeine und klinische Pflege- und Gesundheitswissenschaft
- Pflege- und Gesundheitspädagogik und Medizinpädagogik
- Pflege- und Gesundheitsmanagement

Im Grundstudium werden die drei Fächergruppen Allgemeine und spezielle Pflege- und Gesundheitswissenschaft (hierzu zählen z. B. Grundlagen wissenschaftlich fundierter Pflege oder Methoden und Ergebnisse der Pflegeforschung) mit insgesamt 38 SWS, Human- und biowissenschaftliche Grundlagen (hierzu gehören z. B. Anatomie, Biochemie) mit insgesamt 16 SWS sowie Sozialwissenschaftliche Grundlagen (hierzu zählen z. B. Soziologie, Ökonomie) mit insgesamt 16 SWS angeboten (vgl. SO MLU Halle-Wittenberg 2000: 3 f., PO MLU Halle-Wittenberg 1999: 6 ff.)

Im Hauptstudium gibt es gemeinsame (übergreifende) Lehrgebiete für alle Studierende, die sich „auf die Entwicklung grundlegender Fähigkeiten im Bereich Management, Personalentwicklung und Forschung von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens“ beziehen (SO MLU Halle-Wittenberg 2000: 4). Die Hauptstudienrichtung Pflege- und Gesundheitsmanagement umfasst insgesamt 46 SWS; hier werden beispielsweise Organisationswissenschaft (mit 8 SWS), Methoden der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (mit 6 SWS) sowie Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaftslehre (mit 6 SWS) unterrichtet – aber auch (quantitative und qualitative) Forschungsmethoden (mit 4 SWS), Gesundheit und Krankheit in den Lebensphasen (mit 3 SWS) und als Kurs Gesprächsführung (mit 3 SWS). Ergänzend werden forschungsorientierte Studienprojekte (mit 30 SWS) genannt (vgl. SO MLU Halle-Wittenberg 2000: 4, 6 f.; PO MLU Halle-Wittenberg 1999: 9 ff.)

4 | Der Diplomstudiengang Pflegewissenschaft wird von der Fachhochschule Osnabrück (Fachbereich Wirtschaft) seit 1993 mit einem Wahlpflichtfach Management im Sozial- und Gesundheitswesen angeboten. Das Studium gliedert sich in ein viersemestriges Grundstudium (72 Semesterwochenstunden) und in ein viersemestriges Hauptstudium (54 Semesterwochenstunden).

- Die Prüfungsordnung weist für die Diplomvorprüfung die Studienfächer Pflegewissenschaft (mit 12 SWS), Naturwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Sozialwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Kommunikation (mit 12 SWS), Krankenhausbetriebslehre (mit 6 SWS), Ökonomie des Gesundheitswesens (mit 4 SWS), Recht im Gesundheitswesen (mit 6 SWS), Statistik (mit 4 SWS), EDV (mit 4 SWS) und Fachenglisch (mit 6 SWS) aus (vgl. PO FH Osnabrück 1997b: 170 ff.). Im Studienfach Kran-

kenhausbetriebslehre werden „Kenntnisse der Aufbau- und Ablauforganisation, der personalwirtschaftlichen Problemstellungen und der Finanzierung des Krankenhausbetriebes unter besonderer Berücksichtigung des Pflegebereichs“ vermittelt (PO FH Osnabrück 1997b: 171). Im Studienfach Ökonomie des Gesundheitswesens geht es um „Grundkenntnisse der Zusammenhänge zwischen dem ökonomischen Gesamtsystem und dem Gesundheitssystem“ (PO FH Osnabrück 1997b: 172).

- Die Prüfungsordnung nennt für die Diplomprüfung die Studienfächer Pflegewissenschaft (mit 8 SWS), Pflegeforschung (mit 12 SWS), Multidisziplinäre Problemanalysen in der Pflege (mit 16 SWS), Erziehungswissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Sozialwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 4 SWS), Wahlpflichtfach (mit 8 SWS) und Blockveranstaltungen – Exkursion, Projekt, Planspiel bzw. Fallstudie (vgl. PO FH Osnabrück 1997b: 171 ff.). Im Hauptstudium ist aus dem Lehrangebot ein Wahlpflichtfach auszuwählen (z. B. Umweltökonomie, Arbeitspädagogik, Organisationspsychologie) – im Wahlpflichtfach Management im Sozial- und Gesundheitswesen geht es um „Kenntnisse ausgewählter Problemstellungen und Gestaltungsmöglichkeiten von Management- und Innovationsprozessen.“ Das Wahlpflichtfach Organisationspsychologie vermittelt „Kenntnisse ausgewählter organisationspsychologischer Wissensgebiete, die aus der Perspektive der lernenden Organisation kritisch betrachtet und auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten im Sinne einer innovativen Organisationsentwicklung hinterfragt werden sollen“ (PO FH Osnabrück 1997b: 172).

5 | Die Fachhochschule Neubrandenburg bietet seit 1994 den grundständigen Studiengang Pflege und Gesundheit (acht Semester) mit einem Schwerpunktfach Management im Gesundheitswesen an. Das dreisemestrige Grundstudium umfasst die Fachgebiete Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaften, Management im Gesundheitswesen und Sozialwissenschaftliche Grundlagen. Als Prüfungsvorleistungen werden die Mitarbeit an einem Projekt, die Teilnahme an einer Exkursion und ein Leistungsschein in Fachenglisch genannt (vgl. PO FH Neubrandenburg 1998: 923 f.). Im fünfsemestrigen Hauptstudium „erfolgt eine Schwerpunktbildung durch Wahl eines der Fachgebiete Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaften oder Management im Gesundheitswesen“ (PO FH Neubrandenburg 1998: 924). Die Diplomprüfung besteht aus fünf Fachprüfungen in den Studienfächern Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaften, Management im Gesundheitswesen, (angewandte) Sozialwissenschaften und dem Schwerpunktfach.

5.2.2.3 Zu den berufsspezifischen Studiengängen

Der Diplomstudiengang Krankenpflege an der Fachhochschule Osnabrück besteht seit 1994 und ist in ein viersemestriges Grundstudium mit insgesamt 72 Semesterwochenstunden und ein viersemestriges Hauptstudium mit insgesamt 54 Semesterwochenstunden gegliedert (vgl. PO FH Osnabrück 1994: 515). Der Studiengang bietet auch wirtschaftlich orientierte Fächer bzw. Themen an.

- Für die Diplomvorprüfung ist ein Nachweis über Fachprüfungen und Studienleistungen in den Bereichen Krankenpflege (mit 12 SWS), Naturwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Sozialwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Kommunikation

(mit 12 SWS), Krankenhausbetriebslehre (mit 6 SWS), Recht im Gesundheitswesen (mit 6 SWS), Ökonomie des Gesundheitswesens (mit 4 SWS), Statistik (mit 4 SWS), EDV (mit 4 SWS) und Fachenglisch (mit 6 SWS) zu erbringen (vgl. PO FH Osnabrück 1994: 521). Im Fach Krankenhausbetriebslehre sollen „Kenntnisse der Aufbau- und Ablauforganisation, der personalwirtschaftlichen Problemstellungen und der Finanzierung des Krankenhausbetriebes unter besonderer Berücksichtigung des Krankenpflegebereichs“ vermittelt werden (PO FH Osnabrück 1994: 521).

- Die Diplomprüfung beinhaltet die Fächer bzw. Themen zu den Bereichen Krankenpflege (mit 20 SWS), Multidisziplinäre Problemanalysen in der Krankenpflege (mit 16 SWS), Erziehungswissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 6 SWS), Sozialwissenschaftliche Schwerpunktthemen (mit 4 SWS) und Blockveranstaltungen (Exkursion, Projekt, Planspiel bzw. Fallstudie). Darüber hinaus wählen die Studierenden aus dem Lehrangebot (z. B. Innovations- und Forschungsprojekte in der Krankenpflege, Arbeitspädagogik oder Umweltökonomie) ein Wahlpflichtfach aus (vgl. PO FH Osnabrück 1994: 521 f.). Bei den sozialwissenschaftlichen Schwerpunktthemen gehören zu den Prüfungsanforderungen: „Kenntnisse ausgewählter sozialwissenschaftlicher Wissensbereiche, deren Vertiefung einen wesentlichen Beitrag zu Problemlösungen und zur Entwicklung entsprechender Handlungsstrategien in der Pflegepraxis [...] und dem Pflegemanagement darstellt“ (PO FH Osnabrück 1994: 522).

5.3 Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule

„In allen entwickelten Industriegesellschaften gilt es als ein wichtiges gesellschafts- und hochschulpolitisches Ziel, für den Personenkreis, der kein Studium an einer Präsenzhochschule aufnehmen kann oder in der Vergangenheit nicht aufnehmen konnte, möglichst breit gefächerte Fernstudien für seine wissenschaftliche Ausbildung anzubieten. Eine ebenso wichtige Aufgabe des Fernstudiums besteht darin, ein differenziertes berufsbezogenes Angebot für die wissenschaftliche Weiterbildung Berufstätiger bereitzuhalten“ (Wissenschaftsrat 1992: 3).

Die 1996 gegründete und 1997 staatlich anerkannte Hamburger Fern-Hochschule bot zunächst die beiden grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen an.⁹⁹ Der 1998 konzipierte und ab 2001 offiziell angebotene Diplomstudiengang Pflegemanagement erweiterte das bestehende Angebot der Fern-Fachhochschule Hamburg und ergänzte es um eine akademische Qualifizierungsmöglichkeit im Pflegebereich. Damit wurde in bildungs- und berufspolitischer Hinsicht dem seit einigen Jahren stattfindenden Akademisierungsprozess der Pflegeberufe in Deutschland entsprochen.

Nachstehend werden die zentralen Aspekte des Studienkonzepts der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) näher erläutert (vgl. Fern-Fachhochschule Hamburg 1996, 1998). Darüber hinaus wird eingangs Bezug genommen auf allgemeine Grundsätze des Fernstudiums an einer

⁹⁹ Die Fern-Fachhochschule Hamburg (FFH) nennt sich mit der Genehmigung des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg zum Führen eines neuen Namens (datiert vom 23. Juli 2002) Hamburger Fern-Hochschule (HFH). Die Dokumente und Materialien sind dementsprechend ausgewiesen.

Hochschule (vgl. Wissenschaftsrat 1992; Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen 1995, 2000; Peters 1997).

5.3.1 Zum Profil der Hamburger Fern-Hochschule

5.3.1.1 Grundsätzliche Aspekte des Fernstudiums

Als Fernstudium bezeichnet man eine im „angeleiteten Selbststudium durchgeführte wissenschaftliche Aus- und Weiterbildung. Die Vermittlung des Lehrstoffes sowie die Sicherung und Überprüfung des Lernerfolges erfolgt weitgehend mit Hilfe räumlich weitreichender Medien“ – der Lernprozess wird durch „didaktisch entsprechend aufbereitetes Studienmaterial unterstützt. Den Lernenden soll damit eine zeitliche Flexibilisierung des Studiums und eine räumliche Unabhängigkeit ermöglicht werden. [...] Allgemein wird dem Fernstudium die Aufgabe zugewiesen, den Zugang zur Hochschule für Bevölkerungsgruppen offenzuhalten, die aus beruflichen oder privaten Gründen ein Präsenzstudium nicht absolvieren können oder wollen. Das Fernstudium soll ferner berufstätigen Hochschulabsolventen eine berufsbezogene wissenschaftliche Weiterbildung ermöglichen“ (Wissenschaftsrat 1992: 5).

Neben dieser allgemeinen Charakterisierung besteht aber das Besondere des Fernstudiums in der Selbststeuerung des Lernens. Trotz verschiedener direkter und indirekter Unterstützungshilfen stellt die Fernstudienform hohe Anforderungen an die Kompetenz ihrer Studierenden im Hinblick auf das selbstgesteuerte Lernen. Damit wird die Selbstorganisation der Lernprozesse (mit ihren Komponenten) zu einer zentralen Schlüsselqualifikation, die im Fernstudium gefordert und gefördert wird.

Der Wissenschaftsrat (1992) stellt in seinen grundlegenden Empfehlungen zum Fernstudium für den Bereich der Fachhochschulen fest, dass ein besonderes Defizit im Angebot an Fachhochschulstudiengängen im Fernstudium besteht. „Aufgrund der Berufsorientierung und der kürzeren Studiendauer eignen sich Fachhochschulstudiengänge prinzipiell für das Fernstudium“ (Wissenschaftsrat 1992: 77). Für ein berufsbegleitendes Fachhochschulstudium in Fernstudienform sind vor allem didaktische Vorüberlegungen notwendig. „Mehr noch als die Lehre an Präsenzhochschulen bedarf die Fernlehre einer didaktischen Strukturierung. Ein regelmäßiger Kontakt zwischen Lehrenden und Lernenden ist im Fernstudium nicht gegeben. Das Lehrmaterial muß sich weitgehend selbst erklären oder entsprechende Hilfen geben. Hinzu kommt, daß Fernstudenten durchschnittlich älter und in der Regel berufstätig sind und somit unter anderen Lebensumständen lernen als Präsenzstudenten“ (Wissenschaftsrat 1992: 83).

Grundsätzlich können im Fernstudienbereich zwei didaktische Grundmodelle bezüglich des Verhältnisses von Selbststudienanteilen und Präsenzanteilen unterschieden werden (vgl. Wissenschaftsrat 1992: 65, Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 24):

- Im Korrespondenzfernstudium ist der (quantitative) Anteil des Selbststudiums sehr hoch und der Präsenzanteil minimal; die Präsenzveranstaltungen haben lediglich unterstützenden, freiwilligen oder prüfungsbezogenen Charakter.

- Im Konsultationsfernstudium ist der (quantitative) Anteil des Selbststudiums geringer und der Präsenzanteil sehr hoch; die Präsenzveranstaltungen spielen eine tragende Rolle und können eine inhaltliche Vermittlungsfunktion übernehmen.

Alle bisherigen Erfahrungen deuten darauf hin, dass „der Umfang der Präsenzphasen den Studienerfolg positiv“ beeinflusst. „Präsenzveranstaltungen sind notwendig, weil auch in einem weitgehend auf mediale Vermittlung gestützten Bildungsgang Studierenden die Möglichkeit zu Rückfragen und klärenden Gesprächen“ gegeben sein muss; die Lehrenden Fehlinterpretationen“ und Missverständnisse im „Kontakt mit Lernenden erkennen und ausräumen müssen; Gespräche der Lernenden untereinander jedem einzelnen den Vergleich der erzielten Kenntnisse und Fertigkeiten gestatten und so eine auf eigenem Urteil basierende und damit überzeugende Selbstbeurteilung ermöglichen; die Studierenden in gewissen Abständen individuell zu motivieren und zu aktivieren sind; der Zugang zu wissenschaftlichen Bibliotheken [...] notwendige Voraussetzung für das Erlernen wissenschaftlicher Methoden ist. Präsenzphasen sollen jedoch nicht vorwiegend eine evtl. unzureichende Aufbereitung des Lehrmaterials ausgleichen, indem etwa im Material fehlende Erläuterungen durch umfangreiche Fragestunden ersetzt werden. Sie sollten auf Komponenten der Ausbildung ausgerichtet sein, die sich für eine mediale Vermittlung weniger eignen. Sie sollen darüber hinaus den Kontakt zwischen Lehrenden und Lernenden ebenso fördern wie den der Lernenden untereinander“ (Wissenschaftsrat 1992: 65 f.).

5.3.1.2 Spezifische Aspekte des Hamburger Fernstudienmodells

Das Studienkonzept der Hamburger Fern-Hochschule versucht, diesen Umständen in didaktischer Hinsicht Rechnung zu tragen und das vom Wissenschaftsrat (1992) formulierte allgemeine Studienziel beispielsweise durch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Selbststudium und Präsenzveranstaltungen zu realisieren. „Im Studium soll der Student nicht nur lernen, was er in einer anschließenden berufspraktischen Tätigkeit braucht und wie er sich auf einer allgemeineren Wissensgrundlage mit neuen Arbeitstechniken und -methoden vertraut machen kann, sondern auch für neu auftauchende Problemstellungen neue Methoden und Techniken zu entwickeln. Auch wenn ein solches Studienziel immer nur in Ansätzen verwirklicht werden kann, setzt dies doch voraus, daß der Student an die eigenständige Erarbeitung von Problemlösungen herangeführt wird. [...] Für grundständige Fernstudiengänge sind daher ausreichende Präsenzveranstaltungen unabdingbar“ (Wissenschaftsrat 1992: 82).

1 | Studienkonzeptioneller Ansatz an der Hamburger Fern-Hochschule ist die Verknüpfung zwischen (angeleitetem) Selbststudium und Präsenzveranstaltungen in ihren wechselseitigen Beziehungen zur beruflichen Tätigkeit der Studierenden (Praxisbezug) sowie die Integration ihrer unterschiedlichen Funktionen im Lehr- und Lernprozess (Abbildung 5-2). Berufliche Tätigkeit neben dem Fernstudium „wird dabei nicht nur als eine andere Spezies in den Eingangsvoraussetzungen gegenüber dem Präsenzstudenten verstanden. Die ständig bestehende Möglichkeit, angeeignetes theoretisches Wissen in der beruflichen Tätigkeit anwenden und aus der beruflichen Tätigkeit anwendungsbezogene wissenschaftliche Fragestellungen ableiten zu können, erklärt die Effizienz von Fernstudien bei nicht zu verschweigenden hohen An-

forderungen an den Fernstudenten, berufliche Tätigkeit und Studium in Einklang zu bringen“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 23).

Die Ziele des Selbststudiums sind aufgrund seiner zentralen Rolle im Fernstudium von besonderer Bedeutung. Das Selbststudium dient „der Aneignung fachwissenschaftlicher Inhalte, dem Training wissenschaftlicher Methoden und Verfahren, der Erarbeitung berufstypischer Arbeitsmethoden und dem Aufbau von Problemlösungskompetenz“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1998: 4). Hervorzuheben ist die didaktische Sonderfunktion der Präsenzveranstaltungen im Verhältnis zum Selbststudium: „Sie haben anleitende, vertiefende, anwendende und strukturierende Funktion; in ihnen sollen Methoden trainiert, typische Arbeitsmittel in ihrer Funktion erlernt und durch die geistige und praktische Tätigkeit eine individuelle, ‚rückkoppelnde‘ Leistungsselbsteinschätzung als Grundlage gezielten Weiterstudierens möglich sein“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 23). Die Präsenzphasen dienen „der systematischen Anleitung des Selbststudiums, der Vertiefung und Strukturierung des Wissens sowie der Erarbeitung fachübergreifender Themenstellungen und Problemlösungen“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1998: 4). Dabei haben die Präsenzveranstaltungen im Fernstudium einen anderen Charakter: Es wird keine „organisch aufgebaute Lehre angeboten, sondern es werden nur ‚Bruchstücke des gesamten Inhaltskonzeptes‘ [...] im Mittelpunkt ‚der Lehre‘ stehen“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 33). Die Präsenzphasen haben somit auch einen betreuenden Charakter und den Lehrbeauftragten kommt deshalb im Rahmen des Fernstudiums eine besondere Rolle als Vermittlungsinstanz zu.

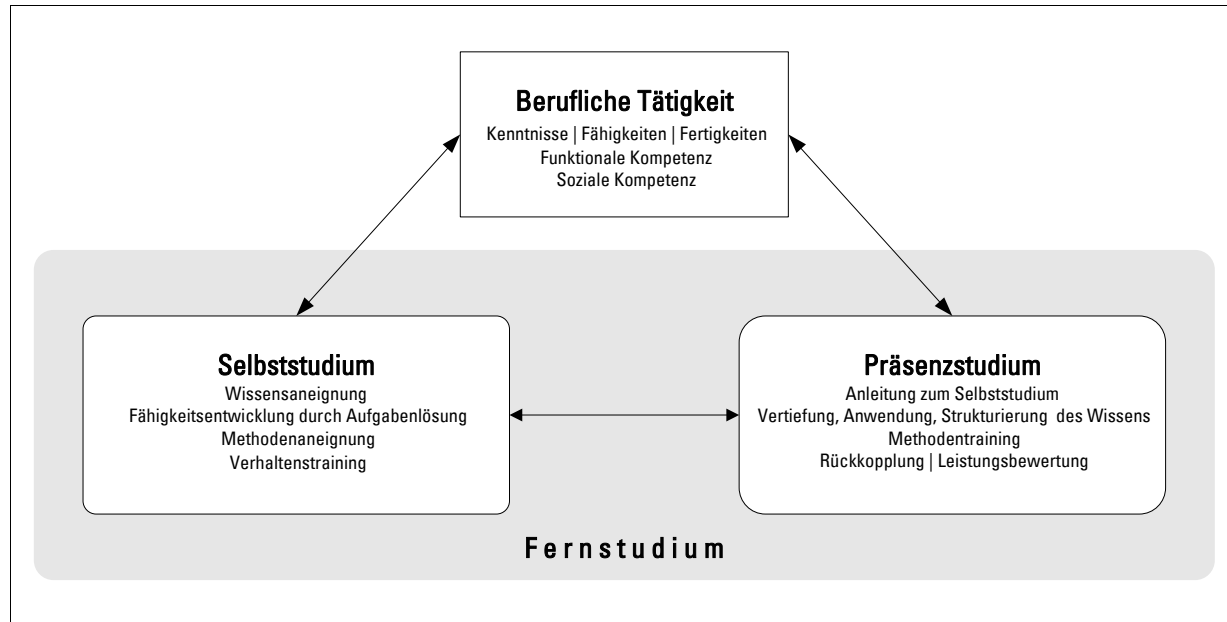


Abbildung 5-2: Funktionen des Selbst- und Präsenzstudiums (in Anlehnung an Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: Bild 5)

2 | Die Hamburger Fern-Hochschule realisierte zum Zeitpunkt der Implementierung des Diplomstudienganges Pflegemanagement mit seinen bisherigen Studienangeboten bei 345 Selbststudienstunden pro Semester und bei 65 Präsenzstunden pro Semester einen Präsenz-

teil von 19 %.¹⁰⁰ Zur Bemessung des Gesamtumfangs der Selbststudienstunden wird die wöchentliche Belastung eines Fernstudierenden mit 15 Stunden angenommen, woran sich die Lehrinhalte und Lehrmaterialien orientieren (vgl. Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 32). Das Semester hat im Fernstudium 23 Wochen ($23 \cdot 15 = 345$ Stunden). Um in diesem Zeitvolumen effektiv studieren zu können, bedarf es daher nicht nur einer gründlichen individuellen Studienplanung und einer effizienten Studienmethodik, sondern auch fernstudiendidaktisch gestalteter (Print-)Medien. Der Gesamtumfang der Präsenzstunden orientiert sich zum einen an den Empfehlungen des Wissenschaftsrates und berücksichtigt zum anderen das die Anzahl der Präsenzstunden begrenzende Bedingungsgefüge (z. B. die individuelle zeitliche Disponibilität oder die soziokulturellen Rahmenbedingungen der Fernstudierenden).

3 | Das damals zum Zeitpunkt der Implementierung des Diplomstudienganges Pflegemanagement realisierte Studienangebot an der Hamburger Fern-Hochschule umfasste zunächst die grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen. Die Regelstudienzeit des Studienganges Betriebswirtschaft beträgt acht Semester (vgl. Fachkommission Betriebswirtschaft 1998: 39).¹⁰¹ Beide grundständige Studiengänge gliedern sich in ein Grundstudium und in ein Hauptstudium. „Das eher theoriebezogene Grundstudium bereitet die Studierenden auf das stärker anwendungsorientierte und interdisziplinäre Hauptstudium vor“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1998: 5). Neben den Pflichtfächern im Grund- und Hauptstudium werden im Hauptstudium zusätzlich noch Wahlpflichtkomplexe und Studienschwerpunkte angeboten. Im grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft sind beispielsweise aus dem ersten Wahlpflichtkomplex (Schwerpunkt Volkswirtschaft) und dem zweiten Wahlpflichtkomplex (Schwerpunkt Recht) jeweils ein Wahlpflichtfach sowie zwei Studienschwerpunkte zu belegen.

Ein Fernstudium stellt besondere Anforderungen an Lehrmethoden und Prüfungsformen. Im Hinblick auf die Lehrmethoden beruht das präsenzgestützte Fernstudienmodell der Hamburger Fern-Hochschule auf zwei Säulen: dem Selbststudium durch Lehrtexte und dem Präsenzstudium durch Lehrveranstaltungen. Konzeptioneller Ansatz an der Hamburger Fern-Hochschule ist die Verknüpfung zwischen (angeleitetem) Selbststudium und (fakultativen) Präsenzveranstaltungen in ihren wechselseitigen Beziehungen (Integration unterschiedlicher Funktionen im Lehr- und Lernprozess).

- Das Selbststudium ist im Rahmen des Fernstudienmodells der Hamburger Fern-Hochschule von besonderer Bedeutung und dient überwiegend der Aneignung fachwissenschaftlicher Inhalte, dem Training wissenschaftlicher Methoden und Verfahren, der Erarbeitung berufstypischer Arbeitsmethoden und dem Aufbau von Problemlösungskompetenzen. An der Hamburger Fern-Hochschule werden diesbezüglich unter lernpsychologischen Gesichtspunkten didaktisch aufbereitete Studienbriefe eingesetzt.

¹⁰⁰ Präsenzphasen sind in den meisten Fernstudien systemen notwendiger Bestandteil des Studienprogramms. Sie umfassen meistens 10 % bis 20 % des gesamten Zeitvolumens (vgl. Wissenschaftsrat 1992: 54).

¹⁰¹ Die Fachkommission Betriebswirtschaft (1998) schlägt in ihrer Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Betriebswirtschaft an Fachhochschulen ein achtsemestriges Studium vor und hält höchstens 155 Semesterwochenstunden für angemessen (vgl. Fachkommission Betriebswirtschaft 1998: 42).

- Die Präsenzlehrveranstaltungen haben im Rahmen des Fernstudienmodells der Hamburger Fern-Hochschule eine didaktische Sonderfunktion. Die Präsenzlehrveranstaltungen haben auf der Grundlage der Studienbriefe sowohl ergänzende, anleitende, vertiefende, anwendende und strukturierende Funktion (z. B. können bestimmte Methoden trainiert werden) als auch den Charakter einer rückkoppelnden Leistungsselbsteinschätzung. Die Präsenzphasen dienen der systematischen Anleitung des Selbststudiums, der Vertiefung und Strukturierung des Wissens sowie der Erarbeitung fachübergreifender Themenstellungen und Problemlösungen.

Die Hamburger Fern-Hochschule bietet ein Fernstudium an, „das Präsenz- und Selbststudienphasen in der Relation von 20 zu 80 Prozent integriert, durch aufeinander abgestimmte Methodenwechsel und eine erwachsenen-pädagogisch begründete Methodenvielfalt gekennzeichnet ist, berufliche Kompetenz und Erfahrung der Studierenden berücksichtigt, studienorganisatorisch so gestaltet ist, daß in überschaubaren Zeiträumen ein Studium neben der beruflichen Tätigkeit absolviert werden kann“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1998: 4).

5.3.2 Zur Dokumentation des Diplomstudienganges Pflegemanagement

„Eine wissenschaftlich fundierte und interdisziplinär ausgerichtete Qualifizierung der Führungskräfte im mittleren und oberen Management stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen, für neue Aufgaben von Pflegeexperten in der Gesundheitsverwaltung, bei Verbänden und Sozialversicherungen und in der Versorgungsplanung soll dazu beitragen, daß sich Qualität und Leistungsfähigkeit in den Institutionen des Gesundheitswesens verbessern“ (Robert Bosch Stiftung 1993: 115).

5.3.2.1 Konzeptionelle Aspekte des Studienganges

Seit dem 1. Januar 2001 besteht die Möglichkeit, an der Hamburger Fern-Hochschule den Diplomstudiengang Pflegemanagement im Fernstudium zu belegen – und trägt damit zur akademischen Qualifizierung im Bereich des Pflegemanagements in Deutschland bei.¹⁰² Dieser grundständige Studiengang ist von der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg im Dezember 2000 staatlich anerkannt worden und wird bundesweit angeboten. Als berufsbegleitendes Fernstudium hat der grundständige Studiengang Pflegemanagement seine besonderen Vorzüge – Studium und Beruf lassen sich miteinander verbinden.

Der grundständige Studiengang Pflegemanagement fügte sich in das Studienprofil der Hamburger Fern-Hochschule und in die Struktur der bisherigen Studiengänge ein. Mit diesem Diplomstudiengang möchte die Hamburger Fern-Hochschule ein modernes und innovatives Studienkonzept zur akademischen Qualifizierung des Managements im Pflegebereich anbieten (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2003d; Göpfarth, Rosenthal 2001; Rosenthal 1999).

¹⁰² Die Studierenden können bis zum 31. Dezember 2016 ihre Diplomarbeiten im grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule einreichen.

5.3.2.1.1 Zum Studienangebot

1 | Die Hamburger Fern-Hochschule bietet grundsätzlich für alle Studiengänge ein dezentrales Netz von Studienzentren für die Präsenzveranstaltungen an. Damit wird eine wohnortnahe Betreuung realisiert. Das Netz von Studienzentren bietet den Fernstudierenden bei einem Ortswechsel die Möglichkeit, ebenfalls das Zentrum zu wechseln und an den Präsenzveranstaltungen weiter teilzunehmen (Studierende können an der gleichen Stelle im Ablauf ihres Studiums weitermachen, da die inhaltliche Vermittlung zeitlich an allen Zentren gleich ist). Da auch die Prüfungen an allen Studienzentren gleichzeitig zu einem bestimmten Zeitpunkt stattfinden, können die Leistungsnachweise – unabhängig von einem Ortswechsel – an verschiedenen Zentren absolviert werden.

Die Hamburger Fern-Hochschule immatrikuliert grundsätzlich zu zwei feststehenden Terminen im Jahr: 1. Januar und 1. Juli. Dies gilt auch für den Diplomstudiengang Pflegemanagement. Damit ist die Möglichkeit einer gruppenbezogenen Betreuung (Anleitung und Hilfestellung der einzelnen Semester) gegeben. Verbunden ist damit beispielsweise die Förderung von Lernteams.

Die Hamburger Fern-Hochschule organisiert ihre Präsenzveranstaltungen in vier bis fünf Seminarblöcken mit einem Umfang von ca. 70 Unterrichtsstunden im Semester – die Teilnahme ist freiwillig. Ein zugesandter Prüfungs- und Rahmenablaufplan informiert die Fernstudierenden rechtzeitig über Termine und Inhalte des folgenden Semesters; damit wird ihnen ein Instrument an die Hand gegeben, was nicht nur eine langfristige Jahresplanung (Termine), sondern eine individuelle Studienplanung (Inhalte) ermöglicht.

Das Prüfungssystem der Hamburger Fern-Hochschule ist hinsichtlich der Anforderungen und Formen dem Präsenzstudium adäquat. Die Hamburger Fern-Hochschule stellt den Studierenden als systematische Hilfestellung Instrumente der Lernerfolgskontrollen in Form von Übungsklausuren und Einsendeaufgaben bereit. Damit können die Fernstudierenden ihre Lernfortschritte überprüfen und sich gezielt auf die anstehenden Prüfungen vorbereiten.

Zusätzlich bietet die Fern-Fachhochschule Hamburg auch für den Studiengang Pflegemanagement eine individuelle Studienfachberatung an. Sie wird gewährleistet durch Fachberater, die jeweils für ein bestimmtes Studienfach zuständig sind. Die zentrale Aufgabe der Fachberater besteht in der Unterstützung des Selbststudiums und kann sich z. B. auf die Hilfe bei Übungsklausuren und Einsendeaufgaben oder auf die Hilfe bei der Prüfungsvorbereitung sowie der Erstellung eines Lernplans beziehen. Bei der Studienfachberatung können die Fernstudierenden sowohl fachliche als auch organisatorische Fragen klären.

2 | Die Studienordnung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement benennt in § 2 das allgemeine Ziel und die grundlegende Aufgabenstellung des Studiums: „Lehre und Studium sollen die Studierenden auf berufliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung der Veränderungen in der Berufswelt und im gesellschaftlichen Umfeld vorbereiten, indem ihnen die dafür erforderlichen fachlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Arbeitstech-

niken und -methoden so vermittelt werden, daß sie zu wissenschaftlicher Arbeit, zur Anwendung wissenschaftlicher Methoden und Erkenntnisse im Beruf, zu kritischem Denken und zu verantwortungsvollem Handeln befähigt werden. [...] Durch ein ausgewogenes Verhältnis von Disziplinarität und Interdisziplinarität in der Lehre sowie durch die gleichzeitige Vermittlung moderner berufstypischer Arbeitsmethoden und -techniken wird die Weiterbildungsfähigkeit der Absolventen gefördert. [...] Das Studienkonzept des Fernstudiums als berufs begleitende Studienform berücksichtigt für die Aneignung anwendungsbezogenen Wissens und Könnens durch hochschuldidaktisch gestaltete selbstinstruierende Medien die berufspraktischen Vorkenntnisse der Studierenden, ihre berufspraktische Tätigkeit während des Studiums und die sich aus dem ständigen Theorie-Praxis-Bezug ergebenden Rückkoppelungseffekte. Diese lehrkonzeptionelle Verknüpfung von Theorie und Praxis in einem anwendungsbezogenen Fernstudium dient vor allem auch der weiteren Ausprägung der berufsbezogenen Handlungs- und Sozialkompetenz“ (SO FFH 2000: 2).

„Im Selbststudium eignen sich die Studierenden jene Studieninhalte an, die mit Hilfe fernstudien didaktisch gestalteter, selbstinstruierender Medien vermittelbar sind. In den das Selbststudium ergänzenden Präsenzlehrveranstaltungen werden nicht medial vermittelbare Studieninhalte gelehrt, nicht mit Medien simulierbare Übungen realisiert, interdisziplinär strukturierte Projektarbeiten im Team durchgeführt und in Seminaren der Vergleich des Studienfortschrittes der Studierenden mit den Studienteilzielen und die individuelle Selbsteinschätzung der Studienleistung ermöglicht. Die individuelle Selbstkontrolle über den Studienfortschritt der Studierenden wird durch die Durchsicht und Kommentierung von Einsendeaufgaben unterstützt. Die Präsenzlehrveranstaltungen dienen auch der Konsultation der Lehrenden sowie der Kommunikation der Studierenden untereinander“ (SO FFH 2000: 4).

3 | Der grundständige Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule gliedert sich mit einer Regelstudienzeit von acht Semestern in das Grundstudium (drei Semester) und Hauptstudium (fünf Semester) und schließt mit der Diplomprüfung im achten Semester ab. Den Studierenden wird der akademische Grad Diplom-Pflegewirtin (FH) bzw. Diplom-Pflegewirt (FH) verliehen. Die Zugangsvoraussetzungen für den Diplomstudiengang Pflegemanagement regeln sich nach dem Hamburgischen Hochschulgesetz (vgl. SO FFH 2000: 2 f., SO HFH 2003: 5 f.). „Studienbewerberinnen und Studienbewerber für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement haben die allgemeinen Voraussetzungen zum Fachhochschulzugang gemäß des Hamburgischen Hochschulgesetzes (HmbHG) zu erfüllen. [...] Studienbewerberinnen und Studienbewerber haben zusätzlich [...] dem Studiengang entsprechende berufspraktische Grundkenntnisse nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt in der Regel durch ein [...] Grundpraktikum. [...] Für Studienbewerberinnen und Studienbewerber [...] mit dem Nachweis einer einschlägigen beruflichen Ausbildung entfällt die Ableistung eines Grundpraktikums“ (SO FFH 2000: 3).¹⁰³

¹⁰³ Als Nachweis gilt ein Abschluss in anerkannten Pflegeberufen mit mindestens zweijähriger Ausbildungsdauer wie z. B. Krankenschwester bzw. Krankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Heilerziehungspflegerin bzw. Heilerziehungspfleger (vgl. SO FFH 2000: 3).

Studienbewerberinnen und Studienbewerber ohne Hochschulzugangsberechtigung können über eine Eingangsprüfung mit Beratungsgespräch nach § 38 Absatz 1 HmbHG (mit abgeschlossener Berufsausbildung oder eine mindestens vierjährige einschlägige Berufstätigkeit) bzw. über ein Beratungsgespräch nach § 38 Absatz 2 HmbHG (mit anerkannter Fortbildungsprüfung wie z. B. Pflegedienstleitung oder Stationsleitung) die Hochschulzugangsberechtigung zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule erwerben (vgl. SO HFH 2003:6).¹⁰⁴

4 | Grundsätze und Ziele der berufspraktischen Ausbildung nennt die Praktikumsordnung (vgl. GHP FFH 2000, GHP HFH 2004). „Berufspraktische Grundkenntnisse und -fähigkeiten sind Voraussetzung für die Zulassung zum Studium an der Hamburger Fern-Hochschule. Sie sind in der Regel durch ein Grundpraktikum nachzuweisen. [...] Im Grundpraktikum sollen die Studienbewerberinnen und Studienbewerber Grundkenntnisse und -fähigkeiten erwerben, die auf das dem jeweiligen Studiengang entsprechende Berufsfeld bezogen sind. [...] Das Hauptpraktikum führt die Fernstudierenden systematisch an die berufspraktischen Tätigkeiten heran, die sie als Absolventen des jeweiligen Studienganges ausüben werden. Sie erhalten damit Gelegenheit, die im Studium zumeist in getrennten Disziplinen vermittelten Kenntnisse und erworbenen Fähigkeiten auf komplexe Probleme der Praxis anzuwenden“ (GHP HFH 2004: 5).

Die genauen Ausbildungsinhalte im Hauptpraktikum regelt der Rahmenausbildungsplan für den Diplomstudiengang Pflegemanagement. Das Hauptpraktikum kann sich dabei auf alle Tätigkeitsfelder beziehen, bei denen sowohl strategische als auch operative Managementaufgaben (mit z. B. organisatorischen, planerischen, administrativen bzw. koordinierenden Funktionen) gegeben sind.

- Zum einen sind dies alle Führungsaufgaben der Linienfunktion auf unterschiedlichen Leitungsebenen in allen Institutionen der direkten pflegerischen Versorgung wie stationäre, teilstationäre oder ambulante Einrichtungen – z. B. Stationsleitung, Abteilungsleitung, Pflegedienstleitung; Teamleitung, Wohnbereichsleitung, Einsatzleitung; Geschäftsführung. Damit können unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und -anforderungen verbunden sein – auf Patienten bezogene Aufgaben (z. B. Pflegequalität), auf Mitarbeiter bezogene Aufgaben (z. B. Einsatzplan), auf die Organisation des Pflegedienstes bezogene Aufgaben (z. B. Arbeitsabläufe), auf die Betriebsleitung bezogene Aufgaben (z. B. Haushaltsplan) oder auf die Ausbildung bezogene Aufgaben (z. B. Praxisanleitung).

¹⁰⁴ Das Hamburgische Hochschulgesetz von 1997 regelte zunächst in § 31 den allgemeinen Hochschulzugang und in § 31a den besonderen Hochschulzugang für Berufstätige (HmbHG 1997: 13 f.). Im Gesetz zur Neuordnung des Hochschulrechts von 2001 wurde der besondere Hochschulzugang in § 38 geregelt (vgl. HmbHG 2001: 182). Im Gesetz zur Modernisierung des Hochschulwesens von 2003 ist der § 38 nochmals präzisiert bzw. umformuliert (aber in seiner grundsätzlichen Ausrichtung nicht grundlegend geändert) worden (vgl. HmbHG 2003: 144). Zur Diskussion um das damalige neue Hochschulgesetz für Hamburg liegt eine Dokumentation des Dialogs zwischen Politik, Hochschulen und Gesellschaft vor (vgl. Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg 2000) – speziell zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe zum Hochschulzugang vgl. Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg (2000: 67 f.).

- Zum anderen sind dies alle Managementaufgaben der Stabsstellenfunktion auf verschiedenen Positionen in allen Institutionen des Gesundheitswesens wie z. B. Qualitätssicherung, Personalentwicklung, Innerbetriebliche Fortbildung, Controlling oder Marketing (vgl. GHP HFH 2004 [Anlage 2], Bundesanstalt für Arbeit 1996: 8 ff.).

5.3.2.1.2 Zum Studienprofil

Es wird das Konzept des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vorgestellt und ein Überblick zum Studienprofil mit den Studienbereichen, Studienfächern und Studieninhalten gegeben (vgl. Göpfarth, Rosenthal 2001; Rosenthal 1999).

1 | Der grundständige Studiengang Pflegemanagement ist konzeptionell gegliedert in Fachwissenschaften und Bezugswissenschaften. In diesen Studienfächern werden das theoretische Basiswissen und das anwendungsbezogene Handlungswissen vorrangig diszipliniert vermittelt. Die beiden Fachwissenschaften sind Pflegewissenschaft und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre.

Mit dem Studienfach Pflegewissenschaft wird eine sich erst entwickelnde Disziplin curricular verankert – es werden die für das Pflegemanagement relevanten theoretischen Grundlagen des Faches dargestellt und der aktuelle Forschungsstand adäquat aufbereitet. Mit dem Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre werden die für das Pflegemanagement notwendigen ökonomischen Wissensbestände dezidiert vermittelt, wobei zentrale Inhalte aus dem grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft an der Hamburger Fern-Hochschule übernommen und in die Gesamtkonzeption des Studienfaches integriert werden (durch Übernahme von Studienbriefen).

Die beiden Fachwissenschaften gliedern sich in die Studienfächer Pflegewissenschaft I (Grundstudium) und Pflegewissenschaft II (Hauptstudium) sowie in die Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen (Grundstudium) und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre (Hauptstudium).

2 | Die acht Bezugswissenschaften sind Soziologie, Psychologie, Recht der Pflege, Gesundheitswissenschaft, Gesundheitsökonomie und -politik, Empirische Methoden, Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Arbeitswissenschaft.

Die einzelnen Studienfächer der Fach- und Bezugswissenschaften gliedern sich jeweils in die Bereiche allgemeine Grundlagen, spezielle Grundlagen und besondere Themen. Der Bereich allgemeine Grundlagen bezieht sich auf die Einführung in das jeweilige Studienfach. In den speziellen Grundlagen erfolgt die Auffächerung des Studienfaches in die relevanten Inhalte des Faches (z. B. Pflgetheorien oder Pflegeforschung im Studienfach Pflegewissenschaft; z. B. Controlling oder Marketing im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre; z. B. Medizinsoziologie oder Berufssoziologie im Studienfach Soziologie). Darüber hinaus werden in den jeweiligen Studienfächern besondere Themen behandelt: Bei der Pflegewissenschaft

sind dies z. B. Kultur und Pflege oder Ethik und Pflege bzw. bei der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre die Krankenhausbetriebswirtschaftslehre oder Altenheimbetriebswirtschaftslehre; bei den anderen Studienfächern wird der disziplinäre Bezug zum Pflege- bzw. Gesundheitsbereich hergestellt und gleichzeitig die konkrete Anwendung der allgemeinen und speziellen Grundlagen auf spezifische Aspekte der Pflege bzw. des Gesundheitswesens vorgenommen (z. B. Soziologie der Pflege im Studienfach Soziologie, Pflege als Beruf – Psychologische Aspekte im Studienfach Psychologie oder Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz im Gesundheitswesen im Studienfach Arbeitswissenschaft).

3 | Der grundständige Studiengang Pflegemanagement gliedert sich bei den interdisziplinären Studienfächern darüber hinaus in die Bereiche Fachthema (Pflegemanagement), Methoden und Techniken sowie Wahlpflichtfächer, Studienschwerpunkte und Fachprojekt (Empirische Studie) (Abbildung 5-3).

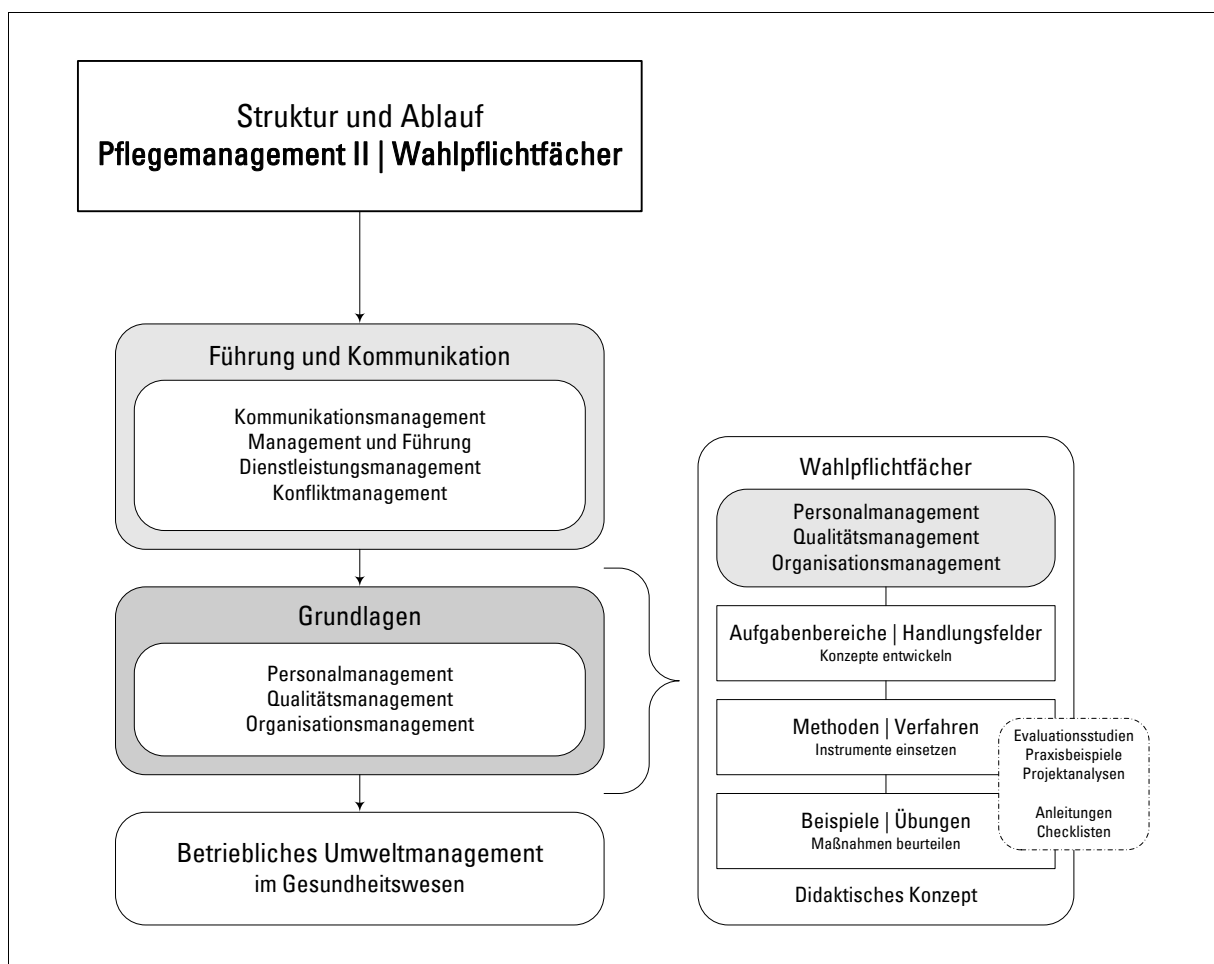


Abbildung 5-3: Struktur und Ablauf im Hauptstudium (1) – Pflegemanagement II und Wahlpflichtfächer (eigene Darstellung)

In diesen interdisziplinären Bereichen stehen die wissenschaftlich fundierte Praxisreflexion und der arbeitsfeldorientierte Anwendungsbezug im Vordergrund. Ausgehend von den beruflichen Anforderungen im Pflegemanagementbereich werden die konkreten Führungsaufgaben behandelt sowie die notwendigen Managementkompetenzen ausgebildet.

- Mit dem Fachthema wird das Pflegemanagement selbst angesprochen; es gliedert sich in die Studienfächer Pflegemanagement I (Grundstudium) und Pflegemanagement II (Hauptstudium), die deduktiv angeordnet sind.
 - Im Studienfach Pflegemanagement I werden allgemeine Grundlagen des Pflegemanagements (z. B. Managementtheorien und Konzepte des Pflegemanagements) in einem systematischen Überblick behandelt.
 - Im Studienfach Pflegemanagement II werden spezielle Grundlagen des Pflegemanagements vermittelt; Pflegemanagement II integriert dabei drei Teile: Das Studienfach Führung und Kommunikation thematisiert u. a. Informations- und Kommunikationsmanagement, Dienstleistungsmanagement und Konfliktmanagement. Im Studienfach Personalmanagement, Qualitätsmanagement und Organisationsmanagement werden die speziellen Grundlagen der einzelnen Bereiche dargestellt. Im Anschluss daran wird das Studienfach Betriebliches Umweltmanagement (im Gesundheitswesen) angeboten. Damit wird ein Thema aufgegriffen, das in Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.
- Als Methoden und Techniken werden die Studienfächer Zeitmanagement und Verhandlung, Selbstmanagement und Moderation sowie Projektmanagement und Präsentation angeboten. Diese Studienfächer zielen sowohl auf die theoretische Vermittlung als auch auf die praxisnahe Ausbildung und praktische Erprobung von Managementfähigkeiten, die zum einen für die Bewältigung von Situationen im Führungsalltag von zentraler Bedeutung sind und zum anderen die notwendigen Voraussetzungen für die Realisierung eines modernen Führungsstils darstellen. Dafür werden entsprechende Instrumente und Verfahren bereitgestellt.
- Mit den Wahlpflichtfächern und Studienschwerpunkten sind Wahlmöglichkeiten verbunden. Aus beiden Bereichen wählen die Studierenden aus jeweils drei angebotenen Möglichkeiten zwei aus. Bei den Studienschwerpunkten erfolgt die Auswahl nach Priorität; dem gewählten ersten Studienschwerpunkt ist das Fachprojekt (eine empirische Studie) zugeordnet. Die Wahlpflichtfächer beinhalten besondere Bereiche des Managements im Gesundheitswesen (Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement). Die Wahlpflichtfächer greifen die im Studienfach Pflegemanagement II für alle Studierenden vermittelten Grundlagen wieder auf und vertiefen sie. Ziel ist die Vorbereitung auf wesentliche Führungsaufgaben im Pflegemanagement (Linienfunktion) wie auch auf relevante Managementaufgaben im Rahmen entsprechender Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen (Stabsstellenfunktion). Die inhaltliche Struktur (Zielsetzung) für alle drei Wahlpflichtfächer bezieht sich dabei auf Aufgabenbereiche und Handlungsfelder (z. B. Konzepte entwickeln), Methoden und Verfahren (z. B. Instrumente einsetzen) sowie Beispiele und Übungen (z. B. Maßnahmen beurteilen). In den Wahlpflichtfächern sollen als didaktisch-methodische Mittel vorrangig Praxisbeispiele, Projektanalysen und Evaluationsstudien eingebracht sowie Anleitungen und Checklisten für den beruflichen Alltag erstellt werden.
- Die Studienschwerpunkte beziehen sich auf spezielle arbeitsfeldbezogene Bereiche des Pflegemanagements (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste). In den Studienschwerpunkten kommen die bis dahin vermittelten Inhalte (Pfle-

gemanagement II – spezielle Grundlagen) durch Bezug auf die unterschiedlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Anwendung. Hier erfolgt die positionsbezogene Vorbereitung auf organisationstypische Führungsaufgaben in den jeweiligen Bereichen (Linienfunktion). Die inhaltliche Struktur (Zielsetzung) für alle drei Studienschwerpunkte bezieht sich auf organisationsspezifische Aufgabenbereiche und Handlungsfelder (z. B. Organisation und Planung von Pflegediensten), organisationsbezogene Anforderungsbereiche und Reflexionsfelder (z. B. Probleme und Herausforderungen des Pflegemanagements) sowie organisationsübergreifende Aufgabenbereiche und Handlungsfelder (z. B. Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem). In den Studienschwerpunkten sollen als didaktisch-methodische Mittel vorrangig Fallstudien, Praxismaterialien und Erfahrungsberichte eingebracht werden. Die Studienschwerpunkte gliedern sich in zwei Teile:

- Der erste Teil im Studienablauf bezieht sich auf die ersten beiden Zielsetzungen und thematisiert organisationsinterne Managementaufgaben und Managementanforderungen.
- Der zweite Teil im Studienablauf bezieht sich auf die dritte Zielsetzung und weist organisationsübergreifende Aufgabenbereiche und Handlungsfelder des Pflegemanagements im Studienkonzept als eigenes Studienfach Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem aus (wird im Studienverlauf im Anschluss angeboten). Damit wird ein aus den besonderen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems sich ergebender Problembereich aufgegriffen und mit den für das Pflegemanagement absehbaren Herausforderungen bzw. neuen Anforderungen bezüglich koordinierender (organisationsexterner) Aufgabenstellungen verknüpft.
- Das Fachprojekt wird dem gewählten ersten Studienschwerpunkt zugeordnet (Beispiel für eine Wahl: 1. Studienschwerpunkt = Stationäre Altenhilfe; 2. Studienschwerpunkt = Ambulante Dienste). Das Fachprojekt ist eine von den Studierenden eigenständig durchzuführende empirische Untersuchung, wobei besondere Themen des Pflegemanagements bezogen auf den jeweiligen ersten Studienschwerpunkt behandelt und analysiert werden sollen (Beispiel für ein Thema: Zur Bedeutung des Qualitätsmanagements in der Stationären Altenhilfe – eine Befragung von Führungskräften). Der inhaltliche Verlauf gliedert sich in die Phase 1 (Untersuchung durchführen) und Phase 2 (Projektstudie erstellen) (Abbildung 5-4).

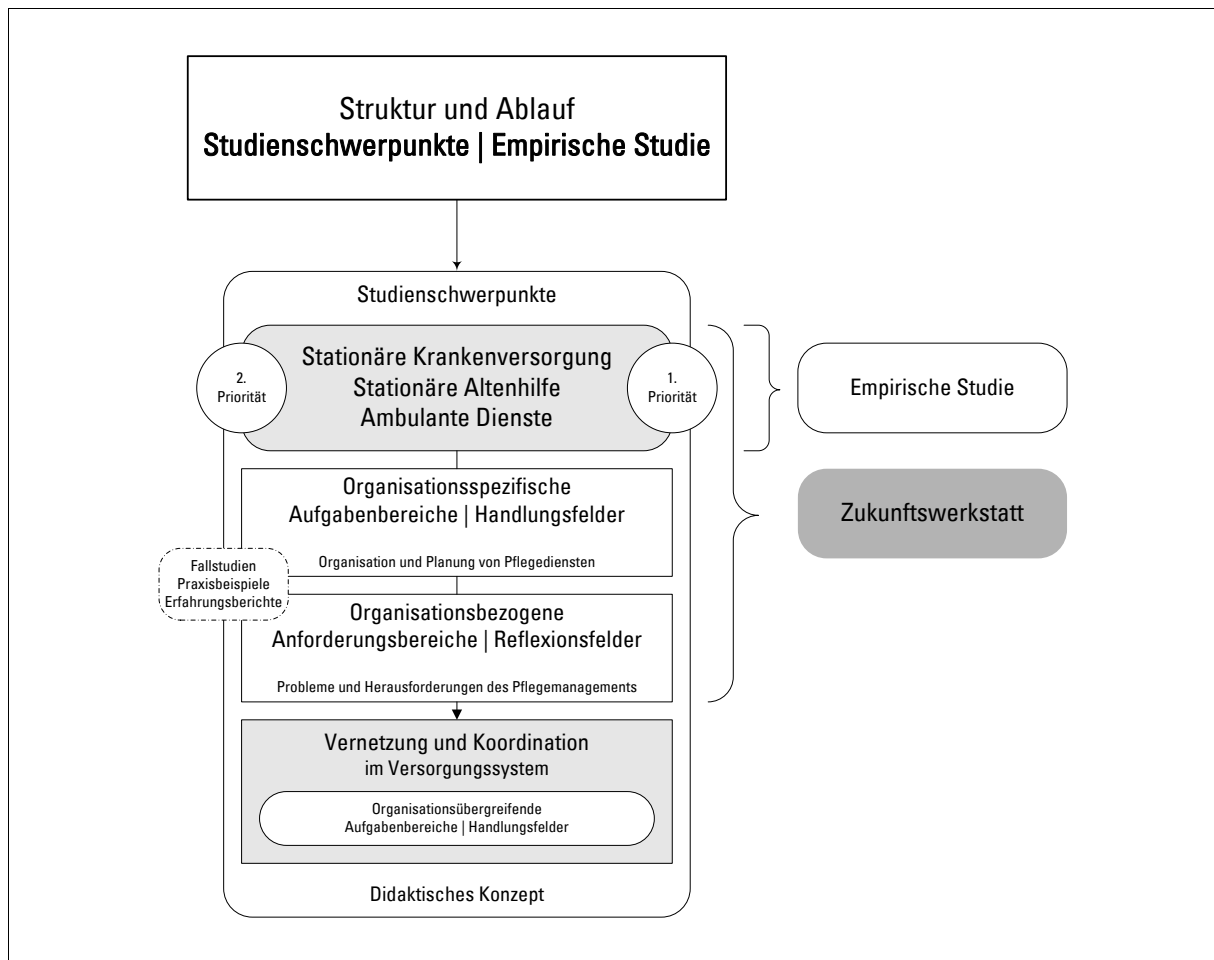


Abbildung 5-4: Struktur und Ablauf im Hauptstudium (2) – Studienschwerpunkte und Empirische Studie (eigene Darstellung)

4 | Nach der Studentafel (Aufbau des Studienganges) realisiert der Diplomstudiengang Pflegemanagement in sieben Semestern insgesamt 2.435 Selbststudienstunden und 492 Präsenzstunden; im Grundstudium sind dies 1.040 Selbststudienstunden und 220 Präsenzstunden, im Hauptstudium 1.395 Selbststudienstunden und 272 Präsenzstunden (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.1 – 3.2]). Dies entspricht einem durchschnittlichen Präsenzanteil von 20,2 %.

Damit soll den Empfehlungen des Wissenschaftsrats entsprochen werden, „angemessene organisatorische und curriculare Strukturen vor allem für das grundständige Fernstudium zu entwickeln und dabei insbesondere die Präsenzphasen auszubauen, um den Studienerfolg der Fernstudenten zu verbessern“ (Wissenschaftsrat 1992: 101).

Zu Beginn des Studiums werden im ersten und zweiten Semester jeweils 74 Präsenzstunden und im dritten Semester 72 Präsenzstunden angeboten, im Hauptstudium werden im vierten Semester 70, im fünften Semester 68, im sechsten Semester 72 und im siebten Semester dann 62 Präsenzstunden veranschlagt (Tabelle 5-1, Tabelle 5-2). Im Durchschnitt werden pro Semester ca. 70 Präsenzstunden durchgeführt (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.1 – 3.2]).

Studienfächer Grundstudium	Stundenumfang		
	SWS	SSt	PSt
Pflegewissenschaft I	8	130	32
Allg. Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen	10	155	42
Soziologie	6	110	20
Psychologie	7	110	24
Recht der Pflege	7	120	30
Gesundheitswissenschaft	7	120	18
Gesundheitsökonomie und -politik	6	110	20
Empirische Methoden	5	85	20
Pflegemanagement I	6	100	14
<i>Summe Grundstudium</i>	<i>62</i>	<i>1040</i>	<i>220</i>

Tabelle 5-1: Studentafel des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Grundstudium (SO HFH 2003: [Anlage 1])

Nach der Formel zur quantitativen Äquivalenz entspricht der im Fernstudium angebotene grundständige Studiengang Pflegemanagement 144 Semesterwochenstunden (SWS) eines vergleichbaren Präsenzstudiums; im Grundstudium sind dies 62 Semesterwochenstunden und im Hauptstudium 82 Semesterwochenstunden (vgl. Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 24 ff.).¹⁰⁵ Die in der Studentafel ausgewiesenen Semesterwochenstunden für die einzelnen Studienfächer werden nach der Formel

$$\text{SWS} = \frac{\text{SSt} + (k \cdot 0,75 \cdot \text{PSt})}{k \cdot 0,75 \cdot 15} = \frac{\text{SSt} + (1,47 \cdot \text{PSt})}{22,05}$$

berechnet, wobei k den Umrechnungsfaktor der Unterrichtsstunden im Präsenzstudium in Selbststudienstunden des Fernstudiums darstellt und 1,96 beträgt. Der Umrechnungsfaktor bildet den (angenommenen) Abstraktionsgrad anschaulicher Studieninhalte (von 1,8) bzw. komplizierter Studieninhalte (bis 2,2) ab. Der Umrechnungsfaktor wiederum wird nach der Formel

$$k = \frac{n \cdot \text{SSt}}{(0,75 \cdot \text{SWS} \cdot 15) - (n \cdot 0,75 \cdot \text{PSt})} = \frac{7 \cdot 345}{(0,75 \cdot 144 \cdot 15) - (7 \cdot 0,75 \cdot 72)} = 1,96$$

berechnet, wobei n die Studiendauer im grundständigen Studiengang Pflegemanagement (= 7), SWS die (angenommenen) Semesterwochenstunden eines vergleichbaren Präsenzstudiums (= 144) und PSt die Präsenzstunden pro Semester (= 72) darstellen.

¹⁰⁵ Die Formel versucht, unter bestimmten Annahmen für die quantitative Gleichwertigkeit eines Fernstudiums zu einem vergleichbaren Präsenzstudium „Beziehungen zwischen den Semesterwochenstunden eines Präsenzstudiums und den ihnen äquivalenten Selbststudien- sowie Präsenzlehrveranstaltungsstunden eines Fernstudiums herzustellen“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 25).

Beispiel | Das Studienfach Empirische Methoden hat im grundständigen Studiengang Pflege-management 85 Selbststudienstunden und 20 Präsenzstunden (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.1]). Nach der Formel sind dies 5 Semesterwochenstunden eines vergleichbaren Präsenzstudiums:

$$\text{SWS} = \frac{\text{SSt} + (k \cdot 0,75 \cdot \text{PSt})}{k \cdot 0,75 \cdot 15} = \frac{85 + (1,47 \cdot 20)}{22,05} = 5,18 \approx 5$$

Studienfächer Hauptstudium	Stundenumfang		
	SWS	SSt	PSt
Pflegewissenschaft II	12	210	30
Allg. Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre	12	210	36
Methoden und Techniken	9	110	48
Zeitmanagement und Verhandlung		[20]	[8]
Selbstmanagement und Moderation		[20]	[12]
Projektmanagement und Präsentation		[70]	[28]
Pflegemanagement II	10	160	24
Informations- und Kommunikationstechnologien	5	75	24
Arbeitswissenschaft	7	120	20
Wahlpflichtfächer	9	160	28
Personalmanagement			
Qualitätsmanagement			
Organisationsmanagement			
Studienschwerpunkte	18	350	62
Stationäre Krankenversorgung			
Stationäre Altenhilfe			
Ambulante Dienste			
<i>Summe Hauptstudium</i>	<i>82</i>	<i>1395</i>	<i>272</i>

Tabelle 5-2: Studentafel des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Hauptstudium (SO HFH 2003: [Anlage 2])

Die Studienfächer sind im Diplomstudiengang Pflegemanagement nach Bedeutungsgrad insgesamt und bezüglich der Präsenzanteile unterschiedlich gewichtet (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.1 – 3.2]).¹⁰⁶

Die beiden Fachwissenschaften haben beide einen hohen Anteil von Selbststudienstunden und Präsenzstunden. Die Pflegewissenschaft hat insgesamt 20 Semesterwochenstunden (bei 340

¹⁰⁶ Nach dem Prüfungsplan des Diplomstudienganges Pflegemanagement sind im Grundstudium neun Klausurarbeiten und eine Hausarbeit (im Studienfach Gesundheitswissenschaft) zu erbringen – davon ist eine Klausurarbeit eine Studienleistung, die anderen neun sind Prüfungsleistungen. Im Hauptstudium sind neun Klausurarbeiten (Prüfungsleistung) und zwei Hausarbeiten (Prüfungsleistung) im Studienfach Projektmanagement (Methoden und Techniken) und im ersten Studienschwerpunkt als empirische Studie vorgesehen. Zusätzlich sind zwei bzw. drei Testate (Studienleistung) zu erbringen – ein Testat im Fach Informations- und Kommunikationstechnologien als Übung zum individuellen Wissensmanagement und ein Testat zum Studienschwerpunkt (Zukunftswerkstatt) – dieses Testat wird zweifach (für die beiden Studienschwerpunkte) ausgewiesen. Das Studium schließt im achten Semester mit der Diplomarbeit ab (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.3 – 3.4]).

Selbststudienstunden und 62 Präsenzstunden) und die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre 22 Semesterwochenstunden (bei 365 Selbststudienstunden und 78 Präsenzstunden). Damit repräsentieren diese beiden Studienfächer den quantitativ höchsten Anteil an Selbststudienstunden und Präsenzstunden im Diplomstudiengang.

Die Bezugswissenschaften sind differenziert aufgebaut. Im Grundstudium hat das Studienfach Soziologie mit sechs Semesterwochenstunden 110 Selbststudienstunden und 20 Präsenzstunden und das Studienfach Psychologie mit sieben Semesterwochenstunden 110 Selbststudienstunden und 24 Präsenzstunden. Das Studienfach Recht der Pflege hat demgegenüber mit sieben Semesterwochenstunden 120 Selbststudienstunden und 30 Präsenzstunden vor allem einen höheren Anteil an Präsenzstunden – damit soll die Bedeutung des Rechts für den Pflegebereich gewürdigt werden. Das Studienfach Gesundheitswissenschaft weist mit sieben Semesterwochenstunden 120 Selbststudienstunden und 18 Präsenzstunden aus und das Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik hat mit sechs Semesterwochenstunden 110 Selbststudienstunden und 20 Präsenzstunden. Das Studienfach Empirische Methoden weist fünf Semesterwochenstunden mit 85 Selbststudienstunden und 20 Präsenzstunden aus. Im Hauptstudium hat das Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien mit fünf Semesterwochenstunden 75 Selbststudienstunden und 24 Präsenzstunden und das Studienfach Arbeitswissenschaft mit sieben Semesterwochenstunden 120 Selbststudienstunden und 20 Präsenzstunden. Die Bezugswissenschaften haben insgesamt 50 Semesterwochenstunden.

Das Studienfach Pflegemanagement I (allgemeine Grundlagen) hat im Grundstudium mit sechs Semesterwochenstunden einen Anteil von 100 Selbststudienstunden und 14 Präsenzstunden, das Studienfach Pflegemanagement II (spezielle Grundlagen) hat im Hauptstudium mit zehn Semesterwochenstunden komplett 160 Selbststudienstunden und 24 Präsenzstunden (mit den Studienfächern Führung und Kommunikation; Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement) und Betriebliches Umweltmanagement (im Gesundheitswesen) mit 30 Selbststudienstunden und vier Präsenzstunden. Die Studienfächer Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement unterteilen sich noch einmal zu je 30 Selbststudienstunden und vier Präsenzstunden. Insgesamt beziehen sich 16 Semesterwochenstunden mit 260 Selbststudienstunden und 38 Präsenzstunden auf das Fachthema (und die beiden Studienfächer) Pflegemanagement.

Das Studienfach Methoden und Techniken hat im Hauptstudium mit neun Semesterwochenstunden zusammen 110 Selbststudienstunden und 48 Präsenzstunden; davon weist das Studienfach Zeitmanagement und Verhandlung 20 Selbststudienstunden und acht Präsenzstunden, Selbstmanagement und Moderation 20 Selbststudienstunden und 12 Präsenzstunden sowie das Studienfach Projektmanagement und Präsentation einen Anteil von 70 Selbststudienstunden und 28 Präsenzstunden aus. Mit dem hohen Präsenzstundenanteil sind vor allem auch praktische Übungen verbunden.

Die Wahlpflichtfächer (es werden von den Studierenden zwei Wahlpflichtfächer gewählt) sind mit 160 Selbststudienstunden und 28 Präsenzstunden ausgewiesen (insgesamt 9 Semes-

terwochenstunden). Die Studienschwerpunkte (es werden von den Studierenden zwei Studienschwerpunkte nach Priorität gewählt) mit dem empirischen Fachprojekt haben im Hauptstudium insgesamt 18 Semesterwochenstunden bei 350 Selbststudienstunden und 62 Präsenzstunden.

5 | Nach dem Studienplan (Ablauf des Studienganges) sind die Studienfächer im grundständigen Studiengang Pflegemanagement in einer strukturierten Abfolge aufgebaut und zeitlich entsprechend unterschiedlich verteilt.

Im Grundstudium werden die beiden Fachwissenschaften im ersten und zweiten Semester angeboten. Mit dem Studienfach Pflegewissenschaft I sollen gleich zu Beginn des Studiums die unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen der Studierenden aufgegriffen und in den pflegewissenschaftlichen Diskurs einbezogen werden. Im Studienfach Allg. Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen werden die Studierenden allmählich an ökonomische Fragestellungen und betriebswirtschaftliche Denkstrukturen herangeführt (Tabelle 5-3).

Studienfächer Grundstudium	Semester					
	1.		2.		3.	
	SSSt	PSt	SSSt	PSt	SSSt	PSt
Pflegewissenschaft I	80	22	50	10		
Allg. BWL/Rechnungswesen	65	14	90	28		
Soziologie	110	20				
Psychologie	90	18	20	6		
Recht der Pflege			70	10	50	20
Gesundheitswissenschaft			60	10	60	8
Gesundheitsökonomie und -politik			60	10	50	10
Empirische Methoden					85	20
Pflegemanagement I					100	14
<i>Summe Grundstudium</i>	<i>345</i>	<i>74</i>	<i>350</i>	<i>74</i>	<i>345</i>	<i>72</i>

Tabelle 5-3: Studienplan des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Grundstudium (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.1])

Zusätzlich werden die Studienfächer Soziologie (im ersten) und Psychologie (im ersten und zweiten Semester) absolviert. Mit diesen beiden Fächern sollen explizit Bezüge zur Pflegewissenschaft hinsichtlich der Theoriebildung hergestellt werden – weshalb aus didaktischen Gründen eine zeitnahe Vermittlung erfolgt.

Im zweiten und dritten Semester werden (neben dem Studienfach Recht der Pflege) die beiden Studienfächer Gesundheitswissenschaft sowie Gesundheitsökonomie und -politik zeitlich parallel angeboten. Damit sollen zum Thema Gesundheit (interdisziplinäre) Zusammenhänge zwischen den beiden Studienfächern aufgezeigt und übergreifend vermittelt werden.

Nur im dritten Semester werden die beiden Studienfächer Empirische Methoden und Pflegemanagement I angeboten. Das Studienfach Pflegemanagement I kann auf den fachwissenschaftlichen Grundlagen (des ersten und zweiten Semesters) aufbauen und das Thema Pfl-

gemanagement interdisziplinär entfalten. Das Studienfach nimmt im Ablauf des Studienganges eine (didaktische) Schlüsselfunktion ein. Zum einen integriert es bestimmte Aspekte des Grundstudiums und bezieht es auf theoretischer Ebene auf den eigentlichen beruflichen Kontext. Zum anderen legt es die allgemeinen Grundlagen insbesondere für das Studienfach Pflegemanagement II.

Im Hauptstudium wird das Studienfach Pflegewissenschaft II kompakt im vierten Semester angeboten, die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre im vierten und im fünften Semester. Zusätzlich werden das Studienfach Methoden und Techniken im vierten und im fünften Semester absolviert (Tabelle 5-4).

Studienfächer Hauptstudium	Semester							
	4.		5.		6.		7.	
	SSt	PSt	SSt	PSt	SSt	PSt	SSt	PSt
Pflegewissenschaft II	210	30						
Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre	100	24	110	12				
Methoden und Techniken	35	16	75	32				
Pflegemanagement II			160	24				
Informations-/Kommunikationstechnologien					75	24		
Arbeitswissenschaft					120	20		
Wahlpflichtfächer					160	28		
1. Wahlpflichtfach					[80]	[14]		
2. Wahlpflichtfach					[809]	[14]		
Studienschwerpunkte							350	62
1. Studienschwerpunkt							[190]	[28]
2. Studienschwerpunkt							[160]	[34]
<i>Summe Hauptstudium</i>	<i>345</i>	<i>70</i>	<i>345</i>	<i>68</i>	<i>355</i>	<i>72</i>	<i>350</i>	<i>62</i>

Tabelle 5-4: Studienplan des Diplomstudienganges Pflegemanagement – Hauptstudium (vgl. OSP HFH 2004: [Anlage 3.2])

Das Studienfach Pflegemanagement II wird im fünften Semester angeboten und hat im Verlauf des Hauptstudiums ebenfalls eine didaktische Schlüsselfunktion. Zum einen baut es auf den Inhalten des Studienfaches Pflegemanagement I auf und bearbeitet vertiefend Themen mit hohem Theorie-Praxis-Bezug. Zum anderen verweisen die speziellen Grundlagen auf die nachfolgenden Wahlpflichtfächer und Studienschwerpunkte.

Im sechsten Semester sind die beiden Studienfächer Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Arbeitswissenschaft zu absolvieren. Im sechsten Semester gibt es die Wahlpflichtfächer in einem Umfang von insgesamt 160 Selbststudienstunden und 28 Präsenzstunden. Die Studienschwerpunkte und die dazu gehörende empirische Studie werden im siebten Semester angeboten; die Studienschwerpunkte haben einen Umfang von insgesamt 350 Selbststudienstunden und 62 Präsenzstunden (wobei auf den ersten Studienschwerpunkt 190 Selbststudienstunden und 28 Präsenzstunden und auf den zweiten Studienschwerpunkt 160 Selbststudienstunden und 34 Präsenzstunden entfallen). Mit den beiden Studienfächern Informations- und Kommunikationstechnologien (Unternehmenskommunikation, Wissens-

management) und Arbeitswissenschaft werden deutlich Bezüge zu den Wahlpflichtfächern und Studienschwerpunkten hergestellt:

- Zum einen sollen in zwei für das Management wichtigen Kategorien (Wissen, Arbeit) die entsprechenden fachdisziplinären Grundlagen gelegt und auf den Pflegebereich bezogen werden.
- Zum anderen soll die gemeinsame Frage sowohl der innovativen Gestaltung interner wie externer Unternehmenskommunikation wie auch der modernen Arbeitsgestaltung als Managementaufgabe in Organisationen des Gesundheitswesens ergänzend ins Blickfeld der Studierenden rücken.

5.3.2.1.3 Zum Studienmaterial

„Die Vermittlung des Lehrstoffes durch apersonale Medien ist ein grundlegendes Merkmal des Fernstudiums“ (Wissenschaftsrat 1992: 69). In Anlehnung an die generelle Linie der Hamburger Fern-Hochschule wurden im Diplomstudiengang Pflegemanagement für das Selbststudium Printmedien entwickelt und eingesetzt, „die nach wie vor den wesentlichen Grundbestand an selbst-instruierenden Medien in allen Fernstudiensystemen Europas darstellen. Der Einsatz neuer Medien ist von der Fern-Fachhochschule vorgesehen und soll [...] schrittweise in einem Medienmix verwirklicht werden. [...] Die durchstrukturierte Lehre in Gestalt der Curricula und qualifizierte Medien für das Selbststudium stellen die unabdingbare Voraussetzung für die Planung multimedialer Lösungen dar“ (Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 41). Der Wissenschaftsrat (1992) stellt mit Blick auf die Entwicklung neuer Technologien und die Verbreitung neuer Medien im Fernstudium in seinen Empfehlungen fest: „Nach wie vor ist gedrucktes Material in den meisten Anwendungsbereichen das kostengünstigere, leichter handhabbare und von örtlichen und zeitlichen Bedingungen unabhängiger nutzbare Medium“ (Wissenschaftsrat 1992: 71).

Im grundständigen Studiengang Pflegemanagement werden (fast) durchgehend didaktisch-methodisch aufbereitete Printmedien in Form von Studienbriefen eingesetzt (vgl. Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen 1995: 62 ff., Ballstaedt 1993). Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Fernstudierender in einer Selbststudienstunde im Durchschnitt drei gestaltete Druckseiten eines Studienbriefs aufnehmen und verarbeiten kann (vgl. Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: 41). Der Umfang der einzelnen Studienbriefe soll dabei zwischen 45 Seiten (= 15 Selbststudienstunden) und 60 Seiten (= 20 Selbststudienstunden) liegen. Darüber hinaus werden in einigen Studienfächern ergänzende und unterstützende Lehrmaterialien verwendet (z. B. Reader oder CD mit Studien).

Insgesamt können die eingesetzten Studienmaterialien eingeteilt werden in die fachbezogenen (die Lehre betreffende) Medien wie die Studienbriefreihen der Studienfächer oder das Zusatzmaterial (in gedruckter oder digitaler Form) sowie in die fachübergreifenden (das Studium betreffende) Medien wie die Studienbriefreihe zum wissenschaftlichen Arbeiten oder Handreichungen zur Einführung in das Studium bzw. zur Erstellung der Hausarbeiten (Abbildung 5-5).

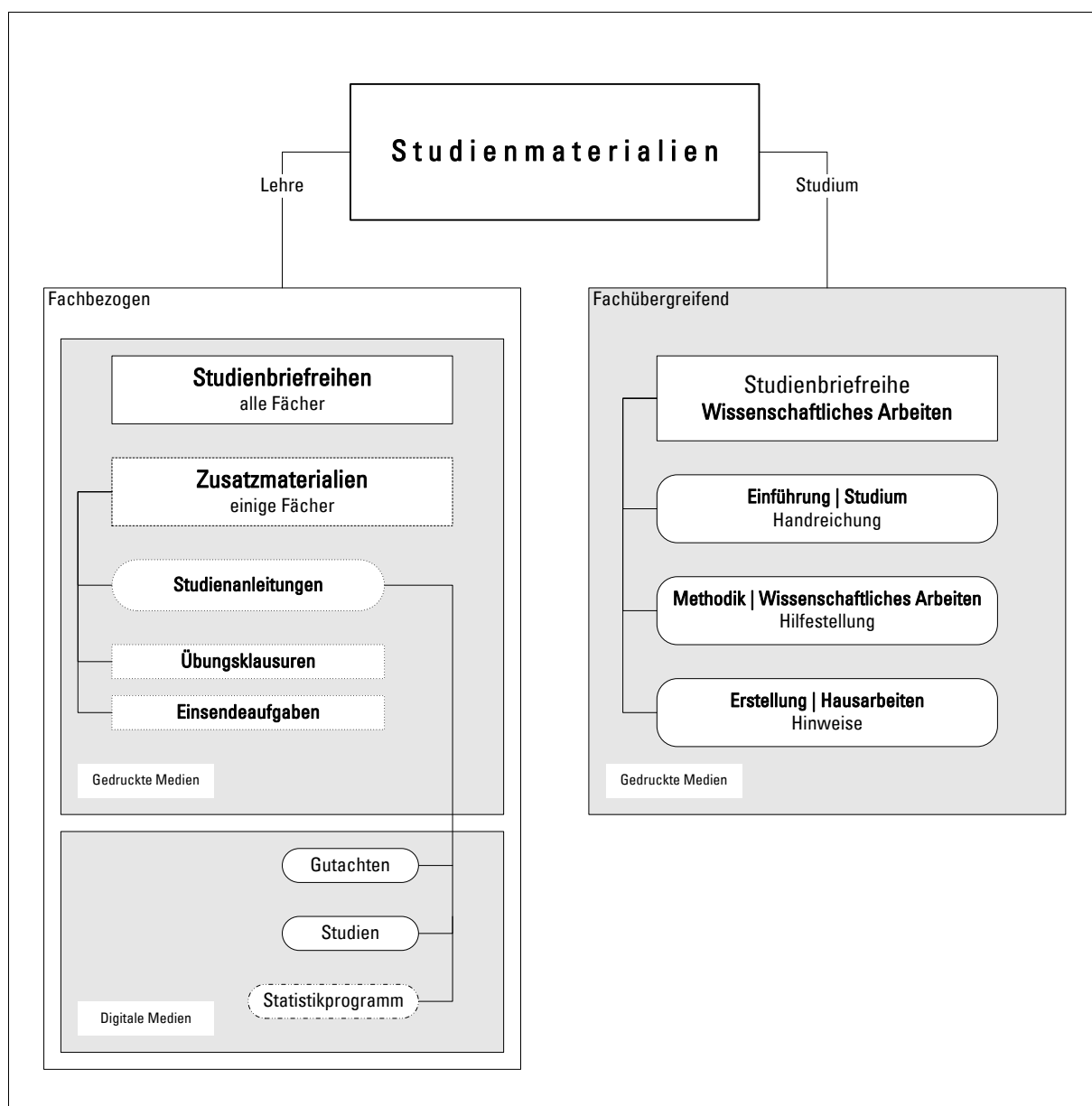


Abbildung 5-5: Studienmaterial im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Übersicht (eigene Darstellung)

Eine ergänzende Studienbriefreihe der Hamburger Fern-Hochschule vermittelt den Studierenden einerseits grundlegende Kenntnisse des wissenschaftlichen Arbeitens (z. B. Standards, Kriterien) und gibt den Studierenden andererseits konkrete Hinweise zu den jeweiligen schriftlichen Hausarbeiten (in Form einer Anleitung) bzw. verdeutlicht die besonderen (inhaltlichen) Anforderungen.

1 | Der erste Studienbrief aus der Reihe geht auf die Methodik des wissenschaftlichen Arbeitens ein (allgemeine Anforderungen des Studiums, spezielle Herausforderungen des Fernstudiums) und unterbreitet Vorschläge, wie diese Anforderungen durch rationelles Studieren besser gemeistert werden können (vgl. Adelmeyer 2005: 5). Die Empfehlungen beziehen sich beispielsweise auf eine effektive bzw. effiziente Studienplanung oder Prüfungsvorbereitung.

2 | Der zweite Studienbrief aus der Reihe gibt „praktische Hinweise zur formalen und materiellen Anfertigung von wissenschaftlichen Arbeiten“ (Becker 2005: 4). Hier werden sowohl konkrete Empfehlungen gegeben (z. B. zur Literaturrecherche) als auch die verbindlichen Standards der Hamburger Fern-Hochschule zu den Hausarbeiten vermittelt (z. B. zur formalen Gestaltung).

3 | Im grundständigen Diplomstudiengang Pflegemanagement sind insgesamt vier schriftliche Hausarbeiten mit unterschiedlichen Intentionen anzufertigen. Alle Studienbriefe dieser Reihe verweisen auf organisatorische Regelungen (z. B. Zulassung, Themenvereinbarung) und geben Hinweise zur Bewertung der Diplomarbeit (inhaltliche Kriterien, formale Kriterien). Zielsetzung und Anforderung der Diplomarbeit sind übergreifend und gelten für alle Studierende der Hamburger Fern-Hochschule in den Diplomstudiengängen.

Für die drei schriftlichen Hausarbeiten (Gesundheitswissenschaft, Projektmanagement, empirische Studie) definiert die Hamburger Fern-Hochschule grundsätzlich die Hausarbeit als „eine schriftliche Ausarbeitung, in der Sie den Nachweis führen sollen, dass Sie ein Thema unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden vertiefend bearbeiten und darstellen können“ (Hamburger Fern-Hochschule 2005: 4). Die drei Studienbriefe zum wissenschaftlichen Arbeiten werden im Hinblick auf die spezifischen Zielsetzungen und Anforderungen der Hausarbeiten kurz vorgestellt:

- Die erste schriftliche Hausarbeit im Studienablauf ist im Studienfach Gesundheitswissenschaft zu absolvieren. Hier werden zehn verschiedene Themen aus drei Themenkomplexen vorgegeben – z. B. Themenkomplex A (Theoretische Aspekte) mit dem Thema A-1 (Das Gesundheitskonzept von Antonovsky – Zur Bedeutung der Salutogenese für die Gesundheitswissenschaft) oder Themenkomplex B (Anwendung auf den Pflegebereich) mit dem Thema B-2 (Zur Bedeutung der Gesundheitswissenschaft für die Pflege am Beispiel der Prävention). Ein Thema kann dann frei gewählt werden, wobei es weiter einzugrenzen und innerhalb des Themas eine eigenständige (präzise) Fragestellung zu entwickeln ist (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2003a: 4, 2003b: 1 f.).
- Die zweite schriftliche Hausarbeit im Studienablauf ist im Studienfach Methoden und Techniken abzuleisten. Im Fach „Projektmanagement sollen die Studierenden befähigt werden, selbstständig Projekte zu konzipieren, erfolgreich durchzuführen und die Ergebnisse überzeugend zu präsentieren“ (Hamburger Fern-Hochschule 2005: 5). Während des Studiums sollen die Studierenden sich entweder (a) an einem konkreten Projekt beteiligen (z. B. als Projektmitarbeiter) oder aber (b) ein Projekt initiieren und realisieren (z. B. als Projektleiter). Ist beides nicht möglich, können die Studierenden auch (c) ein theoretisches Projekt entwickeln (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2005: 5). Ziel der Hausarbeit ist im Hinblick auf (a) und (b) die Darstellung und Reflexion eines durchgeführten Projekts. Für das theoretische Projekt (c) gilt der Nachweis einer wissenschaftlich durchdachten Projektkonzeption. Die Hausarbeit hat den Charakter einer wissenschaftlichen Projektanalyse bzw. einer fundierten Projektplanung vor dem Hintergrund einer spezifischen Fragestellung (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2005: 5). Zur Präsentation der Ergebnisse sind im Anhang der Arbeit Folien für einen (hypothetischen) Vortrag beizufügen. Auf den Folien

sind die wesentlichen Inhalte der Hausarbeit bzw. des Projekts wiederzugeben. Die Bewertung der Hausarbeit bezieht sich einerseits auf die Konzipierung des Projekts (z. B. Darlegung des theoretischen Begründungszusammenhangs mit Zielsetzung) und andererseits auf die Reflexion des Projekts – z. B. fundierte Problemanalyse (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2005: 6).

- Die dritte schriftliche Hausarbeit im Studienablauf ist im gewählten Studienschwerpunkt erster Priorität als empirische Studie zu erstellen; das Thema hat sich auf das organisatorische Arbeitsfeld des Studienschwerpunktes zu beziehen (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste). „Ziel der empirischen Studie ist die eigenständige und selbstverantwortliche Durchführung einer empirischen Untersuchung, d. h. eine Studie zu praxisbezogenen Problemfeldern des Pflegemanagements unter Einsatz eines empirischen Instrumentes (wie z. B. Befragung, Beobachtung, Dokumentation). [...] Die [...] Hausarbeit stellt die Ergebnisse und den Kontext der Untersuchung vor und gilt als Nachweis der Befähigung zur Erstellung einer wissenschaftlich fundierten Studie“ (Hamburger Fern-Hochschule 2007e: 5). Die empirische Studie orientiert sich an den Schritten des empirischen Forschungsprozesses. In der Hausarbeit sind deshalb zu dokumentieren: Darstellung der Studienkonzeption, Darlegung eines theoretischen Begründungszusammenhangs, Hinweise zur Durchführung der Studie, Auswahl eines Praxisproblems, Formulierung der Fragestellung, Entwicklung eines Untersuchungsplans, (begründete) Auswahl der Methode, (praktische) Durchführung der empirischen Untersuchung, Darstellung des Auswertungsverfahrens, Aufbereitung und Darstellung der Ergebnisse, Interpretation der Ergebnisse, (kritische) Auseinandersetzung mit aufgetretenen Problemen (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2007e: 5).
- Die vierte schriftliche Hausarbeit im Studienablauf stellt die abschließende Diplomarbeit dar. Nach der Hamburger Fern-Hochschule ist die Diplomarbeit „eine schriftliche Ausarbeitung, in der Sie den Nachweis führen sollen, dass Sie ein Thema selbstständig unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden vertiefend bearbeiten, in fachübergreifende Zusammenhänge einordnen und darstellen können“ (Hamburger Fern-Hochschule 2007d: 4). Dazu haben die Studierenden einen eigenständigen Themenvorschlag zu entwickeln (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2007d: 6).

5.3.2.2 Strukturelle Merkmale des Studienganges

5.3.2.2.1 Zum Curriculum

Das Curriculum des Diplomstudienganges Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule gliedert sich in die einzelnen Lehrpläne der Studienfächer; diese weisen eine einheitliche Struktur mit folgenden Merkmalen auf:

1 | Im ersten Teil wird ausführlich die Zielstellung des Studienfaches benannt. Dabei werden zunächst allgemeine Hinweise zur Zielsetzung gegeben (z. B. zur allgemeinen Bedeutung des Studienfaches, zum speziellen Aufbau des Studienfaches und zum besonderen Verhältnis des Studienfaches zum Pflegemanagement). Danach erfolgt eine Differenzierung in besondere Aspekte zum Selbststudium und besondere Aspekte zum Präsenzstudium: Dabei werden zum einen die zu entwickelnden Lehrmaterialien in Form von Studienbriefen mit Titeln und Unter-

titeln in einer Übersicht vorgestellt. Darüber hinaus werden zum anderen inhaltliche bzw. methodische Schwerpunktsetzungen für die Präsenzphasen begründet.

2 | Im zweiten Teil wird eine kurze Übersicht über die inhaltliche und zeitliche Gestaltung des Studienfaches gegeben. Neben der inhaltlichen und zeitlichen Aufgliederung des Faches sowie der Angabe von Beziehungen zu anderen Studienfächern bzw. Studieninhalten (z. B. Basis für, Bezug zu) werden Autoren für die Studienbriefe vorgeschlagen.

3 | Im dritten Teil erfolgt eine ausführliche Gliederung der inhaltlichen und zeitlichen Gestaltung des Studienfaches mit der Angabe von Lernzielstufen (L) im Selbststudium (a = wissen, b = verstehen, c = anwenden, d = beurteilen) und Funktionsebenen (F) im Präsenzstudium (a = vertiefen, b = wiederholen, c = festigen, d = reflektieren). Ergänzend werden Empfehlungen zu Inhalt, Methode und Organisation im Präsenzstudium gegeben (z. B. Einsatz von Medien, Durchführung von Übungen). Abschließend wird eine Übersicht zu den Lehrmaterialien des Studienfaches vorgelegt (Anhang B.3 präsentiert einen Auszug aus dem Curriculum).

4 | Im vierten Teil wird die Literatur zum Studienfach nach der Einteilung Grundlagenliteratur und Ergänzungsliteratur aufgelistet.

5 | Im fünften Teil der einzelnen Lehrpläne werden die Prüfungsanforderungen im Studienfach formuliert.

5.3.2.2.2 Zum Studienbrief

Studienbriefe sind selbstinstruierende Fernstudienmaterialien (vgl. Ballstaedt 1993). Als wichtigstes Lernmedium der Hamburger Fern-Hochschule hat der Studienbrief insbesondere die Aufgabe, prüfungsrelevante Inhalte zu präsentieren, die Struktur der Inhalte transparent zu machen, die Sachverhalte anschaulich und praxisnah darzustellen und den Nachvollzug komplexer Zusammenhänge sowie Übung und Selbstüberprüfung der Studieninhalte zu ermöglichen. Die Studienbriefe sollen vermitteln, anleiten und kontrollieren.

Der Aufbau der Studienbriefe der Hamburger Fern-Hochschule ist einheitlich gestaltet. Folgende Elemente kennzeichnen die Studienbriefe:

1 | Der Studienbrief wird durch ein Inhaltsverzeichnis mit einem Dezimalsystem als Grundgliederung eröffnet.

2 | Nach dem Inhaltsverzeichnis folgt eine Einleitung in den Studienbrief mit Studienzielen:

- Die Einleitung führt die Studierenden an die Thematik des Studienbriefs heran, spannt die inhaltliche Breite der Kapitel auf und zeigt deren Relevanz für das Thema des Studienbriefs auf. Die Einleitung macht den Studierenden deutlich, warum der Studienbrief dieses Thema in dieser Tiefe behandelt (Schwerpunkte werden dabei aufgezeigt). Darüber hinaus werden Bezüge zu angrenzenden Themenbereichen bzw. Fachgebieten hergestellt und die thematischen Voraussetzungen erläutert.

- Wesentlicher Bestandteil der Einleitung in den Studienbrief sind die Studienziele. Diese haben die Aufgabe, Aussagen zu den zu erwartenden Lernergebnissen und zu deren Lernniveau zu formulieren. Die Hamburger Fern-Hochschule stützt sich dabei erkennbar auf die Lernzieltaxonomie von Anderson und Krathwohl (2001).¹⁰⁷ Die sechs Stufen beschreiben dabei die jeweiligen kognitiven (auf Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeit) bezogenen Prozesse, die dem zu erreichenden Lernergebnis zugrunde liegen. Dabei umfasst jede höhere Stufe die Prozesse und Leistungen der vorhergehenden Stufe:
 - Lernzielstufe 1 | Kennen
Relevantes Wissen aus dem Langzeitgedächtnis abrufen
 - Lernzielstufe 2 | Verstehen
Bedeutung bzw. Relevanz von Wissen erkennen und herstellen, indem neues mit altem Wissen verknüpft wird
 - Lernzielstufe 3 | Anwenden
Bestimmte Verfahren in bestimmten Situationen ausführen bzw. verwenden
 - Lernzielstufe 4 | Analysieren
Gliederung eines Materials in seine Bestandteile und Bestimmung der Relation zu einer übergeordneten Struktur
 - Lernzielstufe 5 | Bewerten
Urteile an Hand von Kriterien und Standards fällen
 - Lernzielstufe 6 | Synthetisieren
Elemente zu einem kohärenten, funktionierenden Ganzen zusammenführen bzw. reorganisieren

3 | Den Haupttext des Studienbriefs bzw. den Kern der Lehre stellen die fachlich-inhaltlichen Kapitel mit den Übungsaufgaben dar. Folgende Merkmale sind hier zu nennen:

- Die Einführung in jedes Kapitel hat die Funktion, fachinternes und fachübergreifendes Vorwissen zu aktivieren und die Bedeutung des Kapitels z. B. im Hinblick auf die Praxisrelevanz aufzuzeigen. Dabei werden im Rahmen der Kapiteleinführung diejenigen Stu-

¹⁰⁷ Bei der Lernzieltaxonomie von Anderson und Krathwohl (2001) handelt es sich um eine revidierte Fassung der Lernzieltaxonomie im kognitiven Bereich von Bloom (1974). Die Lernzieltaxonomie von Bloom (1974: 217 ff.) umfasst die sechs Stufen Wissen (*Knowledge*), Verstehen (*Comprehension*), Anwendung (*Application*), Analyse (*Analysis*), Synthese (*Synthesis*) und Evaluation (*Evaluation*). Die Lernzieltaxonomie von Anderson und Krathwohl (2001: 31, 67 f.) benennt die sechs Stufen *Remember*, *Understand*, *Apply*, *Analyze*, *Evaluate* und *Create*. Die Lernzielstufe 1 wird wie folgt definiert: „When the objective of instruction is to promote retention of the presented material in much the same form as it was taught, the relevant process category is *Remember*. Remembering involves retrieving relevant knowledge from longterm memory“ (Anderson, Krathwohl 2001: 66). Zur Lernzielstufe 2: „Students are said to *Understand* when they are able to construct meaning from instructional messages, including oral, written, and graphic communications, however they are presented to students: during lectures, in books, or on computer monitors“ (Anderson, Krathwohl 2001: 70). Mit der Lernzielstufe 3 ist gemeint: „*Apply* involves using procedures to perform exercises or solve problems“ (Anderson, Krathwohl 2001: 77). Die Lernzielstufe 4 wird folgendermaßen charakterisiert: „*Analyze* involves breaking material into its constituent parts and determining how the parts are related to one another and to an overall structure“ (Anderson und Krathwohl 2001: 79). Lernzielstufe 5: „*Evaluate* is defined as making judgements based on criteria and standards“ (Anderson, Krathwohl 2001: 83). Die Lernzielstufe 6 bedeutet: „*Create* involves putting elements together to form a coherent or functional whole“ (Anderson, Krathwohl 2001: 84).

dienziele benannt, die mit dem Studium des entsprechenden Kapitels erreicht werden sollen.

- Zur Darbietung des Lehrinhalts werden z. B. Abbildungen eingesetzt, um die Anschaulichkeit des Lehrmaterials zu erhöhen. Damit für die Studierenden der rote Faden des Lehrtextes erkennbar ist, werden die einzelnen Ausführungen argumentativ aufeinander bezogen. Die Studierenden werden aktiv durch den (verständlichen) Stoff geführt. Zur didaktischen und visuellen Aufbereitung des Lehrinhalts werden einzelne Begriffe (oder ganz zentrale Sätze) mit kursiver bzw. fetter Schrift versehen. Zur Hervorhebung einzelner Aspekte bzw. zur Charakterisierung bestimmter Abschnitte werden außerdem Marginalien eingesetzt (am Rand der Studienbriefseite platzierte Bemerkungen).
- Das Studium an der Hamburger Fern-Hochschule ist praxisbezogen und anwendungsorientiert. Die Studierenden sollen die Beziehung zwischen Theorie und Praxis herstellen bzw. erkennen können – dazu werden im Studienbrief konkrete Praxisbeispiele bzw. kleine Fallbeispiele integriert (und optisch besonders hervorgehoben).
- Übungsaufgaben sind obligatorischer Bestandteil eines jeden Studienbriefs und sind immer am Ende eines Kapitels eingefügt. Sie orientieren sich inhaltlich an den formulierten Studienzielen, dienen der Selbstüberprüfung und der Vermittlung von Erfolgserlebnissen sowie einer Vorbereitung auf die Prüfung.

4 | Die Zusammenfassung bündelt die zentralen Aussagen und gibt einen Ausblick auf die nachfolgenden Themen.

5 | Das Glossar enthält eine knappe Erklärung der jeweiligen Fachbegriffe und ist alphabetisch aufgebaut.

6 | Die Lösungen zu den Übungsaufgaben sind in einem eigenständigen Kapitel aufgeführt. Die Lösungen sind aus den Studienbriefinhalten ableitbar bzw. als Transferleistung daraus zu entwickeln (die für das Verständnis notwendigen Schritte im Lösungsverlauf werden dargestellt).

7 | Das Literaturverzeichnis am Ende des Studienbriefs listet die verwendete Literatur in alphabetischer Reihenfolge der Autorennamen auf.

5.3.2.2.3 Zum Rahmenablaufplan

Der Rahmenablaufplan der Hamburger Fern-Hochschule ist einerseits das zentrale Steuerungsinstrument der Hochschule zum Ablauf der Lehre und Prüfungen in den Studienzentren und andererseits bietet es den Studierenden eine Informationsübersicht über den Ablauf des Studiums und ermöglicht somit eine vorausschauende Studienplanung. Es werden Rahmenablaufpläne für das Grundstudium und das Hauptstudium bereitgestellt. Die Rahmenablaufpläne weisen einheitliche Merkmale auf:

1 | Im ersten Teil des Rahmenablaufplans sind die Pläne der Präsenzphasen für die jeweiligen Semester des Grundstudiums bzw. des Hauptstudiums aufgeführt. Die erste Übersicht verlei-

nigt in kalendarischer Form den Plan der Präsenzphasen und Prüfungen. Mit der zweiten Übersicht werden die Präsenzphasen des Folgesemesters mitgeteilt. Die dritte Übersicht enthält den Prüfungsplan für das entsprechende Semester. Mit der vierten Übersicht werden die Studierenden über die Präsenzphasen der jeweiligen Semester informiert – z. B. über die Präsenzveranstaltungen an den Studienzentren, die angebotenen Studienfächer, die in den Studienfächern zu vermittelnden Studieninhalte und die vorher durchzuarbeitenden Studienbriefe (Anhang A.5 stellt einen Auszug aus dem Rahmenablaufplan vor).¹⁰⁸

2 | Im zweiten Teil des Rahmenablaufplans informieren verschiedene Merkblätter die Studierenden über die Rahmenbedingungen der Prüfungsdurchführung (z. B. Allgemeine Hinweise zum Ablegen von Studien- und Prüfungsleistungen, Angabe der Hilfsmittel für die jeweiligen Studien- und Prüfungsleistungen und Bekanntgabe der Anmeldefristen für die Prüfungen). Im Anschluss an die Merkblätter sind alle Prüfungstermine übersichtlich zusammengestellt.

5.3.2.3 Didaktische Prinzipien des Studienganges

5.3.2.3.1 Zur Grundlegung des Curriculums

1 | Im Studienfach Pflegewissenschaft I werden „theoretische Aspekte vor dem Hintergrund von allgemeinen und spezifischen Grundlagen aus Pflege und Pflegewissenschaft erörtert, wissenschafts- und pflegetheoretische Annahmen mit pflegerischen Problem- und Fragestellungen in Beziehung gesetzt. [...] Pflegewissenschaft und Pflegemanagement stehen in einem besonderen Verhältnis zueinander, mit jeweils spezifischer Fragestellung und Zielsetzung. Der Pflegewissenschaft geht es zunächst darum, die Pflege oder pflegerische Handlungsabläufe nach allgemeingültigen Wissenschaftsprinzipien zu untersuchen und darzustellen. Vor diesem Hintergrund ist mit Pflegemanagement das Ziel verbunden, eine höchstmögliche Qualität und Effizienz pflegerischer und betrieblicher Arbeitsabläufe zu erreichen. Die Ansätze und Ergebnisse der Pflegewissenschaft dienen als Grundlage für Managementfragen und damit verbundenen Lösungsstrategien“ (Görres, Gebert 1999a [2.1]: 3).

Nach dem Curriculum sollen im Studienfach Pflegewissenschaft I insgesamt neun Studienbriefe entwickelt werden (Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft – wissenschaftstheoretische Bezüge; Entwicklung und Stand der Pflege und Pflegewissenschaft – nationaler und internationaler Kontext; Einführung in die Pflgetheorien – Paradigmen und deren Relevanz; Einführung in die Pflegekonzepte – Prinzipien und Bedeutung; Grundlegende Pflegemodelle aus dem internationalen Raum im Überblick; Entwicklung von Pflege modellen aus dem nationalen Raum und zusammenfassende Reflexion; Pflegeprozess als System aufeinander bezogener Handlungen – Assessment, Diagnose, Intervention und Evaluation; Pflegeprozess als System aufeinander bezogener Konzepte – Wahrnehmung, Interaktion, Entscheidung und Transfer; Pflegedokumentation – Elemente und Anwendung).

¹⁰⁸ Die Hinweise im Rahmenablaufplan zum Lehrangebot in den Präsenzphasen (inhaltliche Schwerpunktsetzungen, methodische Empfehlungen) werden vom Fachbereich Gesundheit und Pflege der Hamburger Fern-Hochschule (zentral) vorgegeben und gelten für alle Studienzentren. Die konkrete Ausgestaltung und praktische Umsetzung dieser Hinweise liegt bei den Lehrbeauftragten. Grundsätzlich ist die Präsenzlehre aber an die Studienbriefinhalte gebunden.

2 | Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen sind die „Grundlagen der Allgemeinen Betriebswirtschaft zu ermitteln.“ Es geht darum, dass „die Studierenden einen Überblick über die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre bekommen und mit den Themenbereichen und Problemstellungen vertraut gemacht werden“ (Thiele 1999a [2.2]: 2). Dabei kommen die Studienbriefe zur Anwendung, „die dem grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft an der Fern-Fachhochschule Hamburg zugrunde gelegt werden“ (Thiele 1999a [2.2]: 2).

Nach dem Curriculum sollen insgesamt neun Studienbriefe entwickelt und eingesetzt werden – ein Reader als einführender Studienbrief soll neben einem Überblick zur Studienbriefreihe vor allem dokumentarisches Fallmaterial aus dem Pflegebereich enthalten (Einführung – Betriebswirtschaftliche Grundlagen; Produktionsfaktoren, Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche; Grundlagen der Personalwirtschaft; Rechnungswesen, Investition und Finanzierung).

3 | Im Studienfach Soziologie wird im „ersten Semester ein Theorieteil mit Allgemeiner und Spezieller Soziologie abgehandelt. Im zweiten Semester erfolgt der pflegesozilogische Anwendungsteil mit der Betrachtung pflegerischer Vollzüge und Organisationen sowie der Reflexion struktureller Probleme im Pflege- und Gesundheitsbereich. [...] Im Vordergrund des Studienfaches Soziologie stehen die für die berufliche Praxis des Pflegemanagements besonders relevanten Fragestellungen der Berufs- und Organisationssoziologie“ (Witterstätter 1999 [2.3]: 2).

Nach dem Curriculum sollen insgesamt sieben Studienbriefe eingesetzt werden. Im Studienfach Soziologie werden im ersten Semester die Allgemeine Soziologie (Grundlagen und Theorien) und die Spezielle Soziologie (Sozialisation, Beruf, Familie, Alter, Medizin, Organisation) abgehandelt. Im zweiten Semester erfolgt der pflegesozilogische Anwendungsteil (Soziologie der Pflege) mit den Themen Pflegerische Berufsvollzüge und Professionalisierung der Pflege bzw. Organisationsstrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ein Reader als einführender Studienbrief soll zur Illustration dokumentarisches Fallmaterial aus dem Pflegealltag enthalten (z. B. Zeitungsartikel, Interviews oder Biografien).

4 | Im Studienfach Psychologie „werden einerseits die verschiedenen Teilbereiche der Psychologie in ihren pflegerelevanten Ausschnitten behandelt und andererseits Bezüge zum Bereich der Pflege hergestellt“ (Hoefert, Flick 1999 [2.4]: 3). Entsprechend werden im ersten und zweiten Semester die „thematischen Felder der Psychologie vorgestellt („Allgemeine Grundlagen der Psychologie““ (Hoefert, Flick 1999 [2.4]: 3). „Dabei werden jeweils zunächst zentrale Ansätze dargestellt („Theoretische Grundlagen“) und in einem zweiten Schritt auf pflege-, gesundheits- bzw. krankheitsrelevante Bereiche bezogen („Anwendungsbezüge“). Darüber hinaus werden Facetten einer Psychologie der Pflege skizziert sowie des Pflegeberufs thematisiert („Spezielle Aspekte der Psychologie““ (Hoefert, Flick 1999 [2.4]: 3).

Das Studienfach Psychologie soll nach dem Curriculum insgesamt sechs Studienbriefe umfassen (Einführung in die Psychologie und Sozialpsychologie, Gruppen- und Kommunikationspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Alterspsychologie, Führungs- und Organisationspsychologie, Spezielle Aspekte – Psychologie der Pflege und Pflege als Beruf). In der Präsenzphase soll ergänzend und vertiefend zum Thema Kommunikationspsychologie eine praktische Übung zur Gesprächsführung stattfinden.

5 | Das Studienfach Recht der Pflege wird im zweiten und dritten Semester angeboten: „Im zweiten Semester stehen neben der Einführung in das Recht, das als abstrakte, alle folgenden Teilbereiche prägende Grundlegung quasi vor die Klammer gezogen wird, das Zivilrecht und das Arbeitsrecht (Schwerpunkt) zur Einarbeitung an. Im dritten Semester erfolgt die Abhandlung des ‚Rechts der Pflege‘ im engeren Sinne. Der Stoff gliedert sich dabei in drei Teilbereiche, die durch die Struktur des deutschen Sozialversicherungsrechts vorgegeben werden [...]. Im Vordergrund des Studienfaches Recht der Pflege haben die Anforderungen der Praxis zu stehen. Daher werden nur die Fragestellung aufgenommen, die für die Führung von Pflegeeinrichtungen von überragend wichtiger Bedeutung sind“ (Richter 1999 [2.5]: 2).

Das Curriculum sieht acht zu entwickelnde Studienbriefe vor (Einführung in das Recht – Allgemeine Grundlagen; Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht; Kollektives Arbeitsrecht; Individuelles Arbeitsrecht; Leistungsrecht; Leistungserbringungsrecht; Verfahrensrecht und Finanzierung).

In diesem Studienfach soll ein Reader als einführender Studienbrief und ein begleitendes Heft speziell zum Recht der Pflege konzipiert werden, der neben einem systematischen Überblick grundlegende Gesetzesmaterialien sowie exemplarische Fälle und relevante Urteile bzw. Entscheidungen enthalten soll.

6 | „Der spezifische Beitrag der Gesundheitswissenschaft zum Pflegemanagement besteht allgemein in der Erweiterung der – auch in der Pflege vorherrschenden – pathogenetischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit um die salutogenetische Perspektive und speziell in der Vermittlung von Kenntnissen über gesundheitswissenschaftliche Forschungs- und Handlungsmethoden (wie insbesondere Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention) sowie über systemanalytische Aspekte der pflegerelevanten Gesundheitsversorgung im informellen und formellen Bereich“ (Waller 1999 [2.6]: 3).

Das Studienfach Gesundheitswissenschaft gliedert sich in zwei Bereiche: Im ersten Teil werden die Grundlagen der Gesundheitswissenschaft behandelt (Gesundheitskonzepte, Gesundheitsressourcen und -risiken, Gesundheitssysteme). Im zweiten Teil steht die Praxis der Gesundheitswissenschaft im Mittelpunkt: Es werden die Aspekte Evaluation, Qualitätssicherung, Berichterstattung, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Beratung, Bildung sowie Selbsthilfe thematisiert. Dazu sollen nach dem Curriculum insgesamt acht Studienbriefe eingesetzt werden.

7 | Im Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik „sind von den Studierenden zunächst die Grundlagen der Sozial- und Gesundheitspolitik zu erarbeiten. [...] Vermittelt werden neben politikwissenschaftlichen Ansätzen Grundkenntnisse über die Aufgaben und Institutionen der Sozialversicherung in der Bundesrepublik. Sodann werden die Studierenden eingeführt in die wichtigsten Fragestellungen und Problemlösungsansätze der Gesundheitsökonomie – entsprechende Grundlagen der Volkswirtschaftslehre sind dabei integraler Bestandteil dieses Abschnitts. Schließlich sind in einer weiteren Lerneinheit Kenntnisse über die Struktur und Defizite des Gesundheitssystems der Bundesrepublik zu erwerben. [...] Dieser Aspekt wird im dritten Semester mit der Analyse der internationalen Gesundheitssysteme wieder aufgegriffen. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Probleme einer Harmonisierung der europäischen Gesundheitssysteme gelegt. Der unmittelbare Bezug zum Pflegemanagement wird durch die Lerneinheiten zum ‚Managed Care‘ und den ‚Pflegemärkten‘ hergestellt. [...] Die Kenntnis der Pflegemärkte, einschließlich des Arbeitsmarktes ist von Bedeutung für die Analyse des Wettbewerbsumfelds, in dem sich Pflegeeinrichtungen bewegen (werden)“ (Schumacher 1999 [2.7]: 2).

Das Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik soll nach dem Curriculum sechs Studienbriefe umfassen (Allgemeine Grundlagen: Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik, Einführung in die Gesundheitsökonomie; Spezielle Grundlagen: Gesundheitssystem der Bundesrepublik – Strukturelle Probleme und aktuelle Reformansätze, Internationale Gesundheitssysteme – Vergleich und Harmonisierung; Pflegebezogene Themen: Managed Care und Pflegeversorgung, Analyse der Pflegemärkte).

8 | Das Studienfach Empirische Methoden vermittelt „allgemeine Grundlagen, spezifische Grundlagen und besondere Themen (quantitativer und qualitativer) empirischer Forschung [...]. Damit es seine Funktion als Bezugswissenschaft erfüllen kann, dienen Selbststudium und Unterricht drei Zielen: Vermittlung von Kenntnissen empirischer Methoden als Basiswissen; Vermittlung von Kenntnissen empirischer Methoden als Grundlage für die Durchführung eigener empirischer Arbeiten (Fachprojekt). Hierfür sind vor allem Kenntnisse über verschiedene Methoden als Voraussetzung für die begründete Auswahl geeigneter Methoden für die jeweilige Fragestellung notwendig; Vermittlung von Kenntnissen empirischer Methoden als Grundlage für die Rezeption und kritische Einordnung empirischer Arbeiten anderer Autoren“ (Flick 1999 [2.8]: 2). Im Studienfach Empirische Methoden werden quantitative und qualitative Methoden ausgewogen behandelt.

Nach dem Curriculum sind im Studienfach Empirische Methoden fünf Studienbriefe zu entwickeln (Einführung und Forschungsbeispiele, Forschungsprozess und Auswahlverfahren, Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren, Grundlagen der Statistik, Auswertungsverfahren und Gütekriterien).

9 | Im Studienfach Pflegemanagement I liegt der Schwerpunkt dieser Einführung „in einem interdisziplinären, entwicklungsorientierten, ganzheitlich-vernetzten Denk- und Gestaltungsansatz. ‚Pflege‘ wird hier als komplexes, soziales System begriffen, das in das übergeordnete

Netzwerk des Gesamtsystems ‚Gesundheit‘ eingebettet ist. Das Handlungsfeld Pflege und dessen Management steht vor gewaltigen Aufgaben und komplexen Anforderungen: Es gilt, die Transformation der Pflege ‚von anstaltlicher zu sozial-unternehmerischer Pflegeorganisation‘ zu steuern und zu gestalten, gleichzeitig aber Humanität für alle Beteiligten und Betroffenen zu gewährleisten. Die interdisziplinären Management- und Organisationstheorien unterliegen derzeit einem gravierenden Paradigmenwandel, der aber noch vollkommen un abgeschlossen ist. Das Pflegemanagement ist davon umso mehr betroffen, als sich dessen Neustrukturierung sowohl in der Theorieentwicklung wie auch in der Praxis in einer dynamischen Umbruchphase befindet“ (Borsi 1999 [2.9]: 2).

Im Studienfach Pflegemanagement I sollen nach dem Curriculum insgesamt sechs Studienbriefe eingesetzt werden (Einführung und Standortbestimmung – Herausforderungen an das moderne Pflegemanagement; Managementtheoretische Grundlagen – Paradigmenwandel im Management; Grundlagen des Pflegemanagements – Interdisziplinärer, systemorientierter, integrativer Ansatz; Pflegemanagement als Wissensmanagement – Reflexive Modernisierung des Pflegemanagements; Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe – Pflegemanagementkonzepte und ihre Anforderungen; Bereiche und Beiträge – Transformation der Pflege und der Pflegeorganisation).

10 | Das Studienfach Pflegewissenschaft II wird im vierten Semester angeboten. „Die Ziele sind das Verstehen, Beurteilen und Begründen qualitätssichernder Maßnahmen in der Pflege, das Analysieren und Überprüfen pflegewissenschaftlicher Forschungsliteratur im Hinblick auf Managementaufgaben, das Entwickeln eines Problembewußtseins für Aspekte interkultureller Pflege und für ethische Anforderungen in der Pflege, das Herstellen von Beziehungen zwischen Versorgungsstrukturen und Anforderungen an Pflegende in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Pflegewissenschaft und Pflegemanagement im Hauptstudium sind [...] unter dem Aspekt qualitätssichernder Konzepte und Forschungsergebnisse aus Pflege und Management zu betrachten. Darüber hinaus geht es [...] darum, wichtige Bereiche wie Ethik, Multikulturalität und Professionalisierung mit dem pflegerischen Alltag zu verknüpfen und sowohl Strategien [...] als auch Perspektiven zu entwickeln. Hierbei dienen grundlegende Forschungsergebnisse und theoretische Annahmen aus der Pflegewissenschaft als Grundlage für Managementfragen in den genannten Bereichen“ (Görres, Gebert 1999b [2.10]: 2).

Insgesamt elf Studienbriefe sind nach dem Curriculum zu entwickeln und einzusetzen. Das Studienfach Pflegewissenschaft II fächert sich in die folgenden Themenbereiche auf: Pflegequalität (Grundlagen, Dimensionen, Methoden; Konzepte, Standards, Leitbild), Pflegeforschung (Reader, Methoden und Instrumente der Pflegeforschung), Kultur und Pflege (Grundlagen und Konzepte, Bedeutung und Auswirkungen), Ethik und Pflege (Theorien und Prinzipien, Probleme und Anforderungen), Handlungsfelder der Pflege (Institutionsbezogene Aufgabenbereiche, Dimensionsbezogene Aufgabenbereiche), Professionalisierung in der Pflege (Ausbildung, Qualifizierung, Akademisierung). Unter Berücksichtigung der besonderen Bedeutung der Pflegeforschung und zur Erleichterung des Verständnisses soll den Studierenden

ein Reader überreicht werden, der ausgewählte (qualitative und quantitative empirische) Studien unter methodischen Gesichtspunkten aufbereitet vorstellt.

11 | Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre werden die Grundlagen der Pflegewirtschaftslehre vermittelt. „Mit dem neuen Begriff ‚Pflegewirtschaftslehre‘ wird der Bereich der Besonderen Betriebswirtschaftslehre umschrieben, der sich mit Institutionen auseinandersetzt, in denen pflegerische Leistungen erbracht werden. Studierende des Pflegemanagements haben sich in ihrer beruflichen Tätigkeit mit dem Risiko der Krankheit sowie mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit auseinanderzusetzen. Beide Risiken werden in unserer Gesellschaft in unterschiedlichen Institutionen ‚bearbeitet‘ unter je spezifischen Bedingungen. Hierauf ist im Studienfach [...] vertieft einzugehen“ (Thiele 1999b [2.11]: 2).

Es sollen nach dem Curriculum im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre insgesamt 13 Studienbriefe eingesetzt werden (Allgemeine Betriebswirtschaftslehre – Marketing und Dienstleistungsmarketing, Controlling; Pflegewirtschaftslehre: Pflegewirtschaftliche Grundlagen; Krankenhaus: Nicht-Markt-Prozesse und Marktzufuhr, Rechnungswesen – Finanzierung, Controlling – Marketing – Personal; Stationäre Einrichtungen: Nicht-Markt-Prozesse und Marktzufuhr, Rechnungswesen – Finanzierung, Controlling – Marketing – Personal; Ambulante Einrichtungen: Nicht-Markt-Prozesse und Marktzufuhr, Rechnungswesen – Finanzierung – Personal; Strategie und Planung; Wirtschaftlichkeit und Qualität – Beispiel Krankenhaus).

12 | Mit dem (übergeordneten) Studienfach Methoden und Techniken werden drei Studienfächer im vierten und fünften Semester angeboten:

- Das Studienfach Zeitmanagement und Verhandlung beschäftigt sich mit zwei Aspekten:
 - Zum Thema Zeitmanagement. „In Zeiten beschleunigter und durchgängiger Veränderungen wird ein effektives Zeitmanagement zu einer Erfolgsbedingung schlechthin. Unter einem qualifikatorischen Blickwinkel gesehen müssen zwei Dimensionen bearbeitet werden: die Gestaltung der Abläufe und die Verteilung der Aufgaben einerseits (‚Management der Organisations-Zeit‘) und die subjektive Steuerung und Bewertung der zeitlichen Inanspruchnahme (‚Management der Subjekt-Zeit‘). [...] Ziel der Darstellung ist, beizutragen zu einer persönlich und organisatorisch ausbalancierten Gestaltung der Ressource Zeit. Dabei wird auf die besonderen Bedingungen im [...] Pflegemanagementbereich gezielt [...] eingegangen“ (Wagner 1999a [2.12.1]: 2).
 - Zum Thema Verhandlung. „Je mehr der Gesundheitsbereich ‚unternehmensförmig‘ gestaltet wird, desto dringlicher ist die Aneignung von Kenntnissen und Fähigkeiten professioneller Verhandlungsführung. Insbesondere durch sich verstärkende Autonomie und Verantwortlichkeit der einzelnen Professionen in den Organisationen des Gesundheitsbereichs [...] müssen die Arbeits- und Entwicklungsbedingungen für die Pflege durch deren Management ‚verhandelt‘ werden. Im vorliegenden Kontext werden Grundlagen des Verhandeln als Handlungsform dargestellt und vor allem geeignete Verhaltensweisen und Strategien vorgestellt, die sich für den Pflegebereich eignen“ (Wagner 1999a [2.12.1]: 2).

- Das Studienfach Selbstmanagement und Moderation behandelt zwei Bereiche:
 - Zum Thema Selbstmanagement. „Führungsaufgaben zu übernehmen heißt in hohem Maße, sich selbst zu führen; organisatorische Einheiten und Arbeitsabläufe zu managen erfordern nicht allein, aber doch in wesentlichen Teilen, sich selbst ‚managen‘ zu können. [...] Es geht darum, die eigene berufliche Rolle als Führungskraft konsequent zu entwickeln und dabei die eigenen Ressourcen zu entfalten [...] und zu fördern. Selbstmanagement als Führungskraft bewegt sich zwischen den eigenen Visionen bzw. Zielen und den Anforderungen und Grenzen der Organisationsaufgaben. [...] Selbstmanagement gehört zu den beständigen Lernprozessen professioneller Führungskräfte“ (Wagner 1999b [2.12.2]: 2).
 - Zum Thema Moderation. „In besonderer Weise erfordert Moderation die professionelle Steuerung des eigenen Handelns im Dienste und Interesse des Gruppenprozesses. [...] Moderation ist ein methodisch [...] geplantes Steuerungshandeln. Es beruht auf einer geeigneten Haltung zur Gruppe und zu sich selbst, auf der abgestimmten und zielgerichteten Verwendung bestimmter Techniken und Werkzeuge sowie auf Erfahrung und Intuition. Den Studierenden sollen daher diese Elemente theoretisch wie praktisch in engem Bezug zu ihren Erfahrungen vermittelt werden“ (Wagner 1999b [2.12.2]: 2).
- Das Studienfach Projektmanagement und Präsentation hat zwei Teile:
 - Zum Thema Projektmanagement. „Durch die Veränderungsbreite und -dynamik im Krankenhaus- und generell im Pflegesektor ist eine Qualifizierung im Pflegemanagement ohne [...] ‚Projektmanagement‘ nicht mehr sinnvoll zu denken. [...] Die Vermittlung von Fähigkeiten und Methoden des Projektmanagements zielt im Studiengang auf zwei Verwendungsebenen: zum einen auf die selbständige professionelle Durchführung von Projekten und zum anderen auf die Veranlassung, Koordination und Kontrolle von Projekten als Führungskraft im eigenen Verantwortungsbereich“ (Wagner 1999c [2.12.3]: 2). Ziel ist deshalb die Anwendung auf ein konkretes Projekt im eigenen Arbeitsfeld (Management von Veränderungen). Die Studierenden sollen dazu eigenverantwortlich entweder ein Projekt selber initiieren und durchführen (z. B. als Projektbeauftragter) oder in einem bereits laufenden Projekt aktiv teilnehmen (z. B. als Projektmitarbeiter). Die Durchführungsphase des Veränderungsprojekts bzw. der Analysezeitraum erstreckt sich (idealerweise) über ca. sechs Monate im vierten und fünften Semester. Die Lehrmaterialien und Präsenzphasen haben dabei unterstützenden und begleitenden Charakter und berücksichtigen die unterschiedlichen Entwicklungsprozesse von Projekten.
 - Zum Thema Präsentation. „Je mehr die angemessene Erfüllung von Aufgaben an Teilbereiche (z. B. Stationen) und die Mitarbeiter [...] delegiert wird und je differenzierter die Leistungen werden, desto größer wird der Bedarf nach ‚Schnittstellenkommunikation‘. Darin liegt der Grund, weshalb die professionelle Präsentation im organisatorischen Kontext immer notwendiger wird. [...] Für diese unterschiedlichen Verwendungssituationen und -ziele müssen Kenntnisse zur Bedeutung von Darstellung und Visualität vermittelt werden. Ebenso bedeutsam ist die Vermittlung von Kriterien guter Präsentation sowie von praktischen Fähigkeiten der professionellen Präsentation

mit verschiedenen Medien (Hilfsmitteln) und in unterschiedlichen Kontexten“ (Wagner 1999c [2.12.3]: 2).

Im Studienfach Projektmanagement und Präsentation wird eine enge Verzahnung der beiden Teilbereiche in den Präsenzphasen als auch in der Prüfung angestrebt. Im fünften Semester ist zum durchgeführten Projekt eine schriftliche Hausarbeit in Form eines Projektberichts abzugeben; am Ende des Semesters soll nach dem Curriculum eine mündliche Prüfung stattfinden. Zielsetzung ist die Präsentation des eigenen Veränderungsprojekts und die Analyse ausgewählter Ergebnisse der Hausarbeit. Gegenstand der Bewertung sind dabei einerseits die methodischen und technischen Aspekte im Hinblick auf die Präsentation sowie andererseits die fachlichen und inhaltlichen Aspekte mit Blick auf das Projektmanagement.

Nach dem Curriculum sind im Studienfach Methoden und Techniken sechs Studienbriefe einzusetzen: Zeitmanagement und Verhandlung (ein Studienbrief) mit den Themen Zeit effektiv managen und Verhandlungen erfolgreich führen, Selbstmanagement und Moderation (ein Studienbrief) mit den Themen Sich selbst wirkungsvoll managen und Gruppen ergebnisorientiert moderieren sowie Projektmanagement und Präsentation (insgesamt vier Studienbriefe) – davon drei Studienbriefe zum Thema Projekte professionell und erfolgreich managen (Grundlagen und Planung, Organisation und Steuerung, Controlling und Integration) und ein Studienbrief zum Thema Sicher und überzeugend präsentieren (Grundlagen, Methoden, Techniken).

13 | Das Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien ist wie folgt aufgebaut: „1. Zunächst erfolgt eine Einführung in die EDV (Grundbegriffe, Entwicklung, Bedeutung, Einsatzziele) und in die Informations- und Kommunikationssysteme (Betriebssysteme, Datenbanken, Netzwerke, Internet). 2. Danach erhalten die Studierenden einen systematischen Überblick über die Anwendungsgebiete und Trends der EDV im Gesundheitswesen. Darüber hinaus werden die mit der Implementierung von neuen Technologien verbundenen Probleme intensiv thematisiert und reflektiert (z. B. gezielte Hinweise zur Organisation und Durchführung von EDV-Projekten). 3. Damit sind Grundlagen für das Verständnis der Anwendungen und Auswirkungen der EDV im Pflegebereich gelegt worden: Hier werden alle für das Pflegemanagement relevanten Einsatzfelder auf den verschiedenen organisatorischen Ebenen vorgestellt und bewertet“ (Trill 1999 [2.13]: 2).

Das Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien soll nach dem Curriculum vier Studienbriefe umfassen (Einführung – Entwicklung und Bedeutung; EDV im Gesundheitswesen – Anwendungsbereiche und Auswahlverfahren; EDV im Pflegebereich – Einsatzfelder und Auswirkungen, Bewertung und Marktsituation).

14 | Das Studienfach Arbeitswissenschaft gliedert sich in drei Bereiche: „Im ersten Teil wird eine Einführung in die Arbeitswissenschaft vermittelt, wobei die Grundlagen menschengerechter Arbeitsgestaltung im Mittelpunkt stehen. Hier wird neben den allgemeinen Aspekten auch die spezielle Arbeitssituation des Pflegepersonals in den Blick genommen und arbeits-

wissenschaftliche Kategorien auf diesen Bereich bezogen. Im zweiten Teil geht es um die Gestaltung menschengerechter Anforderungen, wobei für vier wichtige Bereiche (Bewegung und Körperhaltung, psychische Anforderungen, Arbeitszeit und Arbeitsumgebung) jeweils vorkommende Belastungen und Beanspruchungen sowie Gestaltungsmaßnahmen grundsätzlich behandelt und dann immer auf den Gesundheits- und Pflegebereich angewandt werden (z. B. Fallstudien, empirische Untersuchungen). Im dritten Teil wird die Arbeitsgestaltung als Managementaufgabe thematisiert: Zum einen werden bezüglich der Anforderungen an das Pflegemanagement die Vorschriften des öffentlich-rechtlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes vor dem Hintergrund der Problematik arbeitsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen vorgestellt. Zum anderen werden Ansätze und Modelle betrieblicher Gesundheitsförderung als Herausforderung für das Pflegemanagement dargestellt“ (Oppolzer 1999 [2.14]: 2).

Das Studienfach Arbeitswissenschaft umfasst nach dem Curriculum sieben Studienbriefe und gliedert sich thematisch in die drei Bereiche Grundlagen menschengerechter Arbeitsgestaltung (Einführung in die Arbeitswissenschaft), Gestaltung menschengerechter Anforderungen (Bewegung und Körperhaltung, Psychische Anforderungen, Arbeitszeit, Arbeitsumgebung) und Arbeitsgestaltung als Managementaufgabe (Anforderungen und Herausforderungen).

Ergänzend soll ein Reader als Begleitheft (Studienbrief) konzipiert werden. Zum einen sollen die Studierenden mit den spezifischen Gesetzen und Vorschriften zum Arbeitsschutz im Gesundheitswesen vertraut gemacht werden (Materialien). Zum anderen sollen die damit verbundenen typischen Verantwortungsbereiche, Aufgabenfelder und Problemzonen für Führungskräfte im Pflegebereich praxisnah aufbereitet werden; damit möchte der Leitfaden den Studierenden auch über das Studium hinaus eine Orientierungshilfe im Berufsalltag geben (Handreichung).

15 | Mit dem (übergreifenden) Studienfach Pflegemanagement II werden drei verschiedene Studienfächer angeboten.

- Zum Studienfach Führung und Kommunikation: „Neben der Vermittlung theoretischer Aspekte ist der Praxistransfer sowie die Reflexion des eigenen Verhaltens in der Führungsrolle und das Einüben neuer oder veränderter Verhaltensmuster von besonderer Bedeutung“ (Kerres, Falk 1999 [2.15.1]: 2). Das Curriculum sieht dazu vier Studienbriefe vor (Informations- und Kommunikationsmanagement – Ansätze und Instrumente, Management und Führung – Theorie und Praxis, Dienstleistungsmanagement – Anforderungen und Herausforderungen, Management komplexer Problemsituationen – Analyse und Gestaltung).
- Die Studienfächer Personalmanagement, Qualitätsmanagement und Organisationsmanagement werden im fünften Semester für alle Studierenden angeboten:
 - Im Studienfach Personalmanagement werden spezielle Grundlagen gelegt: Als Einstieg erfolgt ein Überblick über die wesentlichen Aspekte des Personalmanagements (Einführung). In diesem Teil steht nicht nur die Vermittlung moderner Konzepte und Methoden im Vordergrund, sondern es wird auch die Bedeutung des Personalmanagements in Organisationen des Gesundheitswesens untersucht. Der zweite Teil behandelt das Thema Personalentwicklung (Einführung). Hier werden die Aktionsfelder und Instrumente der

- Personalentwicklung dargelegt. Darüber hinaus werden Perspektiven einer innovativen Personalentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufgezeigt. In beiden Teilen werden betriebswirtschaftliche Ansätze mit sozialwissenschaftlichen Zugängen für eine differenzierte Problembearbeitung zusammengeführt (vgl. Töllner, Rosenthal 1999a [2.15.2]: 3). Im Studienfach Personalmanagement sind nach dem Curriculum zwei Studienbriefe zu den Grundlagen vorgesehen (Einführung in das Personalmanagement – Bedeutung, Konzepte, Methoden; Einführung in die Personalentwicklung – Aktionsfelder, Instrumente, Perspektiven).
- Im Studienfach Qualitätsmanagement beziehen sich die speziellen Grundlagen zunächst auf historische, gesellschaftspolitische, definitorische und rechtliche Aspekte. Danach erfolgt eine Standortbestimmung des Qualitätsmanagements und die Erörterung von Konzepten des Qualitätsmanagements in relevanten Bereichen des Gesundheitswesens (z. B. Stationäre Krankenversorgung): „Um die Herausforderung einer zukunftsorientierten Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen leisten zu können, ist eine Auseinandersetzung mit aktuellen Aspekten des Qualitätsmanagements unverzichtbar“ (Rambow-Bertram, Stamer 1999a [2.15.2]: 2). Es sind nach dem Curriculum ebenfalls zwei Studienbriefe zu entwickeln (Allgemeine Einführung, Aktuelle Standortbestimmung).
 - Im Studienfach Organisationsmanagement werden „spezielle Grundlagen für ein professionelles Organisationsmanagement angeboten. Hier steht die Vermittlung moderner Konzepte und Methoden im Vordergrund. Dadurch soll eine gute Grundlage geschaffen werden, auf der die ‚Konjunkturen‘ der Moden und Modelle in diesem Bereich für die eigene Praxis eingeschätzt werden können. Zugleich sollen die Studierenden lernen, geeignete Ansätze zur Innovation und Organisationsentwicklung einzusetzen“ (Wagner 1999d [2.15.2]: 2). Zwei Studienbriefe zu den Grundlagen sollen dafür eingesetzt werden (Veränderungsmanagement und Organisationsentwicklung – Konzepte und Methoden im Überblick, Unternehmenskultur und Organisationsmanagement – Bedeutung von Leitbildern).
 - Das Studienfach Betriebliches Umweltmanagement (im Gesundheitswesen) gibt einen Überblick, „inwieweit Umweltschutz im Rahmen von Umweltmanagementsystemen im Gesundheitswesen umgesetzt werden kann. Im ersten Teil liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung von umweltrechtlichem Grundlagenwissen als Voraussetzung für das Verständnis von Umweltmanagement. Im zweiten Teil wird die Vorgehensweise zur Einführung eines Umweltmanagementsystems nach der Öko-Audit-Verordnung aufgezeigt. Anhand von praktischen Beispielen aus dem Gesundheitswesen – und speziell dem Krankenhausbereich – soll deutlich werden, daß sich sowohl pflegerische und medizinische als auch ökonomische Aspekte mit ökologischen Fragestellungen sinnvoll verknüpfen lassen“ (Hackelberg 1999 [2.15.3]: 2). Es sind nach dem Curriculum insgesamt drei Studienbriefe zu entwickeln (Grundlagen, Öko-Audit-Verordnung und integrierte Managementsysteme – Umsetzung, Reader – Leitfaden zur betrieblichen Umweltprüfung im Gesundheitswesen). Den Studierenden wird ergänzend ein Reader (in Form eines Leitfadens) für betriebliche Umweltprüfungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt. Bei dem Reader handelt es sich um eine praktische Arbeitshilfe für den beruflichen Alltag.

Im Studienfach Führung und Kommunikation besteht die Präsenzphase aus zwei Teilen: Zum einen werden bestimmte Aspekte des Studienfaches vertieft und reflektiert (Präsenzphase 1). Zum anderen soll am Ende des Semesters ein themen- und fächerübergreifendes Planspiel als Schwerpunkt angeboten werden (Präsenzphase 2). Das Curriculum verweist in Anlehnung an Högsdal (1996: 13) darauf, dass Planspiele nicht nur die Möglichkeit bieten, unternehmerisches (vernetztes) Denken und Handeln in der Simulation zu üben, sondern Planspielteilnehmer beispielweise auch lernen, welche internen oder externen Faktoren Einfluss auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens haben (können). Das zu entwickelnde Planspiel im grundständigen Studiengang Pflegemanagement integriert Inhalte und Themen der Studienfächer Führung und Kommunikation sowie Personal-, Qualitäts- und Organisationsmanagement. Das Planspiel ist nach dem Curriculum zweitägig angelegt.

16 | Die Studierenden wählen im sechsten Semester aus den drei angebotenen Wahlpflichtfächern Personalmanagement, Qualitätsmanagement oder Organisationsmanagement zwei Studienfächer nach Priorität aus:

- Das Wahlpflichtfach Personalmanagement will die Grundlagen für eine moderne Personalarbeit legen. Personalmanagement ist zum einen eine Kernaufgabe für alle Führungskräfte mit Personalverantwortung und beinhaltet zum anderen eine Reihe von Aufgaben für Fachkräfte. Im Wahlpflichtfach Personalmanagement wird im sechsten Semester das Thema aufgefächert, werden einzelne Bereiche praxisbezogen vertieft und auf den Gesundheitsbereich bezogen. Die ersten beiden Vertiefungsbereiche greifen die Grundlagen der Personalwirtschaft auf und thematisieren einzelne relevante Aspekte unter einer betriebswirtschaftlichen Sichtweise: 1. Personalplanung, Personalbedarfsdeckung, Personalanpassung; 2. Personalbeurteilung, Personaleinsatz, Personalverwaltung. Mit dem dritten Vertiefungsbereich (Controlling, Evaluation, Qualität) wird versucht, Wege für einen effektiven und effizienten Mitteleinsatz unter einem interdisziplinären Ansatz aufzuzeigen. Der vierte Vertiefungsbereich hat mit Fort- und Weiterbildung sowie Führungskräfteentwicklung den Ausbau der sozialen und fachlichen Kompetenzen und Qualifikationen der Mitarbeiter zum Gegenstand. Coaching, Supervision und Teamentwicklung werden abschließend im fünften Vertiefungsbereich behandelt. Hiermit werden Modelle und Instrumente für eine Optimierung des Arbeitens auf individueller wie auch auf Gruppenebene vorgestellt. In den beiden letztgenannten Vertiefungsbereichen steht ein sozialwissenschaftlicher Ansatz im Vordergrund (vgl. Töllner, Rosenthal 1999b [2.16.1]: 3).
- Im Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement stehen im Vordergrund „Konzepte, Handlungsfelder und Methoden des Qualitätsmanagements für die berufliche Praxis. [...] Um die Herausforderungen einer zukunftsorientierten Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen leisten zu können, ist eine Auseinandersetzung mit aktuellen Aspekten des Qualitätsmanagements unverzichtbar. Die Studierenden sollen befähigt werden, neue Verfahren des Qualitätsmanagements anzuwenden und somit eine führende Rolle bei der Einführung und Umsetzung umfassender Qualitätsmanagementsysteme in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu übernehmen. Erfahrungsberichte und Praxisbeispiele (Fallstudien) stellen hierfür im Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement eine Grundlage dar“ (Rambow-Bertram, Stamer 1999b [2.16.2]: 2). Es sind ebenfalls fünf Studienbriefe geplant (Qualitätsorientierte Ma-

nagementmethoden; Instrumente und Verfahren: Kunden-, Mitarbeiter- und Prozessorientierung sowie Evaluation, Benchmarking und externe Qualitätsvergleiche; Praxisbeispiel: Care Management in der ambulanten Versorgung; Das prozessorientierte Krankenhaus). Durch die Bearbeitung der Studienbriefe sollen die Studierenden, „sich ein umfassendes Verständnis über zukunftsorientierte Qualitätsmanagementsysteme in Gesundheitseinrichtungen“ verschaffen (Rambow-Bertram, Stamer 1999b [2.16.2]: 2).

- Im Wahlpflichtfach Organisationsmanagement werden „für fünf verschiedene Handlungsfelder in exemplarischer Weise anhand von Fallstudien und Erfahrungsberichten konkretisierte Vertiefungen angeboten [...]. Diese sollen so bearbeitet werden, daß Anwendungsmöglichkeiten für die eigene (aktuelle bzw. künftige) Praxis deutlich werden. [...] Bei den exemplarischen Darstellungen und Diskussionen zu Fallstudien in verschiedenen Handlungsfeldern sollen unterschiedliche Aspekte des Organisationsmanagements und der Organisationsentwicklung in einer der Realität angemessenen Verflechtung und Komplexität behandelt werden. Damit wird klar, „in welchen Fällen und Zusammenhängen welche Konzepte am besten Orientierung und Erfolg versprechen. Die Handlungsfelder und die Fallstudien bzw. Evaluationsberichte werden so ausgewählt, daß verschiedene berufliche Schwerpunktsetzungen einbezogen werden können“ (Wagner 1999e [2.16.3]: 2). Im Wahlpflichtfach Organisationsmanagement sind nach dem Curriculum insgesamt fünf Studienbriefe zu folgenden Inhalten einzusetzen (Entwicklung durch Reorganisation in Gesundheitsinstitutionen, Modernisierung der Krankenhäuser, Leitkonzept Gesundheitsförderung, Aufbau neuer Versorgungsangebote, Organisationsmanagement als fortdauernder Entwicklungsprozess). „Im Hinblick auf die Qualifizierung im Organisationsmanagement geht es vor allem darum, den Führungskräften in der Pflege das nötige Wissen in einer praxisorientierten Weise zu vermitteln, ihre professionelle Urteilskraft zu stärken und sie zu planvollem und methodisch reflektiertem Handeln und Entscheiden zu ermutigen. All diese Bildungsfunktionen sind auf dem Wege des strukturierten Selbststudiums erfolgreich zu leisten. [...] Die Studierenden werden durch ‚Reflexionsschleifen‘ und Übungsaufgaben angehalten, ihre eigenen Erfahrungen und Handlungsmuster in Innovationskontexten immer wieder systematisch mit den Angeboten in den Studienmaterialien in Beziehung zu setzen und kritisch abzugleichen“ (Wagner 1999e [2.16.3]: 3).

17 | Die Studienschwerpunkte im siebten Semester gliedern sich insgesamt in drei Bereiche; die Studierenden wählen aus den drei angebotenen Studienschwerpunkten Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe oder Ambulante Dienste zwei Studienfächer nach Priorität aus.

Die Studienschwerpunkte setzen sich grundsätzlich zum Ziel, praxisrelevante Aspekte des Pflegemanagements bezogen auf die jeweiligen Arbeitsfelder zu thematisieren. Den Studierenden werden Inhalte zur Verfügung gestellt, die sowohl Organisation und Planung von Pflegediensten betreffen als auch Probleme und Herausforderungen des Pflegemanagements behandeln. Damit lassen sich für die Studierenden sowohl organisationspezifische Aufgabenbereiche und Handlungsfelder als auch organisationsbezogene Anforderungsbereiche und Reflexionsfelder wiederfinden.

- Im Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung werden nicht nur die „konkreten Aufgaben-, Gestaltungs- und Verantwortungsbereiche des Pflegemanagements mit den spezifischen betriebswirtschaftlichen Erfordernissen sowie den innovativen Herausforderungen in der stationären Krankenversorgung verknüpft und im Zusammenhang dargestellt. Es werden auch die (,klassischen‘) betriebs-, mitarbeiter-, und organisationsbezogenen Aufgaben des Pflegemanagements (,Pflegedienstleitung‘) unter strategischen und operativen Gesichtspunkten im Kontext behandelt; der Fokus liegt dabei auf der Mitarbeiterführung“ (Möllenhoff 1999 [2.17.1]: 3). Drei Studienbriefe sind geplant (Strategische Aufgaben in der stationären Krankenversorgung – Ziele, Führung, Partizipation, Verantwortung; Operative Aufgaben in der stationären Krankenversorgung: Arbeit koordinieren, Arbeit gestalten – Mitarbeiter einsetzen, Mitarbeiter fördern).
- Der Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe richtet sich an dem „internationalen Konzept des Total Quality Management (TQM) aus und bezieht somit internationale Erfahrungen und Konzepte des Managements und der Wirkungsweise von Dienstleistungen mit ein. Im Konzept des TQM liegt die grundlegende Orientierung für das Unternehmen in der Kundenzufriedenheit begründet. Ein modernes Management in der Stationären Altenhilfe [...] kann sich strategisch und langfristig der Konzepte des TQM bedienen, um seine Leistungspraxis bei der Pflege und Betreuung von Bewohnern zu organisieren und zu verbessern. Als Hintergrund für die Gliederung wurde das ‚EFQM Modell für Excellence‘ herangezogen und mit seinen Eckpunkten aus den Bereichen der ‚Befähiger-Kriterien‘ und der ‚Ergebnis-Kriterien‘ für ein qualitativ hochstehendes Unternehmen verwendet. Dies geschieht auch deshalb, weil die Prozesshaftigkeit dieses Managementansatzes sich in geeigneter Weise mit dem Anspruch des Pflegeprozesses verträgt,“ den Kunden (Patienten, Bewohner) mit seinen „Bedürfnissen als Ausgangspunkt aller Überlegungen für die Dienstleistung zu betrachten“ (Müller 1999 [2.17.1]: 3). Das Curriculum sieht für diesen Studienschwerpunkt drei Studienbriefe vor (Führung und Strategie in der stationären Altenhilfe, Personal und Prozessplanung in der stationären Altenhilfe, Ergebnisse und Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe).
- Der Studienschwerpunkt Ambulante Dienste möchte durch die Vermittlung praxisnaher Themen den besonderen Anforderungen in diesem Bereich entsprechen: Von „der Betriebsorganisation über die Einsatzplanung bis zur Struktur und Umsetzung einer leistungsgerechten Vergütung im Sinne der Pflegeversicherung bilden die Inhalte dieses Studienschwerpunktes. Dabei werden insbesondere rechtliche Aspekte aus dem Grundstudium und betriebswirtschaftliche Inhalte aus dem Hauptstudium [...] aufgegriffen und angewandt. Der erste Teil zur ‚Existenzgründung und -sicherung‘ (Schwerpunkt) hat zwei Zielrichtungen: 1. Zum einen sollen allgemeine Grundlagen einer Existenzgründung und spezifische Entscheidungshilfen zur Gründung eines Ambulanten Pflegedienstes erarbeitet werden (Neuplanung einer Einrichtung, Organisation eines Ambulanten Dienstes). [...] 2. Zum anderen sollen Kriterien und Ansatzpunkte zur Existenzsicherung dargestellt werden (Strategien, Innovationen). Der zweite Teil stellt die ‚Einsatzplanung‘ in den Mittelpunkt: da ca. 85 % der Kosten eines ambulanten Pflegedienstes Personalkosten sind, ist die Einsatzplanung der zentrale Dreh- und Angelpunkt sowohl der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit. In diesem Abschnitt werden Modelle und Prinzipien einer effizienten und effektiven

Einsatzplanung im Ambulanten Dienst bereitgestellt. Der dritte Teil behandelt die ‚Leistungsgerechte Vergütung‘ der Pflegeleistungen [...]. Die Ermittlung des Preises anhand eines konkreten Modells sowie die gesetzlichen Grundlagen sind Hauptthemen in diesem Teil“ (Heiber 1999 [2.17.1]: 3). Ebenfalls sind drei Studienbriefe im Curriculum vorgesehen (Existenzgründung und -sicherung im Ambulanten Dienst, Einsatzplanung im Ambulanten Dienst, Leistungsgerechte Vergütung im Ambulanten Dienst).

18 | Das Studienfach Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem ist Bestandteil der Studienschwerpunkte und wird für alle Studierenden im siebten Semester angeboten. Mit dem Studienfach soll der Blick über die Einrichtung hinausgehen und es werden organisationsübergreifende Aufgabenbereiche und Handlungsfelder des Pflegemanagements angesprochen. „In diesem Studienfach sollen die Studierenden vermittelt bekommen, was ‚kontinuierliche Versorgung‘ bedeutet, warum sie benötigt wird und welche Konsequenzen aus mangelnder Vernetzung und Koordination der Versorgung erwachsen: auf der Systemebene, der Ebene einzelner Einrichtungen, der Ebene der Berufsgruppen und der Ebene der Klienten; zentrale Konzepte und Begriffsdefinitionen (wie z. B. Kooperation, Vernetzung, Überleitungspflege, Klinische Pfade), deren Entstehung und Bedeutungswandel kennenlernen; Informationen über Voraussetzungen zur Überwindung der Fragmentierung bekommen: von strukturellen Maßnahmen der Vernetzung bis hin zu Techniken verbesserter Kommunikation und Kooperation; wichtige Voraussetzungen der Kooperation ihrer Berufsgruppe – der Pflege – mit Klienten und Angehörigen sowie mit medizinischem Personal und mit anderen Gesundheitsberufen in einer Einrichtung wie auch einrichtungsübergreifend kennenlernen; in die Lage versetzt werden, Vernetzungs- und Koordinationsdefizite und deren Ursachen aufzudecken“ (Garms-Homolová 1999 [2.17.2]: 3). Das Studienfach Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem umfasst im Curriculum drei Studienbriefe (Problemanalyse und Konzepte, Aufgabenbereiche und Handlungsfelder, Reader). Der Reader soll als Begleitheft konzipiert werden und nationale sowie internationale Modellprojekte bzw. Praxisbeispiele präsentieren.

Zu den Studienschwerpunkten soll in Anlehnung an Dauscher (1998) eine eintägige Zukunftswerkstatt (Präsenzphase) zum Thema Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem als inhaltlich offene Methode zur Meinungsbildung und Entscheidungsfindung durchgeführt werden. Dabei entstehen Handlungs- oder Lösungsmöglichkeiten „zum großen Teil aus der Auseinandersetzung mit Zielen, mit erstrebenswerten Zukunftsvorstellungen“ (Dauscher 1998: 205).

19 | Das Studienfach Empirische Studie (Fachprojekt) wird im siebten Semester durchgeführt und ist dabei dem von den Studierenden zu wählenden ersten Studienschwerpunkt (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste) zugeordnet. Ziel des Fachprojekts ist die konkrete Anwendung empirischer Methoden und Instrumente auf den Pflegemanagementbereich. Mit dem Fachprojekt soll wissenschaftlich-methodisches Arbeiten auf eine Fragestellung der Praxis angewandt und auf besondere Gegebenheiten mit dem Ziel einer fundierten Problemanalyse bezogen werden. Das Fachprojekt bezieht sich auf die speziellen Aufgaben- und Handlungsfelder im Pflegemanagementbereich (z. B. Qualitätssicherung in

einem Altenheim oder Leitbildentwicklung in einem Krankenhaus) und dient vor allem der Analyse und Reflexion organisationsspezifischer Aspekte und Probleme des Pflegemanagements. Dabei sollen die im Studium erworbenen wissenschaftlich-theoretischen Kenntnisse und Fähigkeiten sowie empirisch-methodischen Instrumente und Techniken selbständig in einem Untersuchungsdesign angewendet werden. Das Fachprojekt soll die Studierenden befähigen, wissenschaftliche Erkenntnisse und empirische Herangehensweisen auf das komplexe Arbeitsfeld pflegemanagementbezogenen Handelns zu beziehen (vgl. Töllner, Rosenthal 1999c [2.17.3]: 3). Für das Studienfach Empirische Studie ist ein Studienbrief als Reader vorgesehen; dieser Leitfaden zum Fachprojekt dient als Grundlage und enthält neben allgemeinen Hinweisen einen Plan zur Durchführung des Fachprojekts. Er soll den Studierenden einen Überblick zum formalen Ablauf vermitteln und praktische Hinweise enthalten. Der Leitfaden hat den Charakter eines Wegbegleiters und soll die Studierenden bei der Selbstorganisation ihrer Arbeitsprozesse unterstützen. Die empirische Untersuchung schließt mit einer Hausarbeit in Form einer Projektstudie ab. Im siebten Semester soll nach dem Curriculum eine mündliche Prüfung stattfinden. Gegenstand der mündlichen Prüfung sind die Inhalte des ersten Studienschwerpunkts einschließlich des Fachprojekts sowie des Studienfaches Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem.

Im grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule werden nach dem Curriculum im Grundstudium insgesamt 64 Studienbriefe angeboten – davon drei Reader. Aus dem grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft an der Hamburger Fern-Hochschule werden elf Studienbriefe übernommen. Neben den acht Studienbriefen im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen werden im Studienfach Recht der Pflege zwei Studienbriefe zum Arbeitsrecht und im Studienfach Empirische Methoden ein Studienbrief zur Statistik integriert. Im Hauptstudium werden insgesamt 82 Studienbriefe angeboten – davon fünf Reader. Aus dem grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft werden im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre drei Studienbriefe (Marketing, Dienstleistungsmarketing, Controlling) übernommen und integriert.

Der Diplomstudiengang Pflegemanagement besteht nach dem Curriculum hinsichtlich des Selbststudiums aus insgesamt 146 Studienbriefen – davon acht Reader. Aus dem grundständigen Studiengang Betriebswirtschaft sollen 14 Studienbriefe lehrkonzeptionell eingebunden werden.

5.3.2.3.2 Zur Umsetzung des Curriculums

Es werden die mit der Realisierung des Curriculums verbundenen strukturellen Veränderungen im Hinblick auf Studienmaterialien, Präsenzphasen und Prüfungen erfasst und dokumentiert – dadurch werden verschiedene Phasen der Bearbeitung bzw. Weiterentwicklung des Diplomstudienganges Pflegemanagement erkennbar.

1 | In der ersten Stufe wurden insgesamt neun Studienbriefe im Studienfach Pflegewissenschaft I entwickelt und eingesetzt. Die ersten beiden Studienbriefe liefern eine Einführung

einerseits in die Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten und andererseits in die Entwicklung und den Stand der Pflege bzw. Pflegewissenschaft im Hinblick auf den nationalen und internationalen Kontext (vgl. Remmers, Friesacher 2000a – b). Diese beiden Studienbriefe wurden später nicht mehr eingesetzt. Studienbrief 3 bezieht sich auf die Einführung in die Pflege-theorien (vgl. Meyer 2000).

Während der Studienbrief 4 ein Pflegemodell am Beispiel von Orem analysiert, thematisiert der Studienbrief 5 die grundlegenden Pflegemodelle aus dem internationalen Raum – die Entwicklung von Pflegemodellen bzw. Pflegekonzepten aus dem deutschsprachigen Raum wird in Studienbrief 6 angesprochen (vgl. Meyer 2001, Müller 2001a – b). Der Pflegeprozess wird in Studienbrief 7 (System aufeinander bezogener Handlungen) und Studienbrief 8 (System aufeinander bezogener Konzepte) präsentiert (vgl. Mischo-Kelling 2001, Schütz-Pazzini 2001). Studienbrief 9 beschäftigt sich mit der Pflegedokumentation (vgl. Notthoff 2001). Die beiden Studienbriefe 4 und 7 wurden beibehalten.

In der zweiten Stufe werden dann insgesamt die folgenden acht Studienbriefe im Studienfach Pflegewissenschaft I eingesetzt (vgl. Recken 2003, Müller 2003a – c, Hallensleben 2003, Stemmer 2003, Mischo-Kelling 2003, Kracht 2003):

- Studienbrief 1 – Entwicklung der modernen Pflege
- Studienbrief 2 – Einführung in die Pflegewissenschaft
- Studienbrief 3 – Internationale pflege-theoretische Modelle
- Studienbrief 4 – Pflegemodell: Beispiel Orem
- Studienbrief 5 – Pflege-theoretische Adaptionen
- Studienbrief 6 – Pflegemodell: Beispiel Wittneben
- Studienbrief 7 – Pflegeprozess
- Studienbrief 8 – Pflegedokumentation

2 | Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen gab es konzeptionell keine grundlegenden Änderungen. Insgesamt werden (statt der geplanten neun) zehn Studienbriefe im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen eingesetzt (vgl. Thiele 2000; Gonschorek, Sommerer 2000; Göhler et al. 2000; Büchner et al. 2000; Göhler 2001a – b; Hahn 2001; Wilkens 2001; Günther 2001; Gonschorek 2001):

- Studienbrief 1 – Reader: Fallbeispiele
- Studienbrief 2 – Betriebswirtschaftliche Grundlagen
- Studienbrief 3 – Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (1)
- Studienbrief 4 – Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (2)
- Studienbrief 5 – Grundlagen der Personalwirtschaft (1)
- Studienbrief 6 – Grundlagen der Personalwirtschaft (2)
- Studienbrief 7 – Buchführung
- Studienbrief 8 – Jahresabschluss
- Studienbrief 9 – Investition/Finanzierung (1)
- Studienbrief 10 – Investition/Finanzierung (2)

3 | Im Studienfach Soziologie gab es keine strukturellen Veränderungen. Insgesamt werden sieben Studienbriefe im Studienfach Soziologie eingesetzt (vgl. Schroeter 2000a – d, Schroeter 2001a – c):

- Studienbrief 1 – Reader: Dokumente aus dem Pflegealltag
- Studienbrief 2 – Allgemeine Soziologie: Grundlagen
- Studienbrief 3 – Allgemeine Soziologie: Theorien
- Studienbrief 4 – Spezielle Soziologie: Sozialisation, Beruf, Familie
- Studienbrief 5 – Spezielle Soziologie: Alter, Medizin, Organisation
- Studienbrief 6 – Soziologie der Pflege: Professionalisierung der Pflege
- Studienbrief 7 – Soziologie der Pflege: Organisationsstrukturen in den Einrichtungen

4 | Im Studienfach Psychologie gab es hinsichtlich der Studienmaterialien keine inhaltlichen Veränderungen. Insgesamt werden die sechs geplanten Studienbriefe im Studienfach Psychologie eingesetzt (vgl. Flick 2000a – b, Hoefert 2001a – d):

- Studienbrief 1 – Allgemeine Grundlagen: Einführung und Sozialpsychologie
- Studienbrief 2 – Allgemeine Grundlagen: Gruppen- und Kommunikationspsychologie
- Studienbrief 3 – Allgemeine Grundlagen: Persönlichkeitspsychologie
- Studienbrief 4 – Allgemeine Grundlagen: Alterspsychologie
- Studienbrief 5 – Allgemeine Grundlagen: Führung- und Organisationspsychologie
- Studienbrief 6 – Spezielle Aspekte: Psychologie der Pflege und Pflege als Beruf

Umgesetzt wurde allerdings nicht die im Curriculum ausgewiesene praktische Übung zur Gesprächsführung in der Präsenzphase (zum Studienbrief Kommunikationspsychologie).

5 | In der ersten Phase (alte Fassung) wurden zunächst insgesamt zwölf Studienbriefe im Studienfach Recht der Pflege entwickelt und eingesetzt. Neben den Studienbriefen (Einführung in das Recht; Zivilrecht – Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht; Grundlagen des Arbeitsrechts, Individualarbeitsrecht, Kollektives Arbeitsrecht; Leistungsrecht, Leistungserbringungsrecht; Verfahrensrecht) wurden auch eine Studienanleitung zum Arbeitsrecht, ein Reader mit Materialien und die Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Pflege als Zusatzmaterial angeboten (vgl. Richter 2001a – f, Aghamiri 2001, Maurer 2001a – d, Fern-Fachhochschule Hamburg 2001). In der zweiten Phase (neue Fassung) werden dann insgesamt neun Studienbriefe im Studienfach Recht der Pflege angeboten:

- Studienbrief 1 – Einführung in das Recht
- Studienbrief 2 – Zivilrecht; Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht
- Studienbrief 3 – Arbeitsrecht (1)
- Studienbrief 4 – Arbeitsrecht (2)
- Studienbrief 5 – Arbeitsrecht (3)
- Studienbrief 6 – Reader: Materialien
- Studienbrief 7 – Leistungsrecht
- Studienbrief 8 – Leistungserbringungsrecht
- Studienbrief 9 – Verfahrensrecht

Zum Thema Arbeitsrecht gibt es bezüglich der drei Studienbriefe 3 – 5 Einsendeaufgaben für die Studierenden. Bei den Studienbriefen 1 – 2, 6 und 7 – 9 handelt es sich inhaltlich zwar um identische, aber teilweise um erweiterte Fassungen (bei den Studienbriefen 2, 6 und 9) der entsprechenden Studienbriefe aus der ersten Phase (vgl. Richter 2001a; Richter 2003a – c; Richter, Leibing 2003; Richter, Ruser 2003; Aghamiri 2003a – c).

6 | Im Studienfach Gesundheitswissenschaft gab es keine strukturellen Veränderungen. Insgesamt werden acht Studienbriefe eingesetzt (vgl. Waller 2000, Waller 2001a – e, Waller 2002, Flick 2002):

- Studienbrief 1 – Einführung und Gesundheitskonzepte
- Studienbrief 2 – Gesundheitsressourcen
- Studienbrief 3 – Gesundheitsrisiken
- Studienbrief 4 – Gesundheitssysteme
- Studienbrief 5 – Forschungsmethoden: Evaluation, Qualitätssicherung, Berichterstattung
- Studienbrief 6 – Handlungsmethoden (1): Gesundheitsförderung
- Studienbrief 7 – Handlungsmethoden (2): Prävention
- Studienbrief 8 – Handlungsmethoden (3): Beratung, Bildung, Selbsthilfe

7 | Im Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik gab es ebenfalls keine curricularen Veränderungen. Insgesamt werden sechs Studienbriefe in diesem Studienfach eingesetzt (vgl. Schumacher 2001a – b, Strünck 2007, Erdmann 2001, Amelung 2001, Paetow 2001):

- Studienbrief 1 – Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik
- Studienbrief 2 – Einführung in die Gesundheitsökonomie
- Studienbrief 3 – Gesundheitssystem der Bundesrepublik
- Studienbrief 4 – Internationale Gesundheitssysteme
- Studienbrief 5 – Managed Care und Pflegeversorgung
- Studienbrief 6 – Pflegemärkte

8 | In der ersten Stufe der Entwicklung wurden im Studienfach Empirische Methoden zunächst insgesamt fünf Studienbriefe (Einführung und Forschungsbeispiele, Forschungsprozess und Auswahlverfahren, Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren, Grundlagen der Statistik, Auswertungsverfahren und Gütekriterien) für die Lehre verwendet (vgl. Flick 2008a – d, Renn 2001).

In der zweiten Stufe werden dann sechs Studienbriefe mit Zusatzmaterial (Statistikprogramm NSDstat Pro1.3 mit Übungsdateien als CD) realisiert.¹⁰⁹ Studienbrief 4 wird aus der ersten Stufe ersetzt – Studienbrief 6 wird mit dem Zusatzmaterial neu aufgenommen (vgl. Flick 2008a – d, Gerckens 2008a – b, Hamburger Fern-Hochschule 2008):

¹⁰⁹ Die CD zu Studienbrief 6 enthält das Statistikprogramm NSDstat Pro 1.3 mit Übungsdateien. Dabei wird in dem Studienbrief vielfach auf die CD verwiesen: Das Statistikprogramm wird in einem Übungsbeispiel kurz vorgestellt. Das Handbuch befindet sich auf der CD. „Auf der CD befinden sich auch Datensätze, die im Studienbrief als Beispiele genutzt werden. [...] Die Übungsaufgaben beziehen sich größtenteils auf die Datensätze auf der CD. Damit können eigene Analysen durchgeführt und im Lösungsteil überprüft werden“ (Gerckens 2008b: 5).

- Studienbrief 1 – Einführung und Forschungsbeispiele
- Studienbrief 2 – Forschungsprozess und Auswahlverfahren
- Studienbrief 3 – Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren
- Studienbrief 4 – Methoden quantitativer Erhebungsverfahren
- Studienbrief 5 – Auswertungsverfahren und Gütekriterien
- Studienbrief 6 – Computergestützte Datenanalyse

9 | Im Studienfach Pflegemanagement I gab es keine Veränderungen. Insgesamt werden sechs Studienbriefe eingesetzt (vgl. Borsi 2001a – c, Borsi 2002a – c):

- Studienbrief 1 – Herausforderungen an das moderne Pflegemanagement
- Studienbrief 2 – Managementtheoretische Grundlagen
- Studienbrief 3 – Grundlagen des Pflegemanagements
- Studienbrief 4 – Pflegemanagement als Wissensmanagement
- Studienbrief 5 – Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe (1)
- Studienbrief 6 – Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe (2)

10 | Im Studienfach Pflegewissenschaft II gab es keine strukturellen Veränderungen. Insgesamt werden die elf geplanten Studienbriefe eingesetzt (vgl. Görres, Roes 2002a – b; Bartholomeyczik 2002; Mayer, Heinritz 2002; Uzarewicz, Uzarewicz 2002a – b; Remmers 2002a – b; Zegelin-Abt, Mayer 2002; Hallensleben 2002; Kuhlmeier et al. 2002):

- Studienbrief 1 – Grundlagen der Qualitätssicherung
- Studienbrief 2 – Methoden der Qualitätssicherung
- Studienbrief 3 – Pflegeforschung (1)
- Studienbrief 4 – Pflegeforschung (2)
- Studienbrief 5 – Kultur und Pflege (1)
- Studienbrief 6 – Kultur und Pflege (2)
- Studienbrief 7 – Ethik und Pflege (1)
- Studienbrief 8 – Ethik und Pflege (2)
- Studienbrief 9 – Assessmentverfahren in der Pflege
- Studienbrief 10 – Profession Pflege (1)
- Studienbrief 11 – Profession Pflege (2)

Der im Curriculum avisierte Reader zur Pflegeforschung wird mit dem Studienbrief 4 umgesetzt (verschiedene Forschungsberichte zur Pflegeforschung).

11 | Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre gab es keine konzeptionellen Änderungen – allerdings werden nun fünfzehn Studienbriefe eingesetzt (vgl. Büchner 2002; Rose 2002a – b; Fischer 2002; Thiele 2002a – g; Sießegger 2002a – b; Thiele, Greulich 2003; Janssen 2002):

- Studienbrief 1 – Marketing
- Studienbrief 2 – Dienstleistungsmarketing (1)
- Studienbrief 3 – Dienstleistungsmarketing (2)
- Studienbrief 4 – Controlling

- Studienbrief 5 – Pflegewirtschaftliche Grundlagen
- Studienbrief 6 – Krankenhaus (1)
- Studienbrief 7 – Krankenhaus (2)
- Studienbrief 8 – Krankenhaus (3)
- Studienbrief 9 – Stationäre Einrichtungen (1)
- Studienbrief 10 – Stationäre Einrichtungen (2)
- Studienbrief 11 – Stationäre Einrichtungen (3)
- Studienbrief 12 – Ambulante Einrichtungen (1)
- Studienbrief 13 – Ambulante Einrichtungen (2)
- Studienbrief 14 – Strategie und Planung
- Studienbrief 15 – Wirtschaftlichkeit und Qualität

12 | Im Studienfach Methoden und Techniken gab es hinsichtlich der Studienmaterialien keine curricularen Veränderungen. Insgesamt werden sechs Studienbriefe eingesetzt (vgl. Wagner 2002a – d; Wagner 2003a; Kreye-Wagner, Wagner 2003a):

- Studienbrief 1 – Projektmanagement (1): Grundlagen
- Studienbrief 2 – Projektmanagement (2): Organisation und Steuerung
- Studienbrief 3 – Projektmanagement (3): Controlling und Integration
- Studienbrief 4 – Verhandlung und Zeitmanagement
- Studienbrief 5 – Präsentation
- Studienbrief 6 – Selbstmanagement und Moderation

Nach dem Curriculum sollte allerdings eine mündliche Prüfung stattfinden (Präsentation des eigenen Veränderungsprojekts und Analyse ausgewählter Ergebnisse der Hausarbeit) – diese Prüfungsform wurde nicht umgesetzt.

13 | Die größten strukturellen Veränderungen sind im Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien zu verzeichnen – die Studienbriefe wurden nach der Ersterstellung zwei Mal grundsätzlich überarbeitet:

In der ersten Phase der Entwicklung wurden zunächst drei Studienbriefe (Einführung in die Informations- und Kommunikationstechnologien, EDV im Gesundheitswesen, Gestaltung eines Informations- und Kommunikationssystems – Einführung am Beispiel einer Rehabilitationsklinik) entwickelt und eingesetzt (vgl. Schrader 2003, Prokosch 2003, Stehr 2003).

In der zweiten Phase wurden die ersten beiden Studienbriefe aus der ersten Phase übernommen (Einführung in die Informations- und Kommunikationstechnologien, EDV im Gesundheitswesen) und durch zwei weitere Studienbriefe ergänzt (EDV in der Pflege, Klinikinformations- und Managementsysteme im Rehabilitationsbereich) sowie durch das Zusatzmaterial (Einführung in das Programm LMZ KIM SYSTEM PRO) mit praktischen Übungen angereichert (vgl. Gerckens 2004, Zunkel 2004, Zunkel et al. 2004).

In der dritten Phase werden auf der Basis eines neuen Konzeptes insgesamt vier Studienbriefe im Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien angeboten – hiermit liegt nun der Fokus eher auf grundlegenden Aspekten der Unternehmenskommunikation und des Wissensmanagements (vgl. Gerckens 2007a – d):

- Studienbrief 1 – Unternehmenskommunikation
- Studienbrief 2 – Wissen in Organisationen
- Studienbrief 3 – Instrumente des Wissensmanagements
- Studienbrief 4 – IT-Medien im Wissensmanagement

14 | Im Studienfach Arbeitswissenschaft gab es keine strukturellen Veränderungen. Insgesamt werden sechs (statt der geplanten sieben) Studienbriefe eingesetzt (vgl. Martin 2003a – b; Michaelis 2003a – b; Büssing 2003; Babel, Gregersen 2003):

- Studienbrief 1 – Grundlagen menschengerechter Arbeitsgestaltung
- Studienbrief 2 – Gestaltung (1): Bewegung und Körperhaltung
- Studienbrief 3 – Gestaltung (2): Psychische Anforderungen und Belastungen
- Studienbrief 4 – Gestaltung (3): Arbeitszeit
- Studienbrief 5 – Gestaltung (4): Arbeitsumgebung
- Studienbrief 6 – Arbeits- und Gesundheitsschutz

15 | Im Studienfach Pflegemanagement II gab es keine grundlegenden Änderungen. Insgesamt werden die zehn Studienbriefe eingesetzt – das im Curriculum ausgewiesene Thema Management komplexer Problemsituationen wird durch Studienbrief 4 zum Konfliktmanagement realisiert (vgl. Falk 2002a – b; Kerres 2002a – b; Naegler 2002; Schmidt, Riehle 2002; Hallensleben, Hansen 2002; Viethen 2002; Rosenthal 2003a; Wagner 2003b):

- Studienbrief 1 – Informations- und Kommunikationsmanagement
- Studienbrief 2 – Management und Führung
- Studienbrief 3 – Dienstleistungsmanagement
- Studienbrief 4 – Konfliktmanagement
- Studienbrief 5 – Personalmanagement (1): Einführung
- Studienbrief 6 – Personalmanagement (2): Personalentwicklung
- Studienbrief 7 – Qualitätsmanagement (1): Einführung
- Studienbrief 8 – Qualitätsmanagement (2): Werkzeuge und Techniken
- Studienbrief 9 – Organisationsmanagement (1): Organisationsentwicklung
- Studienbrief 10 – Organisationsmanagement (2): Unternehmenskultur

Im Studienfach Betriebliches Umweltmanagement (im Gesundheitswesen) gab es keine strukturellen Veränderungen. Insgesamt werden drei Studienbriefe (davon ein Reader) angeboten (vgl. Hackelberg 2003, 2004; Kiesewetter 2004):

- Studienbrief 1 – Umweltschutz und Umweltrecht
- Studienbrief 2 – Umweltmanagementsysteme
- Studienbrief 3 – Handreichung für das Pflegemanagement

Im Studienfach Führung und Kommunikation (die ersten vier Studienbriefe) war im Curriculum ein (zweitätiges) fächerübergreifendes Planspiel in der Präsenzphase ausgewiesen – dies wurde nicht umgesetzt.

16 | In den drei Wahlpflichtfächern Qualitätsmanagement, Personalmanagement und Organisationsmanagement gab es keine grundlegenden Änderungen.

Im Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement werden insgesamt fünf Studienbriefe eingesetzt (vgl. Gehrig 2003; Möller, Heib 2003; Greulich 2003a; Ruprecht 2003; Hildebrand 2003a):

- Studienbrief 1 – EFQM: Grundlagen
- Studienbrief 2 – EFQM: Fallstudie
- Studienbrief 3 – Balanced Scorecard
- Studienbrief 4 – Kundenbefragung
- Studienbrief 5 – Das prozessorientierte Krankenhaus

Im Wahlpflichtfach Personalmanagement werden insgesamt fünf Studienbriefe eingesetzt (vgl. Schär 2003, Schmidt 2003, Hildebrand 2003b, Kerres 2003, Gerlach 2003):

- Studienbrief 1 – Personalplanung, Personalbedarfsdeckung, Personalanpassung
- Studienbrief 2 – Personalbeurteilung, Personaleinsatzplanung, Personaldaten
- Studienbrief 3 – Anforderungen, Qualität, Controlling
- Studienbrief 4 – Fortbildung, Weiterbildung, Führungskräfteentwicklung
- Studienbrief 5 – Supervision, Coaching, Teamentwicklung

Im Wahlpflichtfach Organisationsmanagement werden (anstatt der geplanten fünf) nun insgesamt sechs Studienbriefe eingesetzt (vgl. Kühnle 2003; Greulich 2003b; Rosenthal, Wagner 2003; Krabbe 2003; Rosenthal 2003b – c):

- Studienbrief 1 – Reorganisation im Gesundheitswesen
- Studienbrief 2 – Moderne Organisationsstrukturen im Krankenhaus
- Studienbrief 3 – Leitkonzept Gesundheitsförderung: zwei Fallstudien
- Studienbrief 4 – Neue Managementaufgaben im Krankenhaus
- Studienbrief 5 – Management des organisatorischen Wandels (1)
- Studienbrief 6 – Management des organisatorischen Wandels (2)

17 | In den drei Studienschwerpunkten Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe und Ambulante Dienste gab es Veränderungen hinsichtlich des Umfangs der einzusetzenden Studienbriefe – und damit auch in der Gewichtung der Studienschwerpunkte (geplant waren jeweils drei, umgesetzt wurden fünf Studienbriefe).

Hinzugekommen sind für die beiden Studienschwerpunkte Stationäre Altenhilfe und Ambulante Dienste ergänzende Materialien (Studien), die den Studierenden zur Verfügung gestellt werden und nach den dazugehörigen Studienanleitungen in definierten Auszügen verpflichtend (prüfungsrelevant) zu bearbeiten sind.

Im Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung werden folgende fünf Studienbriefe eingesetzt (vgl. Schmidt, Riehle 2003a – c; Schmidt, Brugger 2003; Füller 2003):

- Studienbrief 1 – Konsequenzen der Ökonomisierung: Problemanalyse
- Studienbrief 2 – Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte (1)
- Studienbrief 3 – Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte (2)
- Studienbrief 4 – Pflegesatzverhandlungen
- Studienbrief 5 – Fallpauschalen

Im Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe werden folgende fünf Studienbriefe eingesetzt – davon eine Studienanleitung zur ergänzenden CD mit dem Zusatzmaterial „Qualität in Pflegeheimen“ (vgl. Müller 2004a – d, Falk 2004, Roth 2002):

- Studienbrief 1 – Strategie und Führung
- Studienbrief 2 – Personal und Prozessplanung
- Studienbrief 3 – Qualitäts- und Ergebnissicherung
- Studienbrief 4 – Qualität in Pflegeheimen
- Studienbrief 5 – Interventionen und Versorgungsstrukturen bei Demenz

Im Studienschwerpunkt Ambulante Dienste werden folgende fünf Studienbriefe eingesetzt – davon eine Studienanleitung zur ergänzenden CD mit dem Zusatzmaterial „Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ (vgl. Hallensleben 2003a – b, Heiber 2004, Hallensleben 2004a – b, Roth 2001):

- Studienbrief 1 – Existenzgründung (1)
- Studienbrief 2 – Existenzgründung (2)
- Studienbrief 3 – Vergütungsverhandlungen
- Studienbrief 4 – Erstbesuch und Pflegevisite
- Studienbrief 5 – Qualitätsmängel und Regelungsdefizite in der ambulanten Pflege

18 | Im Studienfach Vernetzung und Koordination (im Versorgungssystem) gab es keine konzeptionellen Änderungen. Insgesamt werden zwei Studienbriefe und eine CD mit Materialien eingesetzt (Studien und Gutachten zur Integrierten Versorgung) – wobei diese Materialien nicht verpflichtend zu bearbeiten und somit auch nicht prüfungsrelevant sind (vgl. Breinlinger-O'Reilly, Strauch 2003a – b, Hamburger Fern-Hochschule 2003c):

- Studienbrief 1 – Integrierte Versorgung in Deutschland (1)
- Studienbrief 2 – Integrierte Versorgung in Deutschland (2)

Die im Curriculum ausgewiesene (eintägige) Zukunftswerkstatt wurde umgesetzt und vom Umfang her aufgewertet – im Diplomstudiengang Pflegemanagement wird eine zweitägige Zukunftswerkstatt angeboten.

19 | Im Studienfach Empirische Studie (Fachprojekt) gab es hinsichtlich der Studienmaterialien keine curricularen Veränderungen. Es wird ein Reader eingesetzt (vgl. Bartholomeyczik 2003):

- Studienbrief 1 – Hausarbeit im Studienschwerpunkt

Die geplante mündliche Prüfung (zu den Inhalten des ersten gewählten Studienschwerpunktes und des Studienfaches Vernetzung und Koordination sowie zu den Ergebnissen der empirischen Studie) wurde nicht umgesetzt.

Im grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule werden im Grundstudium insgesamt 66 Studienbriefe eingesetzt – davon drei Reader. Zusätzlich gibt es eine CD mit Übungsdateien. Im Hauptstudium werden insgesamt 89 Studienbriefe angeboten – davon drei Reader und zwei Studienanleitungen. Ergänzend gibt es hier noch drei CD mit Studien und Gutachten.

Der Diplomstudiengang Pflegemanagement besteht nach der Umsetzung des Curriculums hinsichtlich des Selbststudiums aus insgesamt 155 Studienbriefen (Anhang B.2 dokumentiert die eingesetzten Studienmaterialien und Lehrinhalte).

5.3.2.3.3 Zur Vermittlung des Curriculums

Im grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule sind die didaktischen Prinzipien der Deduktion, der Induktion und der anwendungsbezogenen Vertiefung bzw. Differenzierung auf die Pflege bzw. auf den Pflegemanagementbereich sowie des zirkulären Aufgreifens von Themen auf drei Ebenen erkennbar:

- Auf der Ebene des Studienganges werden beispielsweise die Grundlagen der empirischen Forschung im dritten Semester mit dem Studienfach Empirische Methoden gelegt, im vierten Semester wird dies im Rahmen der empirischen Pflegeforschung im Studienfach Pflegewissenschaft II theoretisch vertieft und mit dem ersten Studienschwerpunkt im sechsten bzw. siebten Semester wird dies später in Form einer empirischen Studie von den Studierenden praktisch angewendet und als empirische Untersuchung konkret (ein-)geübt. Im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen werden zu Beginn des Studiums die Grundlagen gelegt, im Hauptstudium werden die speziellen Aspekte der Betriebswirtschaftslehre in Form einer Pflegewirtschaftslehre konkret auf die unterschiedlichen Handlungsfelder des Pflegebereichs (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste) bezogen und zentrale Themen der Betriebswirtschaftslehre (z. B. Marketing, Controlling) rekursiv wieder aufgegriffen.
- Auf der Ebene des Studienfaches sind sowohl deduktive als auch induktive Verfahren der Vermittlung erkennbar. Das Studienfach Soziologie beginnt beispielsweise mit einem Reader als Sammlung verschiedener Dokumente und Materialien aus dem Pflegealltag, die als Momentaufnahmen des pflegerischen Alltags auf bestimmte (soziologische) Problembereiche aufmerksam machen sollen (vgl. Schroeter 2000a: 4). Dabei handelt es sich z. B. um Berichte von Pflegekräften, Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen oder um ein transkribiertes Protokoll einer Dienstübergabe sowie um journalistische Berichte über die Situation (in) der Pflege in Deutschland. Mit diesen Zeugnissen des pflegerischen Alltags werden soziologische Bezüge hergestellt und thematisch später wieder aufgegriffen (vgl. Schroeter 2000a: 6). In dem Studienfach zeigt sich aber auch das deduktive Verfahren einer theoretischen Grundlegung in den ersten Studienbriefen (z. B. Studienbrief 5 mit dem speziellen Thema Organisationssoziologie) und einer praxisorientierten Anwendung in den

letzten Studienbriefen des Studienfaches Soziologie – Studienbrief 7 greift die organisationssoziologischen Theorien und Ansätze wieder auf und wendet sie auf die spezifischen Organisationsstrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens an (vgl. Schroeter 2001a, c). Auch im Studienfach Psychologie kommt beispielsweise dieses Prinzip des deduktiven Vorgehens im Hinblick auf die Abfolge der Themen zum Tragen – hier werden in Studienbrief 6 die Grundlagen der Psychologie aus den vorangegangenen Studienbriefen auf eine spezielle Psychologie der Pflege (als Beruf) bezogen (vgl. Hoefert 2001d).

- Auf der Ebene des Studienbriefs sind zwei didaktische Prinzipien erkennbar. In Studienbrief 2 des Studienfaches Psychologie findet beispielsweise eine (praktische) Konkretisierung theoretischer Aspekte der Gruppen- und Kommunikationspsychologie am Ende eines jeden Hauptkapitels als eigenes Unterkapitel statt (vgl. Flick 2000b: 16 ff.). Demgegenüber sind im Studienfach Empirische Methoden praktische Beispiele aus Forschungsstudien (z. B. beim problemzentrierten Interview) thematisch unmittelbar in die Kapitel eingeflochten (vgl. Flick 2008c: 14 f.).

5.3.3 Zur Evaluation des Diplomstudienganges Pflegemanagement

5.3.3.1 Zu den Studierenden

1 | Seit Aufnahme des Studienbetriebs 2001 hat die Anzahl der Studierenden im Diplomstudiengang Pflegemanagement bis 2010 kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2013 waren insgesamt 1.564 Studierende im grundständigen Studiengang Pflegemanagement immatrikuliert (Tabelle 5-5).

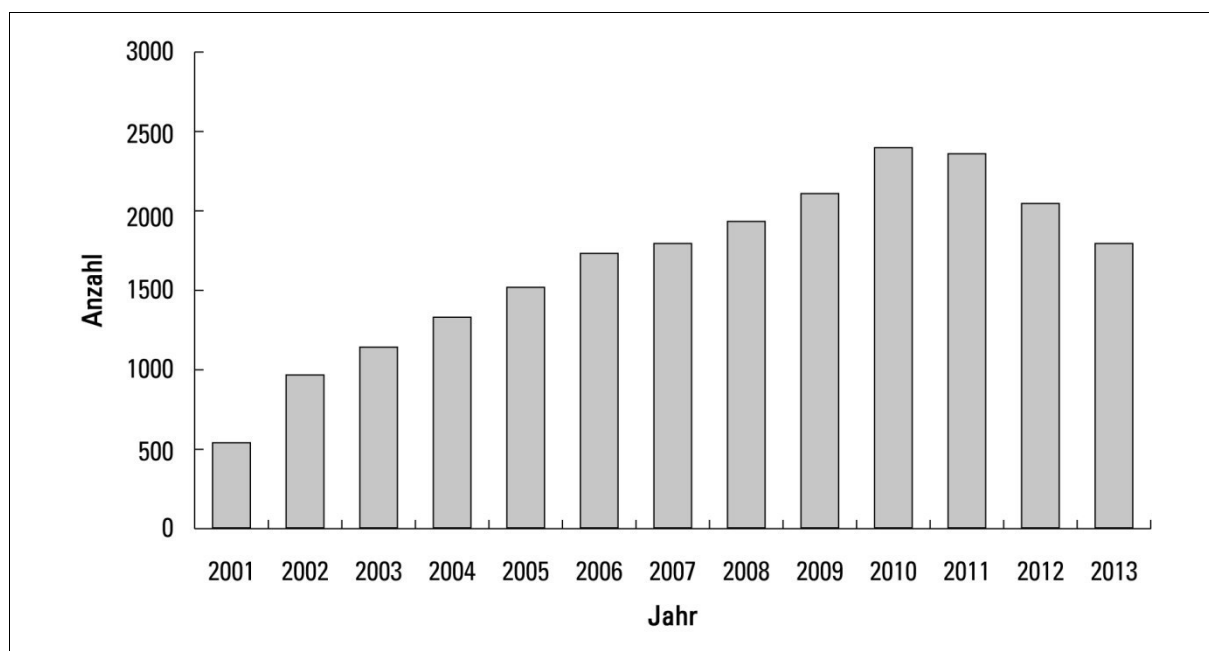


Tabelle 5-5: Entwicklung im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Immatrikulationen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014d)

2 | Bis zum 30. Juni 2014 (Stichtag) haben insgesamt 1.049 den Diplomstudiengang Pflegemanagement erfolgreich absolviert. Davon waren nach Geschlecht differenziert 689 Frauen (= 65,7 %) und 360 Männer (= 34,3 %).¹¹⁰

¹¹⁰ Das Statistische Bundesamt (2014) erfasst unter der Fächergruppe 05 (Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften) und in der Kategorie 234 die Studiengänge Pflegewissenschaft und Pflegemanagement gemeinsam (vgl. Statistisches Bundesamt 2014: 448). Die entsprechende Statistik weist bei den Studierenden nach dem ersten angegebenen Studienfach für das Wintersemester 2004/2005 insgesamt 3.223 Studierende (davon 2.420 Frauen = 75,1 %) und für das Wintersemester 2013/2014 insgesamt 9.923 Studierende (davon 7.440 Frauen = 75,0 %) aus. Im Prüfungsjahr 2005 haben insgesamt 452 Studierende die Abschlussprüfung bestanden (davon 44 mit Universitätsabschluss und 336 mit Fachhochschulabschluss) und im Prüfungsjahr 2013 haben insgesamt 1.075 Studierende (davon 186 mit Fachhochschulabschluss) die Abschlussprüfung im ersten angegebenen Studienfach bestanden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015).

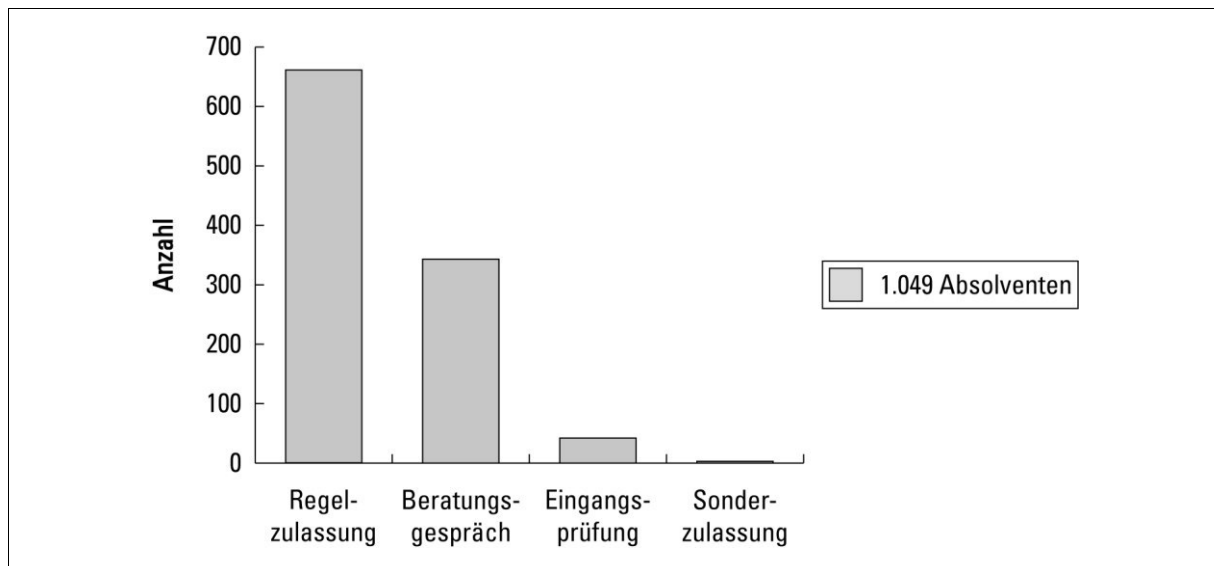


Tabelle 5-6: Zugang zum Diplomstudiengang Pflegemanagement – Zulassungsart
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014d)

3 | Im Hinblick auf die Zulassungsart kamen 661 Studierende (= 63,0 %) dabei über die Regelzulassung, 343 Studierende (= 32,7 %) über das Beratungsgespräch und 42 Studierende (= 4,0 %) über die Eingangsprüfung sowie 3 Studierende (= 0,3 %) durch eine Sonderzulassung an die Hamburger Fern-Hochschule (Tabelle 5-6).

4 | Die nachfolgende Tabelle 5-7 zeigt die Altersstruktur der Absolventen – die Altersangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Auswertung (30. November 2014).

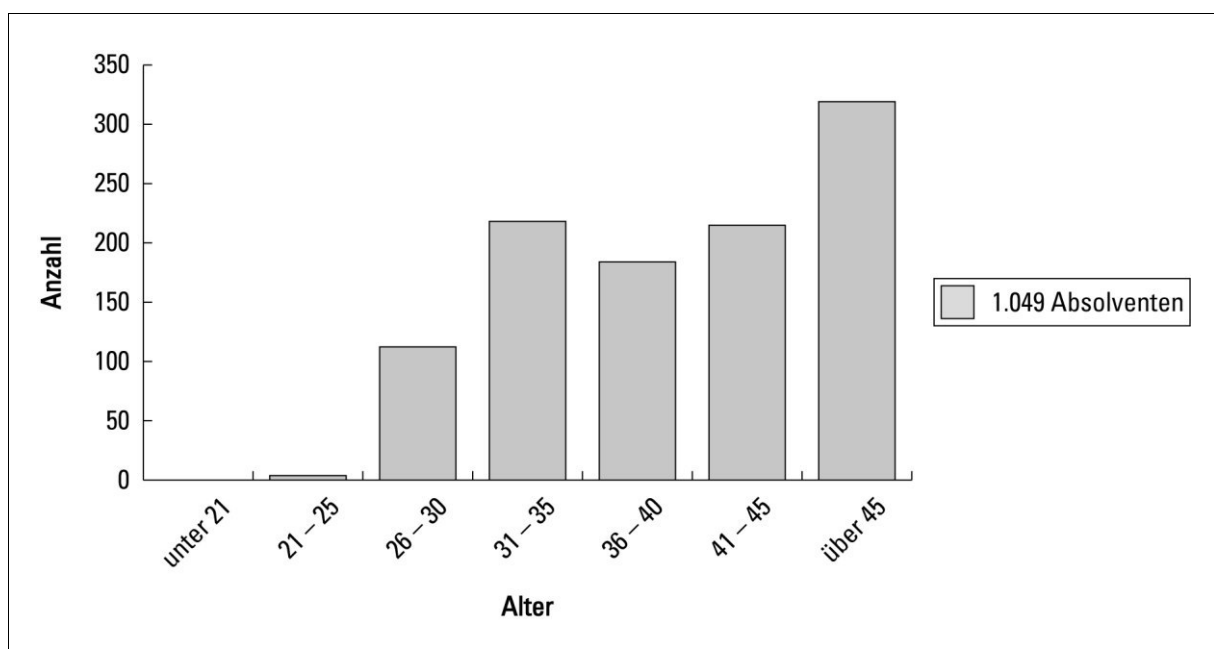


Tabelle 5-7: Altersstruktur im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Absolventen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014d)

Die quantitativ größte Gruppe mit 318 Absolventen (= 30,3 %) liegt bei über 45 Jahre; die beiden nachfolgenden Altersgruppen von 31 bis 35 Jahre (218 = 20,8 %) und von 41 bis 45

Jahre (214 = 20,4 %) sind in etwa gleich stark. Insgesamt haben 333 Studierende (= 31,7 %) bis 35 Jahren und 716 Studierende (= 68,3 %) über 36 Jahren den grundständigen Studiengang Pflegemanagement absolviert. Gerade für diese berufserfahrene Personengruppe in teilweise hohen Führungsfunktionen ist das berufsbegleitende Fernstudium eine attraktive Möglichkeit und geeignete Form akademischer Qualifizierung.¹¹¹

5.3.3.2 Zur Studierbarkeit

1 | Im Gutachten werden im Hinblick auf Studierbarkeit die Selbststudienstunden und Präsenzstunden für ein Jahr berechnet (vgl. Gutachten I HFH 2003: 37 f.). Für die Studierbarkeit des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule soll dieser Ansatz auf das gesamte Studium bezogen werden (sieben Semester – ohne Diplomarbeit).

Dazu ist der Seitenumfang der eingesetzten prüfungsrelevanten Studienmaterialien (Studienbriefe, Reader, Studienanleitung, CD) auf zwei Ebenen berechnet worden: einerseits die fachlich-inhaltlichen Kapitel (auf der Ebene der Hauptkapitelüberschriften) und andererseits die Gesamtseitenzahl (Anhang B.2 stellt die Lehrinhalte und Seitenzahlen der Studienmaterialien vor, Anhang A.6 präsentiert die Ergebnisse der Auswertung).¹¹² Basis der Berechnung sind die eingesetzten Studienmaterialien von 2007 (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2007a – c).

In die Berechnung der Studierbarkeit gehören noch die von der Hamburger Fern-Hochschule angegebene Bearbeitungsdauer der drei Hausarbeiten (Gesundheitswissenschaft = vier Wochen, Projektmanagement = sechs Wochen, Empirische Studie = sechs Wochen) und es sind noch die Präsenzstunden zu addieren – hier sind es nach der Prüfungsordnung der Hamburger Fern-Hochschule 492 Stunden.¹¹³ Darüber hinaus müssen noch die 138 Seiten der fünf Studienbriefe zum wissenschaftlichen Arbeiten hinzu gezählt werden.

Abbildung 5-6 zeigt das Berechnungsbeispiel für das Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen (Grundstudium).

¹¹¹ Es liegen für den Diplomstudiengang Pflegemanagement seitens der Hamburger Fern-Hochschule keine systematisch (erfassten) Daten für eine Auswertung im Hinblick auf die Berufsposition bei Aufnahme des Studiums (z. B. Pflegedienstleitung, Stationsleitung), die Art der Pflegeausbildung (z. B. Krankenpflege, Altenpflege) oder die berufliche Tätigkeit während des Studiums vor – nur in der Absolventenbefragung von Gerckens und Möller (2008: 33 ff.) wird dies abgefragt. Allerdings kann die hohe Anzahl älterer Studierender als Hinweis einer nachholenden Qualifizierung zur Erlangung eines Diploms im Bereich des Pflegemanagements gewertet werden. Darüber hinaus belegen die hohen Absolventenzahlen, dass ein Studium (auch im höheren Alter) erfolgreich bewältigt und abgeschlossen werden kann; das Fernstudium bietet erfahrenen Praktikern (in Führungsfunktionen) die Möglichkeit, sich nebenberuflich akademisch zu qualifizieren.

¹¹² Der Gesamtseitenumfang bezieht die Gliederung, Einleitung, Zusammenfassung, Lösungen zu den Übungsaufgaben, Glossar und Literaturverzeichnis der im Studienbrief ausgewiesenen Seitenzahl mit ein.

¹¹³ Der Rahmenplan weist nach eigener Auszählung für die fachlich-inhaltliche Vermittlung des Lehrstoffes insgesamt 454 Präsenzstunden aus (darin enthalten ist aber nicht die Präsenz für die schriftlichen Prüfungen).

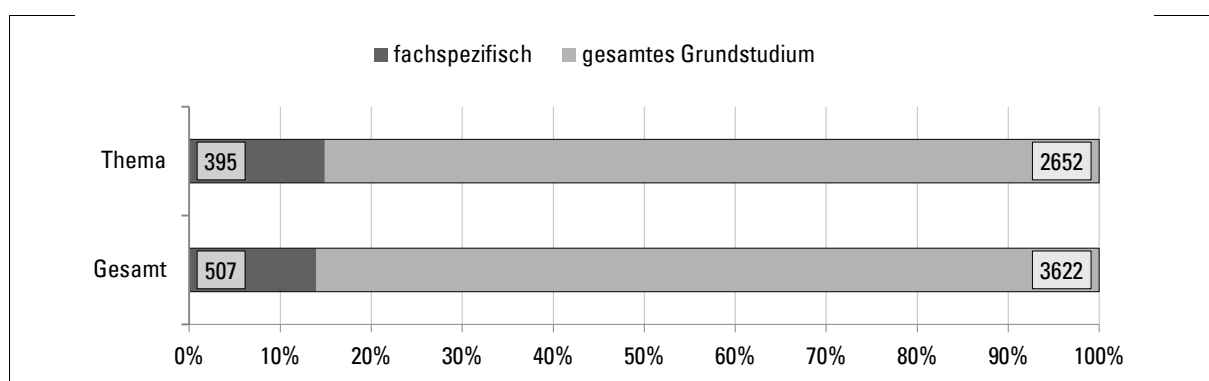


Abbildung 5-6: Seitenumfang [Beispiel Grundstudium] – Studienfach Allg. BWL/Rechnungswesen (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

Abbildung 5-7 zeigt das Berechnungsbeispiel für das Studienfach Pflegemanagement II (Hauptstudium).

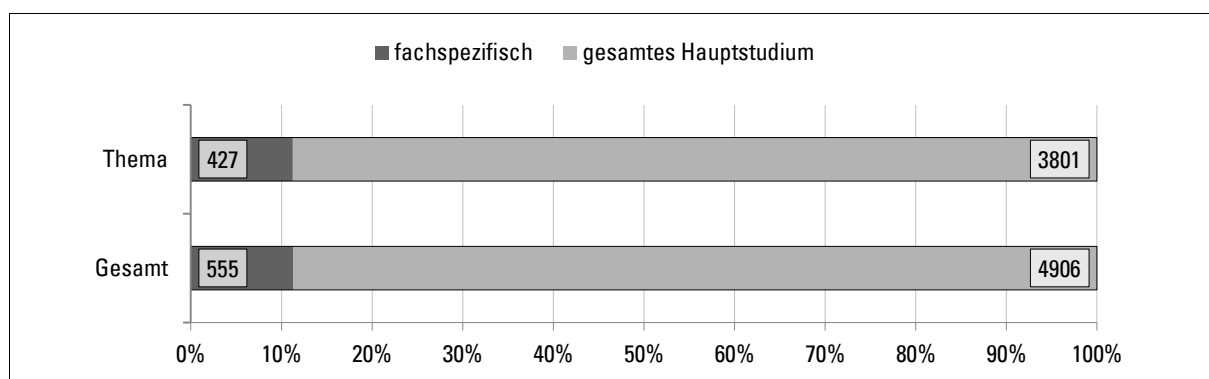


Abbildung 5-7: Seitenumfang [Beispiel Hauptstudium] – Studienfach Pflegemanagement II (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

Im grundständigen Studiengang Pflegemanagement sind insgesamt 155 Studienbriefe (mit Reader, Studienanleitung und zwei CD mit Textauszügen von Studien bzw. Gutachten) in einem Umfang von 8.528 Seiten insgesamt von den Studierenden zu bearbeiten (3.622 Seiten im Grundstudium, 4.906 Seiten um Hauptstudium) – die fachlich-inhaltlichen Kapitel (Thema) sind zusammen 6.453 Seiten. Hinzu kommen noch die 138 Seiten (Studienbriefe Wissenschaftliches Arbeiten) – ergibt einen Gesamtseitenumfang von 8.666 (als Berechnungsgrundlage).

Ein Studierender kann im Fernstudium im Durchschnitt drei bis vier Seiten (Studienbriefmaterial) pro Stunde aufnehmen, die wöchentliche Belastung eines berufstätig Studierenden an der Hamburger Fern-Hochschule wird mit 15 Stunden pro Woche angenommen (bei 46 Wochen im Jahr). Berechnet werden sieben Semester (= 166 Wochen). Zwei Berechnungen werden vorgestellt:

- Die erste Berechnung bezieht sich auf vier Seiten (= 2.156 Stunden), auf die Addition der im Rahmenablaufplan genannten Präsenzstunden (= 492 Stunden) und auf die 16 Wochen insgesamt zur Bearbeitung der Hausarbeiten (bei 15 Stunden pro = 240 Stunden) – dies ergibt einen Gesamtstundenumfang von 2.888 Stunden (= 17,3 Stunden pro Woche).

- Die zweite Berechnung bezieht sich auf drei Seiten (= 2.888 Stunden), auf die Addition der im Rahmenablaufplan genannten Präsenzstunden (= 492 Stunden) und auf die 16 Wochen insgesamt zur Bearbeitung der Hausarbeiten (bei 15 Stunden pro = 240 Stunden) – dies ergibt einen Gesamtstundenumfang von 3.620 Stunden (= 21,8 Stunden pro Woche).

Bei angenommenen vier Seiten (Bearbeitungsleistung) und einer Kalkulationsgrundlage von 15 Stunden pro Woche bei einem berufsbegleitenden Fernstudium (Bearbeitungsaufwand) liegt der grundständige Studiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule mit etwas mehr als zwei Stunden Bearbeitungsaufwand in der Woche darüber.

5.3.3.3 Zu den Hausarbeitsthemen

5.3.3.3.1 Zum Sample der Hausarbeiten

Die Studierenden haben im Diplomstudiengang Pflegemanagement neben der Hausarbeit im Fach Gesundheitswissenschaft (Grundstudium) insgesamt noch zwei weitere Hausarbeiten im Hauptstudium (Projektmanagement, Empirische Studie) und die Diplomarbeit zu schreiben.

- Zum 30. Juni 2014 (Stichtag) lagen insgesamt 1.614 bewertete Hausarbeiten im Fach Projektmanagement vor. Ausgewertet werden 984 Hausarbeitsthemen (abzüglich $n = 617$ mit Sperrvermerk versehene Hausarbeiten und $n = 13$ Dopplungen). Der erste Eintrag zu diesen Hausarbeitsthemen datiert vom 19. September 2003, die letzte Ergebnismitteilung vor dem Stichtag ist der 23. Juni 2014 (bei zwei Themen fehlen die Datumsangaben).¹¹⁴
- Zum Stichtag haben im Fach Empirische Studie insgesamt 1.355 Studierende ihre Hausarbeiten absolviert – ausgewertet werden 748 Hausarbeitsthemen (abzüglich $n = 588$ mit Sperrvermerk und $n = 19$ Dopplungen). Der erste Eintrag zu den Themen der Empirischen Studie datiert vom 26. Mai 2004, die letzte Ergebnismitteilung vor dem Stichtag ist der 26. Juni 2014.
- Bei den Diplomarbeiten können insgesamt 718 Themen ausgewertet werden ($N = 1.044$ abzüglich $n = 315$ mit Sperrvermerk versehene Abschlussarbeiten und $n = 9$ Dopplungen sowie $n = 2$ unvollständige Angabe).¹¹⁵ Der erste Eintrag zu den Diplomarbeitsthemen datiert vom 18. November 2004, die letzte Ergebnismitteilung vor dem Stichtag ist der 25. Juni 2014.

Da sowohl die Empirischen Studien als auch die Diplomarbeiten den Studienschwerpunkten zugeordnet werden können, kann eine Auswertung diesbezüglich vorgenommen werden (Tabelle 5-8): Sowohl bei den Empirischen Studien als auch bei den Diplomarbeiten beziehen

¹¹⁴ Hausarbeitstitel mit einem Sperrvermerk werden nicht ausgewertet. Wenn bei der Themenbearbeitung und Erstellung der Hausarbeit vertraulich zu behandelnde Informationen und Daten verwendet werden, die nicht für am Verfahren beteiligte Personen zugänglich sein sollen, kann von den Studierenden für ihre Hausarbeit ein Sperrvermerk beantragt werden. Ausgewertet werden auch die Hausarbeitstitel, für die zwar ein Sperrvermerk beantragt wurde, allerdings für die reine Titelnennung doch freigegeben wurden. Hausarbeiten mit Sperrvermerk weisen höchstwahrscheinlich einen besonders hohen Praxisbezug auf (da z. B. sensible Daten aus der Organisation genutzt oder besonders innovative Vorhaben in der Organisation aufgegriffen werden) – da diese Titel nicht berücksichtigt werden können, ist eine systematische Verzerrung gegeben.

¹¹⁵ Die Differenz der Absolventenzahl (= 1.049) zur Anzahl der ausgewiesenen Diplomarbeiten (= 1.044) ergibt sich dadurch, dass die Studierenden zwar ihr Studium abgeschlossen haben und diese schon in der internen Statistik der Hamburger Fern-Hochschule erfasst sind, aber die Themen der Diplomarbeiten noch nicht.

sich über 55 % der eingereichten Arbeiten auf den Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung.¹¹⁶

Studienschwerpunkte im Diplomstudiengang Pflegemanagement		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Empirische Studie		
Stationäre Krankenversorgung	435	58,1
Stationäre Altenhilfe	204	27,3
Ambulante Dienste	109	14,6
<i>insgesamt</i>	748	100,0
Diplomarbeit		
Stationäre Krankenversorgung	405	56,4
Stationäre Altenhilfe	181	25,2
Ambulante Dienste	95	13,2
keine Angaben	37	5,2
<i>insgesamt</i>	718	100,0

Tabelle 5-8: Hausarbeiten im Diplomstudiengang Pflegemanagement – Studienschwerpunkte
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

5.3.3.3.2 Zur Bedeutung der Hausarbeiten

Die Bewertungskriterien im Hinblick auf das Verhältnis Berufliche Tätigkeit – Fernstudium sind: eigenständige Erarbeitung von Problemlösungen, theoretisches Wissen in der beruflichen Tätigkeit anwenden und aus der beruflichen Tätigkeit wissenschaftliche Fragestellungen ableiten. Dies soll anhand der Themen bzw. Titel der schriftlichen (freigewählten) Hausarbeiten überprüft werden.

Die Hausarbeiten im grundständigen Studiengang Pflegemanagement nehmen quasi eine Scharnierfunktion ein zwischen beruflicher Tätigkeit und Fernstudium (Selbststudium, Präsenzstudium). Abbildung 5-8 soll diesen Zusammenhang verdeutlichen.

¹¹⁶ Die Diplomarbeiten können thematisch frei gewählt werden. Die Zuordnung zu einem Studienschwerpunkt erfolgt im Gegensatz zur Empirischen Studie (hier obligatorisch) durch freiwillige Angaben der Studierenden – dies erklärt die fehlenden Angaben (n = 37).

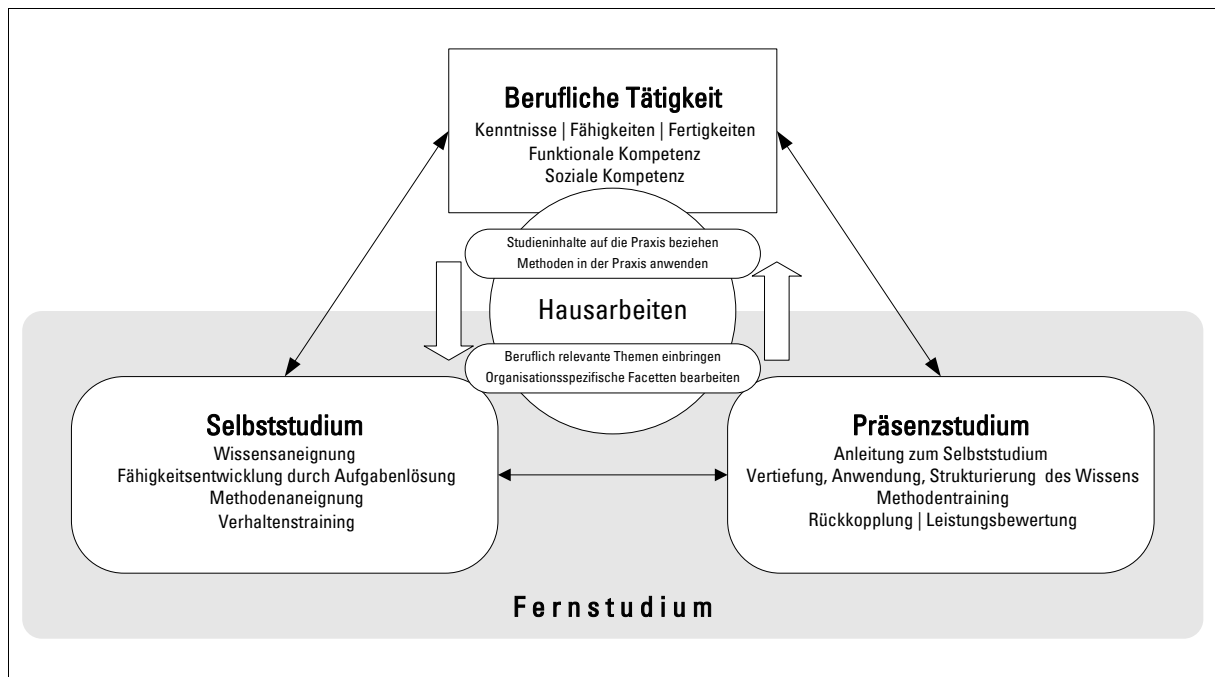


Abbildung 5-8: Bedeutung der Hausarbeiten im Diplomstudiengang Pflegemanagement (eigene Darstellung in Anlehnung an Fern-Fachhochschule Hamburg 1996: Bild 5)

5.3.3.3.3 Zu den Schritten der empirischen Inhaltsanalyse

5.3.3.3.3.1 Zum Vorgehensmodell

In der vorliegenden Studie kommt im Hinblick auf die Auswertung der Hausarbeitsthemen eine kombinierte Form der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse in mehreren Schritten zum Einsatz. Die Gewinnung der Kategorien erfolgt aus dem Material heraus in einem iterativen Verfahren (zirkulärer Prozess der induktiven Erarbeitung und deduktiven Anwendung). Die empirische Inhaltsanalyse erfolgt hier in fünf Schritten (Abbildung 5-9).

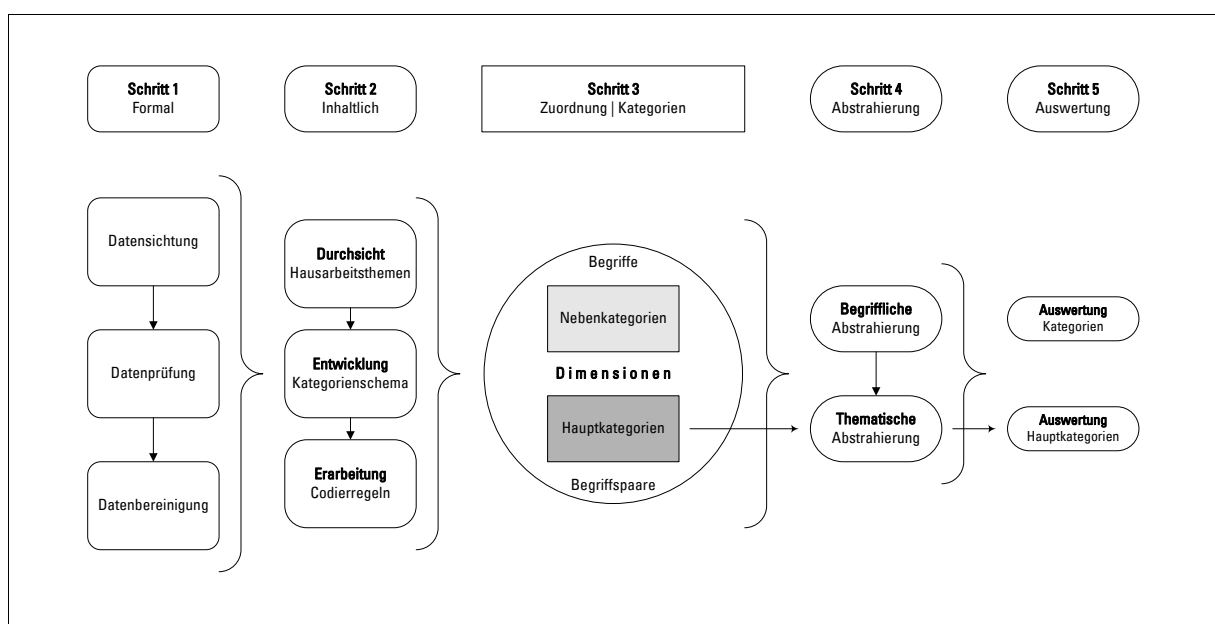


Abbildung 5-9: Vorgehensmodell – Analyse der Hausarbeitsthemen (eigene Darstellung)

Der Titel einer Hausarbeit soll (idealerweise) die wichtigsten Schlüsselbegriffe einer Arbeit aufgreifen und ausdrücken, dass „mit konkreten Ergebnissen gerechnet werden kann“ und soll „genau das wiedergeben, was in der Arbeit auch gesagt wird“ (Riedel 2012: 28).

Das für die Inhaltsanalyse verwendete Material bilden die Titel der Hausarbeitsthemen (Anhang B.1 dokumentiert die Hausarbeitstitel). Die entsprechenden Begriffe bzw. Begriffspaare werden zunächst identifiziert und dann wortgetreu den verschiedenen Kategorien nach entwickelten Codierungsregeln zugeordnet (Anhang A.1). Um ein differenziertes Bild von den jeweiligen Themenschwerpunkten und dem fachlich-inhaltlichen Spektrum der Hausarbeiten zu bekommen, werden einerseits die zentralen Begriff bzw. Begriffspaare der Hausarbeiten (Hauptkategorie) und andererseits die spezifischen Dimensionen der Themen (Nebenkategorie) ermittelt. Für alle Kategorien erfolgt eine begriffliche Abstrahierung, für die Hauptkategorien (erster Themenschwerpunkt, zweiter Themenschwerpunkt) erfolgt zusätzlich eine thematische Abstrahierung – ein Begriff, welcher die Intention des Hausarbeitsthemas am treffendsten wiedergibt.

5.3.3.3.2 Zum Kategorienschema

Es wird folgendes (einheitliches) Kategorienschema für alle drei Hausarbeiten unterbreitet:

- Hauptkategorie | Einfachzuordnung gegeben
 - erster Themenschwerpunkt
 - zweiter Themenschwerpunkt
- Nebenkategorie | Mehrfachzuordnung möglich
 - Forschungsmethodischer Hinweis
 - Forschungsinstrumenteller Hinweis
 - Konzeptioneller Hinweis
 - Umsetzungsbezogener Hinweis
 - Adressatenbezogener Hinweis
 - Wissenschaftsbezogener Hinweis
 - Anwendungsbezogener Hinweis
 - Berufsbezogener Hinweis

Es erfolgt nach der Einteilung in Hauptkategorien und Nebenkategorien eine Hauptauswertung (zentraler Themenschwerpunkt der jeweiligen Hausarbeit) und eine Nebenauswertung. Das Ergebnis der Zuordnung wird anschließend quantitativ analysiert, indem jede Kategorie ausgezählt und statistisch ausgewertet wird.

Damit sollen bestimmte Schwerpunktsetzungen (z. B. thematische Orientierungen im Pflegemanagement, praxisrelevante Aspekte des Pflegemanagements) im Hinblick auf die diesbezüglichen Bewertungskriterien verdeutlicht werden.

5.3.3.3.4 Zu den statistischen Ergebnissen

Die Auswertungsergebnisse werden differenziert nach den drei schriftlichen Hausarbeiten Projektmanagement, Empirische Studie und Diplomarbeit vorgestellt (Anhang A.4 dokumen-

tiert die Auswertungsergebnisse der Inhaltsanalyse in Form von Häufigkeitstabellen und einem vergleichenden Profildiagramm).

5.3.3.3.4.1 Projektmanagement

1 | Zur Hauptkategorie

Zentrale Themenschwerpunkte bei den Hausarbeiten zum Projektmanagement (N = 984) sind Pflege mit Rang 1 (37 Nennungen = 3,76 %), Pflegevisite mit Rang 2 (36 Nennungen = 3,66 %) und Sturz mit Rang 3 (30 Nennungen = 3,05 %) – der in den Hausarbeitstiteln genannte erste Themenschwerpunkt (HK 1) ist mit Rang 1 Pflegevisite (35 Nennungen = 3,56 %), Rang 2 Personaleinarbeitung (25 Nennungen = 2,54 %) und Rang 3 Pflegedokumentation (21 Nennungen = 2,13 %). Die zweiten genannten Themenschwerpunkte (N = 347) in den Hausarbeitstiteln (HK 2) sind in der Rangfolge Qualitätssicherung (43 Nennungen = 12,39 %), Demenz (13 Nennungen = 3,75 %) und Qualitätsmanagement (7 Nennungen = 2,02 %).

2 | Zu den Nebenkategorien

Bei der Nebenkategorie (NK 1) zu den Forschungsmethoden (N = 50) nimmt die Evaluation Rang 1 (32 Nennungen = 64 %) und Studie Rang 2 (11 Nennungen = 22 %) ein – dabei beziehen sich bei der Evaluation 3 Nennungen (= 8,82 %) auf Pflegedokumentation (vgl. Tabelle A.4.1-5).

Bei der Nebenkategorie (NK 2) zu den Forschungsinstrumenten (N = 43) nimmt die Befragung Rang 1 (15 Nennungen = 34,88 %) und Fragebogen Rang 2 (13 Nennungen = 30,23 %) ein – dabei beziehen sich bei der Befragung 5 Nennungen (= 16,67 %) auf Personal und beim Fragebogen 9 Nennungen (= 50 %) auf Entwicklung (vgl. Tabelle A.4.1-7, A.4.1-8).

Bei der Nebenkategorie (NK 3) zu den Konzeptionellen Hinweisen (N = 308) nimmt der Begriff Konzept Rang 1 (127 Nennungen = 41,23 %), Entwicklung Rang 2 (59 Nennungen = 19,16 %) und Projekt Rang 3 (38 Nennungen = 12,34 %) sowie Analyse Rang 4 (24 Nennungen = 7,79 %) und Projektreflexion Rang 5 (11 Nennungen = 3,57 %) ein – dabei beziehen sich beim Konzept 15 Nennungen (= 7,08 %) auf Einarbeitung bzw. auf Einführung (10 Nennungen = 12,35 %) oder Implementierung (6 Nennungen = 7,41 %) und bei der Entwicklung 4 Nennungen (= 1,89 %) auf Pflegestandard sowie beim Projekt 12 Nennungen (= 14,81 %) auf Implementierung, 9 Nennungen (= 11,11 %) auf Einführung und 4 Nennungen (= 1,89 %) auf Pflegevisite (vgl. Tabelle A.4.1-10, A.4.1-11).

Bei der Nebenkategorie (NK 4) zu den Umsetzungsbezogenen Hinweisen (N = 539) nimmt der Begriff Implementierung Rang 1 (335 Nennungen = 62,15 %), Erstellung Rang 2 (54 Nennungen = 10,02 %) und Optimierung Rang 3 (21 Nennungen = 3,90%) sowie Verbesserung Rang 4 (18 Nennungen = 3,34 %) ein – dabei beziehen sich bei der Implementierung 43 Nennungen (= 8,07 %) auf Expertenstandard, 21 Nennungen auf Pflegevisite (= 3,94 %) und 8 Nennungen (= 1,50 %) auf Pflegedokumentation (vgl. Tabelle A.4.1-13).

Bei der Nebenkategorie (NK 5) zu den Adressaten (N = 196) nimmt das Personal Rang 1 (40 Nennungen = 20,41 %), Patienten Rang 2 (36 Nennungen = 18,37 %) und Pflegepersonal Rang 3 (30 Nennungen = 15,31 %) sowie Demenzkranke Rang 4 (20 Nennungen = 10,20 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 6) zu den Wissenschaftsbezogenen Hinweisen (N = 33) nimmt der Begriff Pflegemodell Rang 1 (8 Nennungen = 24,24 %) und Salutogenese Rang 2 (6 Nennungen = 18,18 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 7) zu den Anwendungsbezogenen Hinweisen (N = 704) nehmen die beiden Begriffe Krankenhaus (78 Nennungen = 11,08 %) und Klinik (72 Nennungen = 10,23 %) die ersten beiden Ränge ein. Bei der Hausarbeit Projektmanagement erfolgt (noch) keine Zuordnung zu den Studienschwerpunkten (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste) – von daher sind in dieser Kategorie auch alle organisations-spezifischen Aspekte aufgenommen worden. Insgesamt 31 Nennungen beziehen sich konkret auf Stationen einer Klinik (19 Nennungen = 13,38 %) oder eines Krankenhauses (12 Nennungen = 8,45 %) (vgl. Tabelle A.4.1-19, A.4.1-20).

Die Nebenkategorie (NK 8) ermittelt Berufsbezogene Hinweise in den Hausarbeitstiteln (N = 9) – hier gibt es 5 Nennungen zu Altenpflege.

5.3.3.3.4.2 Empirische Studie

1 | Zur Hauptkategorie

Zentrale Themenschwerpunkte bei den Empirischen Studien (N = 748) sind Kundenzufriedenheit mit Rang 1 (56 Nennungen = 7,49 %), Pflege mit Rang 2 (38 Nennungen = 5,08 %) und Pflegedokumentation mit Rang 3 (31 Nennungen = 4,14 %) – darüber hinaus werden die Themen Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Psychische Belastung und Mitarbeitergesundheit (zusammen 55 Nennungen) in den empirischen Arbeiten behandelt; der in den Hausarbeitstiteln genannte erste Themenschwerpunkt (HK 1) ist mit Rang 1 Patientenzufriedenheit (25 Nennungen = 3,35 %), Rang 2 Pflegedokumentation (23 Nennungen = 3,08 %) und Rang 3 Mitarbeiterzufriedenheit (17 Nennungen = 2,28 %), wobei das Thema Zufriedenheit (Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Arbeitszufriedenheit) mit insgesamt 41 Nennungen die Ränge 3 – 5 einnimmt. Die zweiten genannten Themenschwerpunkte (N = 396) in den Hausarbeitstiteln (HK 2) sind in der Rangfolge Qualitätsmanagement (9 Nennungen = 2,27 %) und Demenzkranke (8 Nennungen = 2,02 %).

2 | Zu den Nebenkategorien

Bei der Nebenkategorie (NK 1) zu den Forschungsmethoden (N = 205) nimmt die Evaluation Rang 1 (72 Nennungen = 35,12 %), Qualitative Studie Rang 2 (25 Nennungen = 12,20 %), Vergleich Rang 3 (16 Nennungen = 7,80 %) sowie Bedarfsstudie und Quantitative Studie beide Rang 4 (mit jeweils 10 Nennungen = 4,88 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 2) zu den Forschungsinstrumenten (N = 225) nimmt die Befragung Rang 1 (144 Nennungen = 64 %) und Inhaltsanalyse Rang 2 (19 Nennungen = 8,44 %) bzw. Dokumentenanalyse Rang 4 (14 Nennungen = 6,22 %) ein – dabei beziehen sich bei der Befragung 56 Nennungen (= 38,89 %) auf Mitarbeiter, 22 Nennungen auf Patienten (= 15,28 %) und 71 Nennungen (= 82,56 %) auf Durchführung sowie bei der Inhaltsanalyse 9 Nennungen (= 6,25 %) auf Stellenanzeigen (vgl. Tabelle A.4.2-7, A.4.2-8).

Bei der Nebenkategorie (NK 3) zu den Konzeptionellen Hinweisen (N = 206) nimmt der Begriff Analyse Rang 1 (42 Nennungen = 20,39 %), Erfassung Rang 2 (41 Nennungen = 19,90 %) und Entwicklung Rang 3 (18 Nennungen = 8,74 %) sowie Auswirkung Rang 4 (15 Nennungen = 7,28 %) und Akzeptanz Rang 5 (9 Nennungen = 4,37 %) ein – dabei beziehen sich beispielsweise bei der Entwicklung 6 Nennungen insgesamt auf Fragebogen bzw. Interviewleitfaden (vgl. Tabelle A.4.2-10).

Bei der Nebenkategorie (NK 4) zu den Umsetzungsbezogenen Hinweisen (N = 67) nimmt der Begriff Implementierung Rang 1 (21 Nennungen = 31,34 %) und Umsetzung Rang 2 (12 Nennungen = 17,91 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 5) zu den Adressaten (N = 219) nimmt das Pflegepersonal Rang 1 (86 Nennungen = 39,27 %), Personal Rang 2 (32 Nennungen = 14,61 %) und Patienten Rang 3 (21 Nennungen = 9,59 %) sowie Führungskräfte Rang 7 (8 Nennungen = 3,65 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 6) zu den Wissenschaftsbezogenen Hinweisen (N = 23) nimmt der Begriff Salutogenese Rang 1 (9 Nennungen = 39,13 %) und Rolle Rang 2 (5 Nennungen = 18,18 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 7) zu den Anwendungsbezogenen Hinweisen (N = 365) nehmen die beiden Begriffe Klinik (55 Nennungen = 15,07 %) und Krankenhaus (49 Nennungen = 13,42 %) die ersten beiden Ränge ein. Die Tabelle A.4.2-17 zeigt das Spektrum der Ergebnisse zu dieser Kategorie auf.

Die Nebenkategorie (NK 8) ermittelt Berufsbezogene Hinweise in den Hausarbeitstiteln (N = 10) – hier gibt es 4 Nennungen zu Altenpflege.

5.3.3.3.4.3 Diplomarbeit

1 | Zur Hauptkategorie

Zentrale Themenschwerpunkte bei der Diplomarbeit (N = 718) sind Pflege mit Rang 1 (44 Nennungen = 6,13 %), Demenz mit Rang 2 (22 Nennungen = 3,06 %) und Personalentwicklung mit Rang 3 (21 Nennungen = 2,92 %) – darüber hinaus werden die Managementthemen Qualitätsmanagement, Marketing, Personalführung, Wissensmanagement, Führung, Case Management, Organisationsentwicklung und Prozessmanagement (zusammen 101 Nennungen) in den Diplomarbeiten behandelt; der in den Hausarbeitstiteln genannte erste

Themenschwerpunkt (HK 1) ist mit Rang 1 Demenz (16 Nennungen = 2,23 %), Rang 2 Personalentwicklung (11 Nennungen = 1,53 %) und Rang 3 Betriebliche Gesundheitsförderung (9 Nennungen = 1,26 %). Die zweiten genannten Themenschwerpunkte (N = 524) in den Diplomarbeitstiteln (HK 2) sind in der Rangfolge Demenz (13 Nennungen = 2,48 %) und Pflege (11 Nennungen = 2,10 %).

2 | Zu den Nebenkategorien

Bei der Nebenkategorie (NK 1) zu den Forschungsmethoden (N = 51) nimmt die Evaluation Rang 1 (14 Nennungen = 27,45 %), Vergleich Rang 2 (12 Nennungen = 23,53 %) und Empirische Studie Rang 3 (8 Nennungen = 15,69 %) sowie Qualitative Studie Rang 4 (7 Nennungen = 13,73 %) ein – bei der Evaluation beziehen sich drei Nennungen auf Umsetzung (vgl. Tabelle A.4.3-5).

Bei der Nebenkategorie (NK 2) zu den Forschungsinstrumenten (N = 16) nimmt die Befragung Rang 1 (8 Nennungen = 50 %) ein, wobei sich zwei Diplomarbeiten auf Kundenbefragung beziehen (vgl. Tabelle A.4.3-7).

Bei der Nebenkategorie (NK 3) zu den Konzeptionellen Hinweisen (N = 94) nimmt der Begriff Konzept Rang 1 (48 Nennungen = 51,06 %), Analyse Rang 2 (15 Nennungen = 15,96 %) und Entwicklung Rang 3 (14 Nennungen = 14,89 %) ein – dabei beziehen sich beispielsweise 3 Nennungen auf Betreuungskonzepte bzw. 5 Nennungen auf Einführungskonzepte (vgl. Tabelle A.4.3-10, A.4.3-11).

Bei der Nebenkategorie (NK 4) zu den Umsetzungsbezogenen Hinweisen (N = 161) nimmt der Begriff Implementierung Rang 1 (31 Nennungen = 19,25 %), Aufgabe Rang 2 (28 Nennungen = 17,39 %), Empfehlung Rang 3 (13 Nennungen = 8,07 %) und Gestaltung Rang 4 (10 Nennungen = 6,21 %) ein – 23 Diplomarbeiten leisten einen Beitrag zu (konkreten) Aufgaben im Hinblick auf das Pflegemanagement bzw. 6 Diplomarbeiten entwickeln (praktische) Gestaltungsempfehlungen für das Pflegemanagement (vgl. Tabelle A.4.3-13).

Bei der Nebenkategorie (NK 5) zu den Adressaten (N = 113) nimmt das Pflegepersonal Rang 1 (34 Nennungen = 30,09 %) und Personal Rang 2 (21 Nennungen = 18,58 %) sowie Führungskräfte Rang 4 (9 Nennungen = 7,96 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 6) zu den Wissenschaftsbezogenen Hinweisen (N = 44) nimmt der Begriff Salutogenese Rang 1 (12 Nennungen = 27,27 %) und Integrierte Versorgung Rang 2 (6 Nennungen = 13,64 %) ein.

Bei der Nebenkategorie (NK 7) zu den Anwendungsbezogenen Hinweisen (N = 98) nehmen die drei Begriffe Pflege (18 Nennungen = 18,37 %), Klinik (10 Nennungen = 10,20 %) und Krankenhaus (7 Nennungen = 7,14 %) die ersten Ränge ein.

Die Nebenkategorie (NK 8) ermittelt Berufsbezogene Hinweise in den Hausarbeitstiteln (N = 25) – hier gibt es 11 Nennungen zu Pflege (= 44 %), 7 Nennungen zu Krankenpflege (= 28 %) und 4 Nennungen zu Altenpflege (= 16 %).

5.3.3.3.4.4 Vergleichende Auswertung

1 | Es wird ein Vergleich der drei Hausarbeitsthemen auf der Basis einer quantitativen Auszählung in zwei Richtungen vorgelegt (Anhang A.4.4 präsentiert die Häufigkeitstabellen und das vergleichende Profildiagramm); es erfolgt eine quantitative Auszählung von über 5 Nennungen und von unter 5 Nennungen – bei den gleichen (gemeinsamen) Nennungen in allen drei Hausarbeiten.

Tabelle 5-9 zeigt die absoluten Häufigkeiten im Vergleich bei den über fünf gleichen Nennungen.

Hausarbeiten Häufigkeit			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Ausbildung	9	16	15
Beratung	6	6	6
Berufliche Kompetenz	5	5	16
Demenz	22	15	7
Entlassungsmanagement	10	22	12
Ernährung	9	25	11
Fortbildung	6	17	25
Kundenzufriedenheit	11	14	56
Marketing	16	5	6
Mitarbeiterzufriedenheit	8	7	22
Pflege	44	37	38
Pflegeaufwand	7	11	5
Pflegedokumentation	7	26	31
Prozessmanagement	10	5	8
Qualitätsmanagement	20	24	28
Schmerz	7	18	15
Sonstige	36	61	24
Sturz	10	30	17
Versorgung	7	6	13
Wissensmanagement	12	11	5

Tabelle 5-9: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (absolute Häufigkeiten) [≥ 5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Die häufigste Nennung insgesamt (56 Nennungen = 7,49 %) bezieht sich auf das Thema Kundenzufriedenheit im Rahmen der Empirischen Studie (Rang 1) – Rang 2, Rang 3 und Rang 4 nimmt übergreifend das Thema Pflege ein (44 Nennungen = 6,13 % bei den Diplomarbeiten, 38 Nennungen = 5,08 % bei der Empirischen Studie, 37 Nennungen = 3,76 % bei den Hausarbeiten zum Projektmanagement).

Tabelle 5-10 zeigt die relativen Häufigkeiten im Vergleich bei den unter fünf gleichen Nennungen.

Hausarbeiten Prozent			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Angehörige	1,11	,30	,67
Arbeitsbelastung	,28	,20	2,94
Arbeitszeit	,56	2,64	,94
Arbeitszufriedenheit	,42	,61	1,87
Aufgabenverteilung	1,11	,51	,53
Balanced Scorecard	,84	,30	,27
Beschwerdemanagement	,28	2,24	,80
Betreuung	,28	1,32	1,07
Betriebliche Gesundheitsförderung	1,67	,41	,67
Burnout	,28	,30	,80
Case Management	1,39	,71	,27
Dekubitus	,42	1,52	1,07
Dokumentation	,28	1,83	,67
Fehlzeit	,28	,20	,27
Führungskräfte	,84	,20	,40
Gesundheit	,42	,30	,67
Gesundheitsförderung	,97	,30	,27
Gewalt	,97	,41	,67
Lebensqualität	,28	,20	,40
Palliativ	1,39	,20	,53
Personalentwicklung	2,92	,51	,53
Personalführung	1,67	,41	1,20
Personalgespräch	,56	1,73	,80
Pflegediagnose	,42	1,02	1,07
Pflegekonzept	,84	,30	,80
Pflegeleistung	,42	,30	,53
Pflegeorganisation	,28	1,52	,53
Pflegeprozess	,70	,71	,40
Schnittstellenmanagement	,42	,61	,40
Sterben	,97	,51	,40
Unternehmenskultur	,56	,30	,67
Wohnen	1,39	,91	,53
Zertifizierung	,28	,81	,53

Tabelle 5-10: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (relative Häufigkeiten) [<5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Der höchste prozentuale Anteil der Nennungen insgesamt ist mit 2,94 % (= 22 Nennungen) das Thema Arbeitsbelastung im Rahmen der Empirischen Studie (Rang 1) – Rang 2 mit 2,92 % (= 21 Nennungen) bezieht sich auf das Thema Personalentwicklung bei den Diplomarbeiten und Rang 3 mit 2,64 % (= 26 Nennungen) nimmt das Thema Arbeitszeit bei den Hausarbeiten zum Projektmanagement ein.

Die Abbildung 5-10 zeigt das vergleichende Profildiagramm (relative Anteil) bei den über fünf Nennungen.

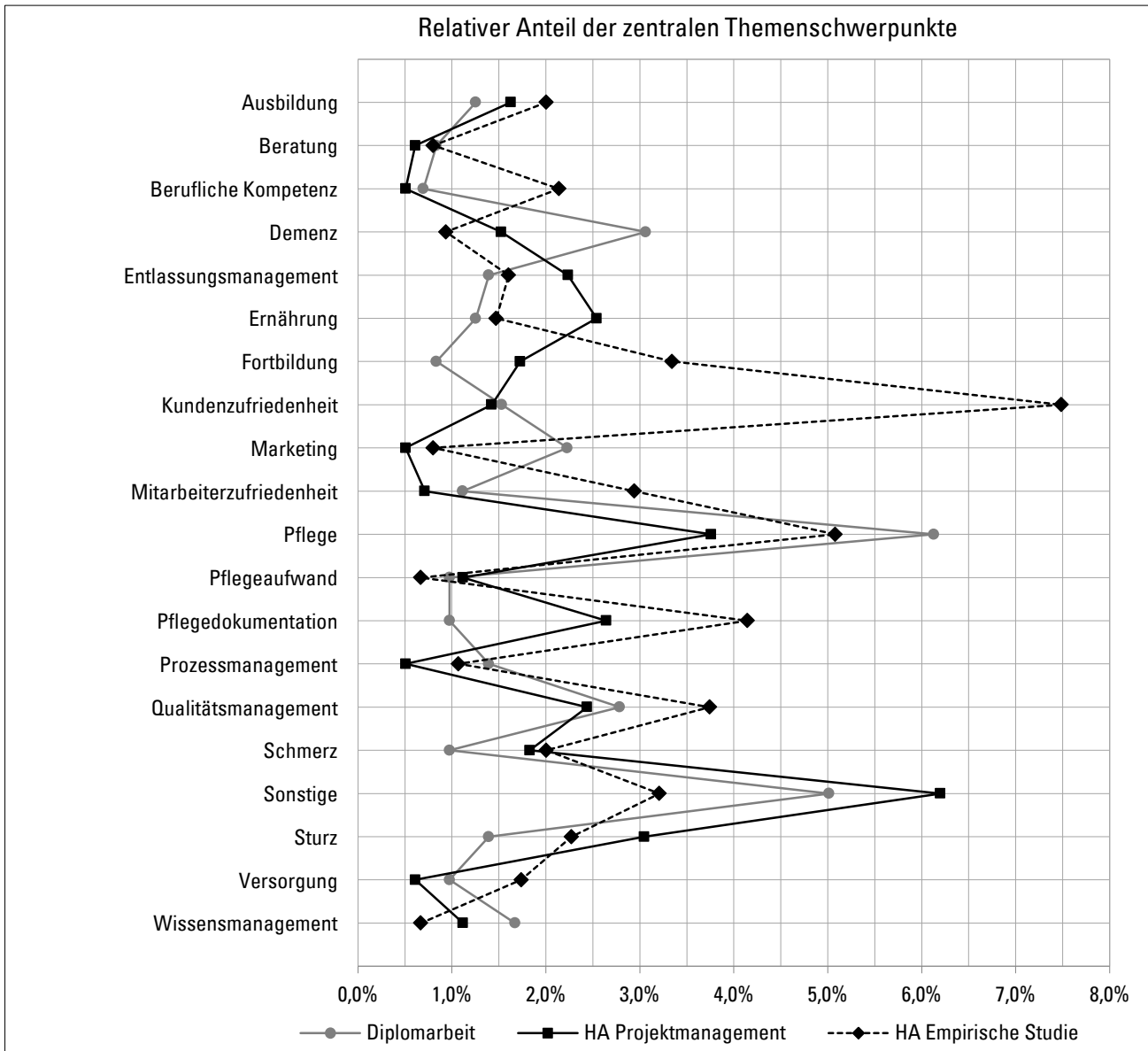


Abbildung 5-10: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen
[≥5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Zusammenfassend wird deutlich (bei den über fünf Nennungen), dass das Thema Demenz in den Diplomarbeiten gegenüber den anderen beiden Hausarbeiten an Bedeutung zunimmt. Während die Kundenzufriedenheit von vielen Studierenden besonders im Rahmen der Empirischen Studie untersucht wird, ist das Thema Pflege bei allen drei schriftlichen Hausarbeiten annähernd gleich wichtig. Bei den Diplomarbeiten gewinnen betriebswirtschaftliche Themen (Marketing) und managementbezogene Themen wie Qualitätsmanagement (gegenüber der Hausarbeit Projektmanagement) und Wissensmanagement (gegenüber den anderen beiden Hausarbeiten) an Bedeutung.

Zusammenfassend wird deutlich (bei den unter fünf Nennungen), dass die Arbeitsbelastung bei den Empirischen Studien und die Personalentwicklung im Rahmen der Diplomarbeiten die beiden zentralen Themen sind; bei den Hausarbeiten zum Projektmanagement sind es die

Themen Arbeitszeit, Beschwerdemanagement und Dokumentation – aber auch Personalgespräch und Pflegeorganisation (gegenüber den anderen beiden Hausarbeiten).

2 | Auf der wissenschaftlichen Ebene spielt im Studienverlauf zunächst die Auseinandersetzung mit Pflegemodellen eine wichtige Rolle (Hausarbeit Projektmanagement), während sich der Fokus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung der Studierenden später dann auf die Integrierte Versorgung richtet (Diplomarbeit) – bei nur wenig auffindbaren Nennungen in den Hausarbeitstiteln nehmen aber die Studierenden in dieser Kategorie Bezug zum Modell der Salutogenese (in allen drei Hausarbeiten).

Die Studierenden im Diplomstudiengang Pflegemanagement greifen in Ihren Empirischen Hausarbeiten Forschungsmethoden auf (wie z. B. Evaluation, Bedarfsstudien, Vergleichsstudien oder qualitative und quantitative Forschungsdesigns) und wenden Forschungsinstrumente an (wie z. B. Mitarbeiterbefragung, Patientenbefragung oder Inhaltsanalyse).

Auf der konzeptionellen und umsetzungsbezogenen Ebene geht es häufig um die Entwicklung praxisrelevanter und um die Einführung bzw. Optimierung pflegespezifischer Instrumente (wie z. B. Expertenstandards oder Pflegevisite) – damit leisten die Studierenden mit ihren Hausarbeiten einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege. Speziell bei den Diplomarbeiten ist erkennbar, dass einerseits die theoretisch fundierte Entwicklung bzw. Erarbeitung von Konzepten für die Pflegepraxis (wie z. B. Betreuungskonzepte) an Bedeutung gewinnen und andererseits die aus dem Studium gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse in konkrete Gestaltungsaufgaben bzw. Handlungsempfehlungen für das Pflegemanagement bzw. für Führungskräfte im Gesundheitswesen münden.

5.3.3.4 Zur Studierendenbefragung

Für die Evaluation im Hinblick auf die Studierendenbefragung wurden bereits erhobene Rohdaten seitens der Hamburger Fern-Hochschule (Abteilung Qualitätsmanagement) zur Verfügung gestellt. Hier erfolgt eine Zusammenführung der Stichprobendaten (aus den verschiedenen Erhebungszeitpunkten) – da keine Trends, sondern Strukturmerkmale erfasst werden sollen (über einen längeren Zeitraum). Die Auswertung bezieht sich im Hinblick auf die Bewertungskriterien dabei eher auf fachlich-inhaltliche Aspekte des Studiums (interessierende Kriterien und Items).

Das Sample bezieht sich auf die (getrennt durchgeführten) Studierendenbefragungen im Grundstudium (E I) und im Hauptstudium (E II): Für das Grundstudium liegen 393 ausgefüllte Fragebögen vor (N = 393) – in der Stichprobe sind 70 % weiblich, 31 % der Studierenden sind zwischen 26 – 30 Jahre und 15 % zwischen 41 – 45 Jahre. Für das Hauptstudium können insgesamt 665 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden (N = 665) – wobei n = 401 bis zum Frühjahrssemester 2011 und n = 264 ab dem Herbstsemester 2011; in der Stichprobe sind 65 % weiblich, 23 % der Studierenden sind zwischen 31 – 35 Jahre (21 % über 45 Jahre, 20 % zwischen 41 – 45 Jahre, 18 % zwischen 26 – 30 Jahre). (Anhang A.2.1 präsentiert die Teilnehmerzahl der jeweiligen Stichproben zu den verschiedenen Befragungszeiträumen für

E I und E II). Die beiden Studierendenbefragungen für das Grundstudium (E I) und das Hauptstudium (E II) beziehen sich auf den Befragungszeitraum von Februar 2010 bis März 2012.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung sind für die Studierendenbefragung in Anhang A.2.2 – A.2.3 (Grafiken) und A.2.5 – A.2.6 (Häufigkeitstabellen) dokumentiert.¹¹⁷

5.3.3.4.1 Zum Fragebogen

Der Fragebogen der Abteilung Qualitätsmanagement der Hamburger Fern-Hochschule zur begleitenden Studierendenbefragung (formative Evaluation) im Grundstudium (E I) gliedert sich in einen formalen und einen inhaltlichen Teil (Abbildung 5-11):

- Formal werden allgemeine Fragen zur Person wie Geschlecht und Alter gestellt (Kategorie 1). Beide Items werden ausgewertet.
- Inhaltlich werden verschiedene Dimensionen zur Qualität der Lehre mit einer unterschiedlichen Anzahl von Items abgefragt: Studienberatung (Kategorie 2 mit 7 Items), Studienmaterial (Kategorie 3 mit 4 Items), Studium – Selbststudium bzw. Präsenzstudium (Kategorie 4 mit 14 Items), gesamtes bisheriges Studium (Kategorie 5 mit 10 Items) und Sonstiges (Kategorie 6 als Freitext). Im inhaltlichen Teil werden überwiegend Beurteilungsfragen eingesetzt:
 - Zum einen handelt es sich um vierstufige Skalen beispielsweise mit den Antwortmöglichkeiten regelmäßig, überwiegend, teilweise und gar nicht (Kategorie 2 bei Item 4.2) bzw. zufrieden, überwiegend zufrieden, weniger zufrieden und unzufrieden (Kategorie 5 bei Item 5.10).
 - Zum anderen finden sich fünfstufige Skalen beispielsweise mit den Antwortmöglichkeiten sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend und mangelhaft (Kategorie 3 bei den Items 3.1 – 3.4) bzw. von trifft voll zu bis trifft gar nicht zu (Kategorie 4 bei den Items 4.3 – 4.6) – angeboten wird bei manchen Fragen bzw. Aussagen noch zusätzlich entweder die Antwortmöglichkeit nicht genutzt (Kategorie 2 bei den Items 2.4 – 2.7) oder nicht bearbeitet (Kategorie 3 bei den Items 3.1 – 3.4).

Ausgewertet werden die Kategorie 3 (Items 3.1 – 3.4), Kategorie 4 (Items 4.1 – 4.6) und Kategorie 5 (Items 5.1 – 5.10). Mit der Kategorie 3 wird die fachbezogene Qualität des Studienmaterials erfasst. Die Kategorie 4 ermittelt einerseits die für das Selbststudium aufgewendeten Stunden pro Woche und andererseits die Inanspruchnahme der Präsenzphasen (Teilnahmeverhalten). Darüber hinaus erfolgt hier seitens der Studierenden eine Einschätzung der Präsenzphasen sowohl im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums als auch auf die Prüfungsvorbereitung. In der Kategorie 5 sollen zum einen verschiedene Aus-

¹¹⁷ Hinweis zu den Häufigkeitstabellen: Die Angaben in der Zeile Fehlend zeigen an, für wie viele Fälle keine Daten für das betreffende Item vorhanden sind. Solche Fälle werden automatisch von der statistischen Berechnung ausgeschlossen. In der Spalte Prozent tauchen diese Fälle dennoch auf; die Spalte Gültige Prozente bezieht sich auf die tatsächlich in der Analyse berücksichtigten Werte. In den Grafiken sind immer die gültigen Prozentangaben verwendet worden – denn Median, Mittelwert und Standardabweichung werden nur für die gültigen Fälle berechnet. Man kann bei SPSS einen fehlenden Wert definieren (z. B. 0 oder 99); beschriftet man diesen Wert nicht, vergibt SPSS das Kennwort System. Darüber hinaus werden in der Zeile Fehlend auch noch die Angaben nicht besucht (bei den Präsenzphasen), nicht belegt (bei den Wahlpflichtfächern und Studienschwerpunkten) und nicht bearbeitet (bei der Qualität des Studienmaterials) auf der Basis der Skalierung in den Fragebögen hier ausgewiesen.

sagen das Studium insgesamt betreffend beurteilt und zum anderen die Vereinbarkeit der Studienanforderungen mit z. B. persönlichen Interessen oder beruflichen Verpflichtungen als zutreffend eingeschätzt werden. Abschließend wird in dieser Kategorie die Zufriedenheit insgesamt mit dem Studienangebot der Hamburger Fern-Hochschule bei den Studierenden des Diplomstudienganges Pflegemanagement erfragt.

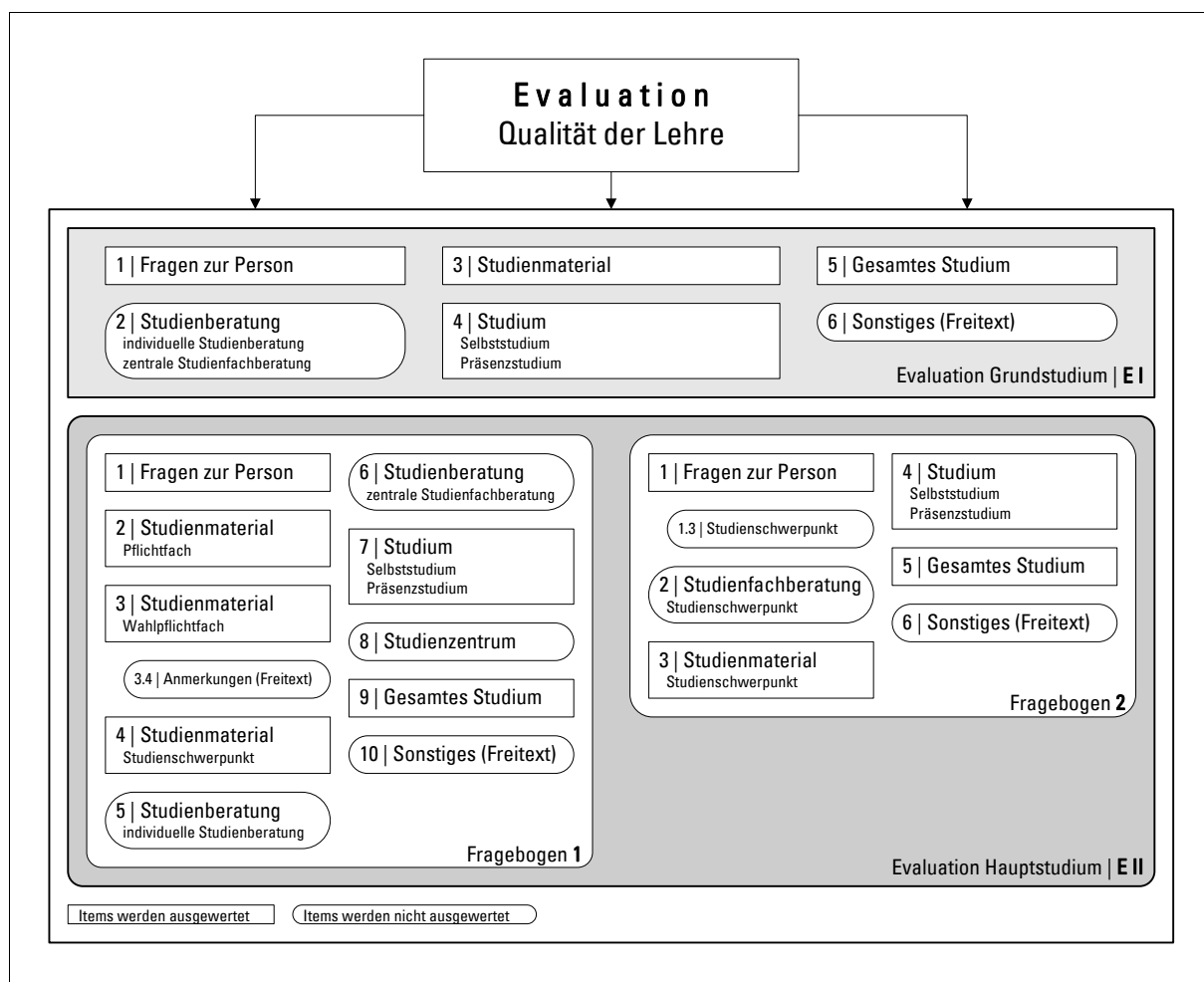


Abbildung 5-11: Fragebogen der Hamburger Fern-Hochschule – Evaluation Studierende (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2012a – c)

Die Abteilung Qualitätsmanagement der Hamburger Fern-Hochschule setzt zur begleitenden Studierendenbefragung (formativen Evaluation) im Hauptstudium (E II) zwei Fragebögen ein. Fragebogen 1 und Fragebogen 2 gliedern sich in einen formalen und einen inhaltlichen Teil (Abbildung 5-11):

- Formal werden allgemeine Fragen zur Person wie Geschlecht und Alter gestellt (Kategorie 1). Beide Items werden ausgewertet.
- Inhaltlich werden verschiedene Dimensionen zur Qualität der Lehre mit einer unterschiedlichen Anzahl von Items abgefragt: Studienberatung (Kategorie 2 mit 7 Items), Studienmaterial (Kategorie 3 mit 4 Items), Studium – Selbststudium bzw. Präsenzstudium (Kategorie 4 mit 14 Items), gesamtes bisheriges Studium (Kategorie 5 mit 10 Items) und Sonstiges (Kategorie 6 als Freitext). Im inhaltlichen Teil werden überwiegend Beurteilungsfragen eingesetzt:

- Zum einen handelt es sich um vierstufige Skalen beispielsweise mit den Antwortmöglichkeiten regelmäßig, überwiegend, teilweise und gar nicht (Kategorie 2 bei Item 4.2) bzw. zufrieden, überwiegend zufrieden, weniger zufrieden und unzufrieden (Kategorie 5 bei Item 5.10).
- Zum anderen finden sich fünfstufige Skalen beispielsweise mit den Antwortmöglichkeiten sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend und mangelhaft (Kategorie 3 bei den Items 3.1 – 3.4) bzw. von trifft voll zu bis trifft gar nicht zu (Kategorie 4 bei den Items 4.3 – 4.6) – angeboten wird bei manchen Fragen bzw. Aussagen noch zusätzlich entweder die Antwortmöglichkeit nicht genutzt (Kategorie 2 bei den Items 2.4 – 2.7) oder nicht bearbeitet (Kategorie 3 bei den Items 3.1 – 3.4).

Ausgewertet werden die Kategorie 3 (Items 3.1 – 3.4), Kategorie 4 (Items 4.1 – 4.6) und Kategorie 5 (Items 5.1 – 5.10). Mit der Kategorie 3 wird die fachbezogene Qualität des Studienmaterials erfasst. Die Kategorie 4 ermittelt einerseits die für das Selbststudium aufgewendeten Stunden pro Woche und andererseits die Inanspruchnahme der Präsenzphasen (Teilnahmeverhalten). Darüber hinaus erfolgt hier seitens der Studierenden eine Einschätzung der Präsenzphasen sowohl im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums als auch auf die Prüfungsvorbereitung. In der Kategorie 5 sollen zum einen verschiedene Aussagen das Studium insgesamt betreffend beurteilt und zum anderen die Vereinbarkeit der Studienanforderungen mit z. B. persönlichen Interessen oder beruflichen Verpflichtungen als zutreffend eingeschätzt werden. Abschließend wird in dieser Kategorie die Zufriedenheit insgesamt mit dem Studienangebot der Hamburger Fern-Hochschule bei den Studierenden des Diplomstudienganges Pflegemanagement erfragt.

5.3.3.4.2 Zu den statistischen Ergebnissen

5.3.3.4.2.1 Auswertung zum Grundstudium

1 | Zur Qualität des Studienmaterials

Die Einschätzung der Studierenden zur Qualität des Studienmaterials bezieht sich auf die einzelnen Studienfächer.

Im Grundstudium wird das Studienmaterial des Faches Psychologie von den Studierenden mit 16 % sehr gut und mit 58 % gut bewertet (Abbildung 5-12).¹¹⁸

¹¹⁸ Bei den Grafiken sind die Prozentwerte auf- oder abgerundet; das kleine (dunkle) Quadrat gibt den Mittelwert an, der kleine (helle) Kreis stellt den Median dar.

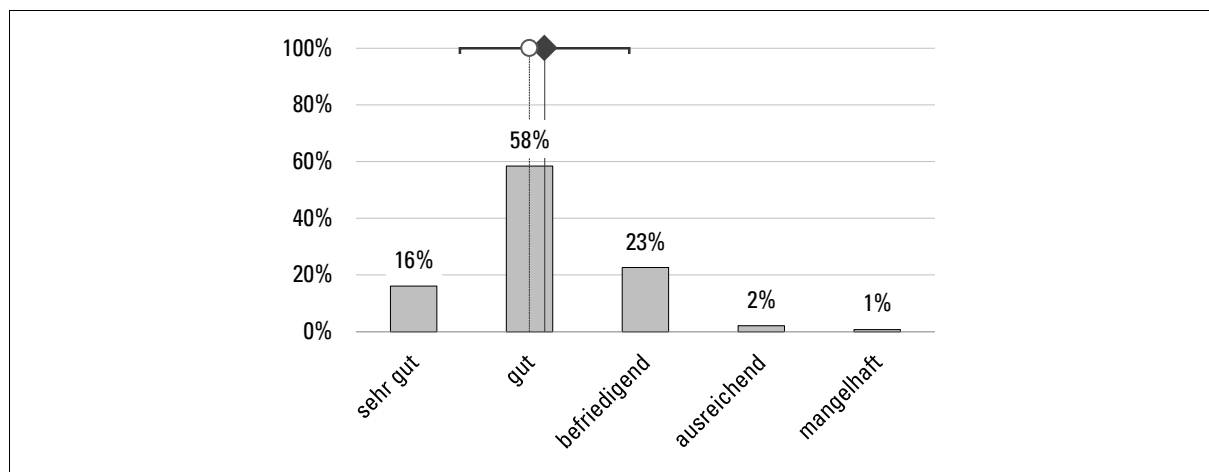


Abbildung 5-12: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.1] – Psychologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Die Studierenden bewerten die Qualität des Materials im Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen zu 15 % mit sehr gut und 53 % gut, im Studienfach Pflegewissenschaft I zu 10 % mit sehr gut, 41 % mit gut und das Studienfach Soziologie zu insgesamt 57 % mit sehr gut und gut (Abbildung 5-13).

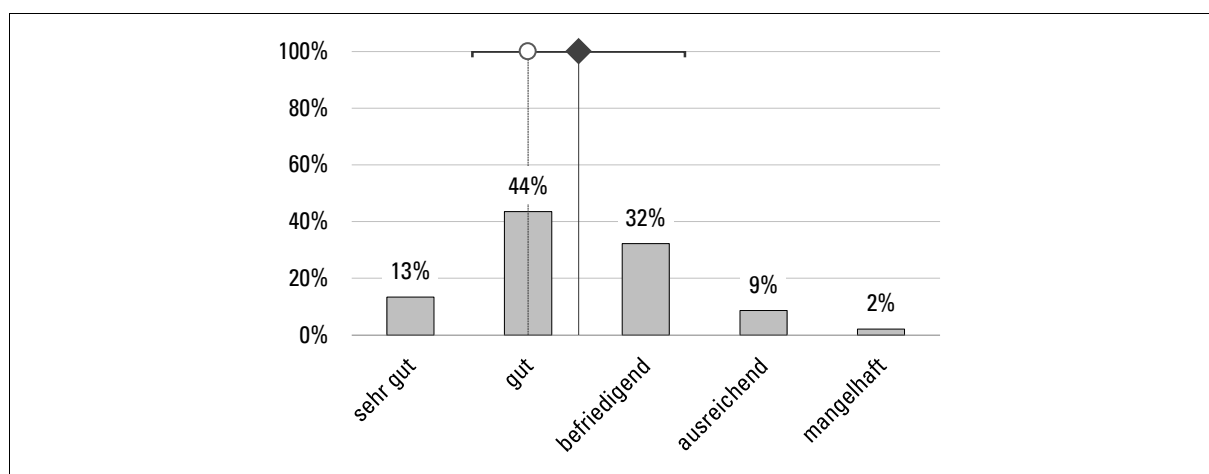


Abbildung 5-13: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.4] – Soziologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

2 | Zur Beurteilung des Selbststudiums

Hinsichtlich des Aufwands an Stunden geben 45 % der Studierenden 6 bis 10 Stunden, 30 % 11 bis 15 Stunden, 13 % 16 bis 20 Stunden und 3 % über 20 Stunden an.

3 | Zur Beurteilung des Präsenzstudiums

Über 56 % der Studierenden geben an, regelmäßig (>80 %) an den Präsenzphasen teilzunehmen. Der Aussage „Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Studiums eine wichtige Unterstützung“ stimmen 44 % mit trifft voll zu und 32 % mit trifft zu (Tabelle 5-11).

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums eine wichtige Unterstützung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	163	41,5	43,8	43,8
	trifft zu	120	30,5	32,3	76,1
	trifft teilweise zu	53	13,5	14,2	90,3
	trifft kaum zu	29	7,4	7,8	98,1
	trifft gar nicht zu	7	1,8	1,9	100,0
	Gesamt	372	94,7	100,0	
Fehlend	System	21	5,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle 5-11: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.3] – Unterstützung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Der Aussage „Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Studiums ausreichend bemessen“ stimmen 18 % mit trifft voll zu, 40 % mit trifft zu und 33 % trifft teilweise zu (Tabelle 5-12).

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums ausreichend bemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	67	17,0	18,2	18,2
	trifft zu	146	37,2	39,6	57,7
	trifft teilweise zu	121	30,8	32,8	90,5
	trifft kaum zu	29	7,4	7,9	98,4
	trifft gar nicht zu	6	1,5	1,6	100,0
	Gesamt	369	93,9	100,0	
Fehlend	System	24	6,1		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle 5-12: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.4] – Bemessung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

4 | Zur Beurteilung des bisherigen Studiums

63 % der Studierenden beurteilen den Anspruch des Studiums mit trifft voll zu und 33 % mit trifft zu. Die Aufbereitung des Studienmaterials beurteilen insgesamt 54 % mit trifft voll zu und trifft zu (33 % = trifft teilweise zu). „Das Studium wird durch den Rahmenablaufplan gut strukturiert“ – dieser Aussage stimmen 34 % mit trifft voll zu und 49 % mit trifft zu.

„Können die Anforderungen des Studiums mit den (persönlichen) Interessen vereinbart werden?“ Hier stimmen 15 % der Studierenden mit trifft voll zu, 47 % mit trifft zu und 29 % mit trifft teilweise zu. „Können die Anforderungen des Studiums mit den (beruflichen) Verpflichtungen vereinbart werden?“ Hier stimmen 12 % der Studierenden mit trifft voll zu, 39 % mit trifft zu und 36 % mit trifft teilweise zu.

5 | Zufriedenheit (insgesamt) mit dem Studienangebot

51 % der Studierenden sind mit dem Studienangebot des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule zufrieden und 46 % überwiegend zufrieden.¹¹⁹

5.3.3.4.2.2 Auswertung zum Hauptstudium

1 | Identische Items (2010 – 2013)

Hinsichtlich des Aufwands an Stunden geben 36 % der Studierenden 6 bis 10 Stunden, 31 % 11 bis 15 Stunden, 12 % 16 bis 20 Stunden und 4 % über 20 Stunden an.

Über 51 % der Studierenden geben an, regelmäßig (>80 %) an den Präsenzphasen teilzunehmen. Der Aussage „Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Studiums eine wichtige Unterstützung“ stimmen 38 % mit trifft voll zu und 29 % mit trifft zu. Der Aussage „Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Studiums ausreichend bemessen“ stimmen 20 % mit trifft voll zu, 38 % mit trifft zu und 29 % trifft teilweise zu.

47 % der Studierenden im Hauptstudium beurteilen den Anspruch des Studiums mit trifft voll zu und 43 % mit trifft zu. Die Aufbereitung des Studienmaterials beurteilen insgesamt 57 % mit trifft voll zu und trifft zu. „Das Studium wird durch den Rahmenablaufplan gut strukturiert“ – dieser Aussage stimmen 35 % mit trifft voll zu und 49 % mit trifft zu.

51 % der Studierenden sind mit dem Studienangebot des grundständigen Studienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule zufrieden und 42 % überwiegend zufrieden.

2 | Unterschiedliche Items (bis Frühjahrssemester 2011)

Hier wird nach dem Studienmaterial im belegten Studienschwerpunkt gefragt. Das Studienmaterial haben 86 % (ja) der Studierenden bearbeitet. Das Studienmaterial ist „fachlich ausgreift“ – dieser Aussage stimmen insgesamt 61 % mit trifft voll zu und trifft zu. Das Studienmaterial ist „gut aufbereitet“ – dieser Aussage stimmen 16 % mit trifft voll zu und 47 % mit trifft zu.

¹¹⁹ Zur Messung der Zufriedenheit werden objektive und subjektive Verfahren unterschieden: Bei den subjektiven Messverfahren steht die „Qualitätswahrnehmung einer Leistung aus der Sicht einzelner Kunden im Mittelpunkt“ (Pippig 2003: 18). Hier werden merkmalsorientierte Methoden (globale Zufriedenheit setzt sich aus Sicht des Kunden aus einzelnen Merkmalen zusammen), problemorientierte Ansätze (qualitätsrelevante Problemfelder werden betrachtet) und ergebnisorientierte Verfahren (Kunde nimmt während des Leistungsprozesses bestimmte Schlüsselerlebnisse als besonders qualitätsrelevant wahr) unterschieden (vgl. Pippig 2003: 18). Merkmalsorientierte Methoden lassen sich in zwei Messverfahren differenzieren – die „einstellungsorientierte Qualitätsmessung basiert auf der Annahme, dass die Qualitätsbeurteilung aus einer erlernten, relativ dauerhaften, positiven oder negativen inneren Haltung [...] resultiert“, bei der zufriedenheitsorientierten Qualitätsmessung „erfolgt die Qualitätsbeurteilung aufgrund der Abweichung von erwarteter und wahrgenommener Dienstleistungsqualität“ (Pippig 2003: 19). Die empirische Forschung hat festgestellt, dass bei Zufriedenheitsbefragungen die globalen Zufriedenheitswerte durchgängig hoch bis sehr hoch sind (z. B. durch soziale Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekt) – damit kommt es statistisch zu Decken- oder Bodeneffekten bzw. zu links- oder rechtsschiefen Verteilungen.

3 | Unterschiedliche Items (ab Herbstsemester 2011)

Die Einschätzung der Studierenden zur Qualität des Studienmaterials bezieht sich auf die einzelnen Studienfächer, Wahlpflichtfächer und Studienschwerpunkte. Es wird bei der Befragung im Hauptstudium aber auch noch nach einzelnen Studienfächern des Grundstudiums gefragt.

Die Qualität des Studienmaterials für die Studienfächer im Grundstudium wird von den Studierenden wie folgt beurteilt: Das Material des Studienfaches Recht der Pflege wird mit 11 % sehr gut und mit 48 % gut bewertet; das Studienfach Gesundheitswissenschaft mit insgesamt 54 % sehr gut und gut sowie mit 37 % befriedigend; das Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik mit 41 % gut, 32 % mit befriedigend und 15 % mit ausreichend. Das Studienmaterial des Faches Empirische Methoden wird insgesamt mit 66 % sehr gut und gut bewertet und des Studienfaches Pflegemanagement I mit 12 % sehr gut, 51 % gut und 27 % befriedigend.

Die Qualität des Studienmaterials für die Studienfächer im Hauptstudium wird von den Studierenden wie folgt beurteilt: Das Studienmaterial des Pflichtfaches Pflegewissenschaft II wird von 10 % mit sehr gut, 51 % mit gut und 30 % mit befriedigend bewertet. Die Auswertungsergebnisse zur Qualität des Studienmaterials im Hinblick auf das Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre werden mit der Abbildung 5-14 präsentiert.

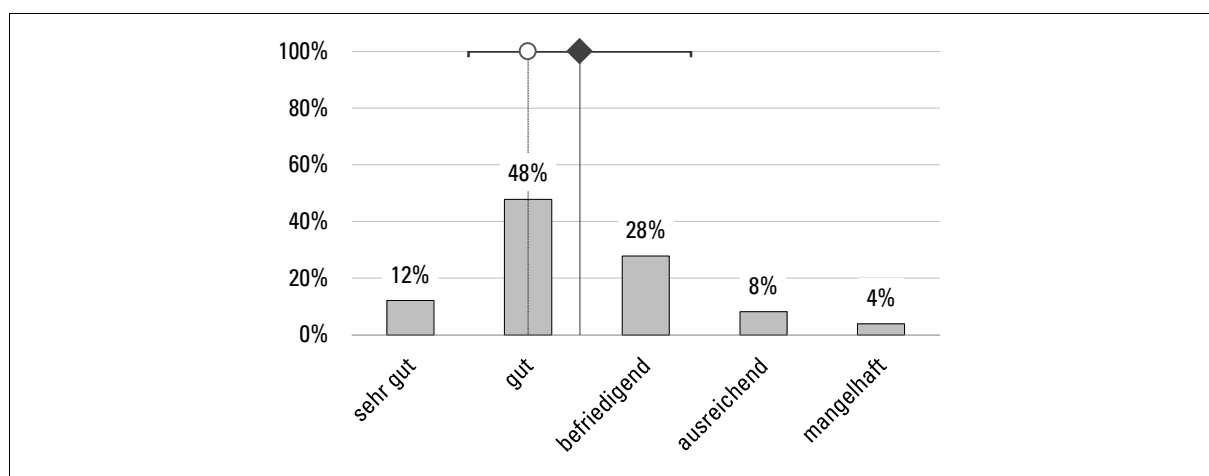


Abbildung 5-14: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.7] – Pflichtfach Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Das Studienmaterial des Pflichtfaches Methoden und Techniken wird von 17 % der Studierenden mit sehr gut, 50 % mit gut und 24 % mit befriedigend bewertet – des Studienfaches Pflegemanagement II von 13 % mit sehr gut, 55 % mit gut und 23 % mit befriedigend und des Studienfaches Informations- und Kommunikationstechnologien von 15 % mit sehr gut, 50 % mit gut und 24 % mit befriedigend. Abbildung 5-15 präsentiert die Auswertungsergebnisse für das Studienfach Arbeitswissenschaft.

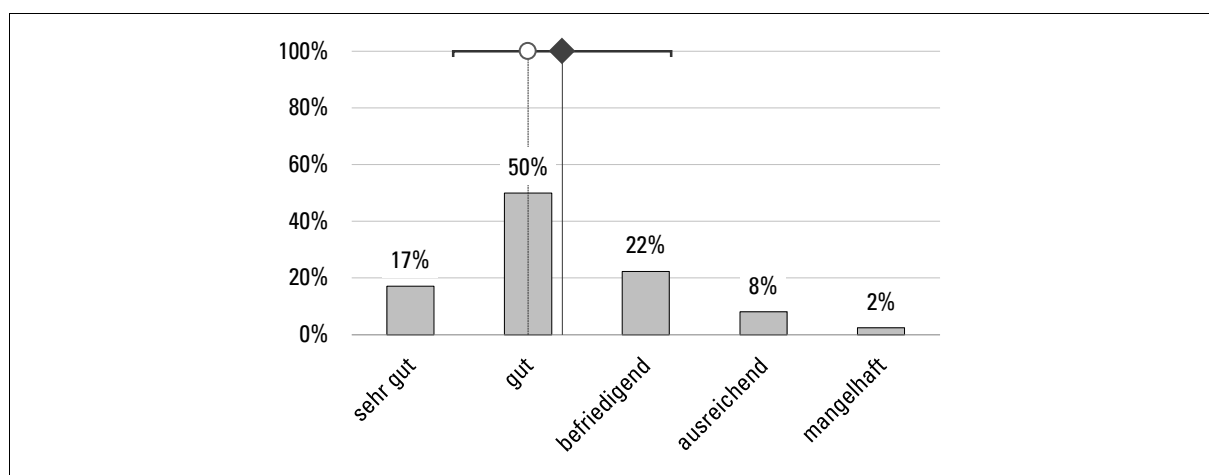


Abbildung 5-15: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.11] – Pflichtfach Arbeitswissenschaft (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bei der Beurteilung der Qualität des Studienmaterials bei den Wahlpflichtfächern ergibt sich folgendes Bild: Das Wahlpflichtfach Personalmanagement wird von insgesamt 70 % der Studierenden mit sehr gut und gut (Tabelle 5-13), das Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement von 57 % mit sehr gut und gut sowie Organisationsmanagement von 61 % mit sehr gut und gut bewertet.

Qualität des Studienmaterials Personalmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig	sehr gut	31	11,7	13,1	13,1
	gut	134	50,8	56,8	69,9
	befriedigend	52	19,7	22,0	91,9
	ausreichend	12	4,5	5,1	97,0
	mangelhaft	7	2,7	3,0	100,0
	Gesamt	236	89,4	100,0	
Fehlend	nicht belegt	19	7,2		
	System	9	3,4		
	Gesamt	28	10,6		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle 5-13: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.1] – Wahlpflichtfach Personalmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Zur Beurteilung der Qualität des Studienmaterials bei den Studienschwerpunkten: Der Studienschwerpunkt Ambulante Dienste wird von 12 % der Studierenden mit sehr gut und 51 % mit gut, der Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung von 7 % mit sehr gut und 53 % mit gut sowie Stationäre Altenhilfe von 11 % mit sehr gut und 48 % mit gut eingeschätzt (Tabelle 5-14).

Qualität des Studienmaterials Stationäre Altenhilfe					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	18	6,8	10,9	10,9
	gut	80	30,3	48,5	59,4
	befriedigend	49	18,6	29,7	89,1
	ausreichend	14	5,3	8,5	97,6
	mangelhaft	4	1,5	2,4	100,0
	Gesamt	165	62,5	100,0	
Fehlend	nicht belegt	73	27,7		
	System	26	9,8		
	Gesamt	99	37,5		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle 5-14: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.2] – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

„Können die Anforderungen des Studiums mit den (beruflichen) Verpflichtungen vereinbart werden?“ Hier stimmen 32 % der Studierenden im Hauptstudium mit trifft voll zu, 42 % mit trifft zu und 32 % mit trifft teilweise zu.

5.3.3.5 Zur Absolventenbefragung

Für die Evaluation im Hinblick auf die Absolventenbefragung wurden ebenfalls bereits erhobenen Rohdaten seitens der Hamburger Fern-Hochschule (Abteilung Qualitätsmanagement) zur Verfügung gestellt. Hier erfolgt eine Zusammenführung der beiden Stichprobendaten – aus den beiden Erhebungszeitpunkten Frühjahrssemester und Herbstsemester 2013 (Anhang A.2.1 präsentiert die Teilnehmerzahl der jeweiligen Stichproben zu den beiden Befragungszeiträumen). Die Auswertung bezieht sich im Hinblick auf die Bewertungskriterien auch hier eher auf fachlich-inhaltliche Aspekte des Studiums (interessierende Kriterien und Items). Insgesamt liegen 144 ausgefüllte Fragebögen vor (N = 144) – in der Stichprobe sind 56 % weiblich, 17 % der Studierenden sind zwischen 36 – 40 Jahre, 25 % zwischen 41 – 45 Jahre und 43 % der Studierenden sind über 45 Jahre. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung sind für die Absolventenbefragung in Anhang A.2.4 (Grafiken) und A.2.7 (Häufigkeitstabellen) dokumentiert.

5.3.3.5.1 Zum Fragebogen

Die Daten bis 2011 (Fragebogen 1) und die Daten ab 2012 (Fragebogen 2) werden zusammenfassend ausgewertet (vgl. Hamburger Fern-Hochschule 2014a – b).¹²⁰

¹²⁰ Zwischen den beiden Fragebögen gibt es bezüglich der Items folgende Unterschiede: Fragebogen 2 (Item 5.23) entspricht Fragebogen 1 (Item 5.25), Fragebogen 2 (Item 5.24) entspricht Fragebogen 1 (Item 5.23) und Fragebogen 2 (Item 5.25) entspricht Fragebogen 1 (Item 5.24); Fragebogen 2 (Item 7.12) entspricht Fragebogen 1 (Item 7.16) und Fragebogen 2 (Item 7.14) entspricht Fragebogen 1 (Item 7.18). Außerdem wurde seitens der Abteilung Qualitätsmanagement der Hamburger Fern-Hochschule die Beschriftung der fünfstufigen Skalen in Fragebogen 2 gegenüber dem Fragebogen 1 für wenige Items verändert. In Fragebogen 2 lautet es hier meist voll und ganz bis in keiner Weise und in Fragebogen 1 trifft voll zu bis trifft gar nicht zu. Es werden die betreffenden (auszuwertenden) Items dabei immer den Beschriftungen des Fragebogens 2 zugewiesen.

Der Fragebogen der Abteilung Qualitätsmanagement der Hamburger Fern-Hochschule zur abschließenden Absolventenbefragung (summative Evaluation) gliedert sich in einen inhaltlichen und einen formalen Teil (Abbildung 5-16):

- Inhaltlich werden verschiedene Dimensionen zur Qualität des Studiums mit einer unterschiedlichen Anzahl von Items abgefragt: Angaben zum Studium (Kategorie 2 mit 11 Items), Einschätzung des Studiums insgesamt (Kategorie 3 mit 15 Items), Zusammenhang von Studium und Beruf allgemein (Kategorie 4 mit 6 Items), Studienerfolg – Allgemein (Kategorie 5 mit 26 Items), Studienerfolg – Kompetenzerwerb (Kategorie 6 mit 6 Items) und Fragen zur Person (Kategorie 7 mit 16 Items). Im inhaltlichen Teil werden neben Nominalskalen überwiegend Beurteilungsfragen oder Einschätzungsaussagen auf fünfstufigen Ordinalskalen bzw. Intervallskalen eingesetzt – beispielsweise mit den Antwortmöglichkeiten voll und ganz bis in keiner Weise (Kategorie 3 bei den Items 3.1 – 3.2), sehr gut bis sehr schlecht (Kategorie 3 bei den Items 3.3 – 3.6), in sehr hohem Maß bis gar nicht (Kategorie 4 bei Item 4.1) bzw. trifft zu bis trifft nicht zu (Kategorie 4 bei den Items 4.2 – 4.4) oder sehr wichtig bis gar nicht wichtig (Kategorie 6 bei Items 6.2, 6.4 und 6.6).¹²¹ Ausgewertet werden die Kategorie 2 (Items 2.1 – 2.11), Kategorie 3 (Items 3.2, 3.7 – 3.12), Kategorie 4 (Items 4.1 – 4.4), Kategorie 5 (5.1 – 5.2, 5.15 – 5.21, 5.23 – 5.25) und Kategorie 6 (6.1 – 6.6) sowie Kategorie 7 (7.1 – 7.2, 7.12, 7.14). Mit der Kategorie 2 werden Angaben zum Studium erfasst (z. B. Hochschulzugang, Beginn und Ende des Studiums, Anzahl der Semester, Durchschnittsnote oder berufliche Erfahrungen während des Studiums). Die Kategorie 3 ermittelt einerseits die Zufriedenheit mit dem Studium insgesamt und andererseits soll zusammenfassend die Qualität zentraler Studienaspekte beurteilt werden (z. B. Studienmaterial, Lehrbeauftragte, Prüfungsanforderungen; Studienangebot entsprach den fachlichen Erwartungen und beruflichen Anforderungen). Kategorie 4 geht auf den (allgemeinen) Zusammenhang von Studium und Beruf ein (z. B. Anwendung erworbener Qualifikationen und Kompetenzen, Bedeutung bestimmter fachlicher Inhalte für die berufliche Tätigkeit). Kategorie 5 bietet zunächst Fragen und Aussagen zum Studienerfolg (Allgemein) an wie z. B. im Hinblick auf den Wert des Studiums oder auf die berufliche Mobilität. Darüber hinaus wird hier vor allem die Zufriedenheit mit z. B. der beruflichen Position, der beruflichen Entwicklungsmöglichkeit oder der (aktuellen) beruflichen Situation abgefragt. Kategorie 6 geht dann spezieller auf den Studienerfolg im Hinblick auf den Kompetenzerwerb durch das Studium an der Hamburger Fern-Hochschule bei den Absolventen des Diplomstudienganges Pflegemanagement ein (Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz).
- Formal werden in der Kategorie 7 (Fragen zur Person) neben den Items Geschlecht und Alter etliche Fragen wie z. B. zum Migrationshintergrund, zum Hochschulabschluss der Eltern, zur wirtschaftlichen Situation während des Studiums oder zur Finanzierung des Studiums gestellt. Ausgewertet werden in dieser Kategorie die beiden Items Geschlecht und Alter sowie die Items, ob eine weitere Fort- und Weiterbildung bzw. ein weiterer wissenschaftlicher Abschluss (z. B. Master) angestrebt wird.

¹²¹ Die Skalen sind nur an den Extrempunkten benannt – die mittleren Kästen sind nicht beschriftet.

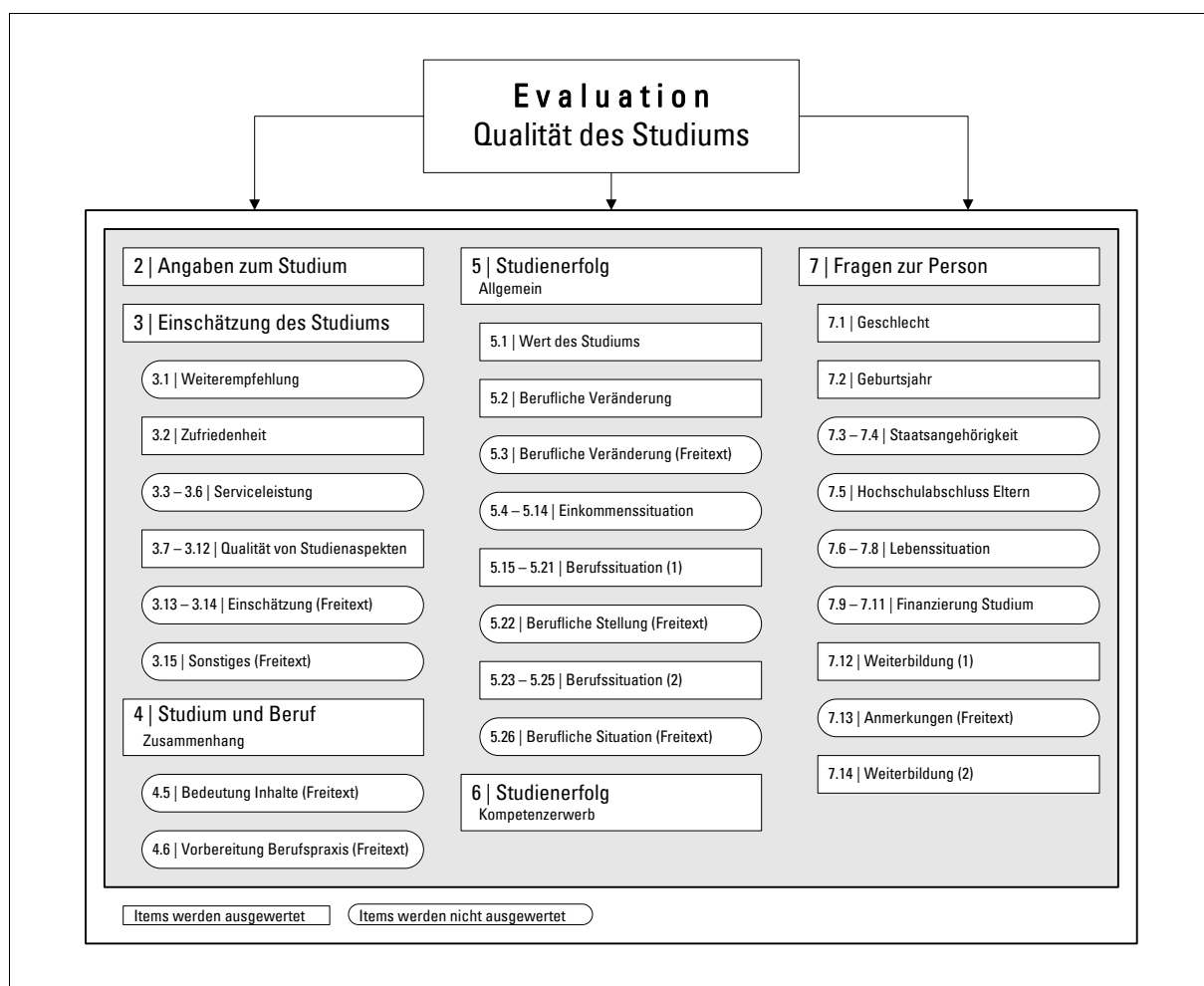


Abbildung 5-16: Fragebogen der Hamburger Fern-Hochschule – Evaluation Absolventen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014b)

5.3.3.5.2 Zu den statistischen Ergebnissen

1 | Angaben zum Studium

60 % der Absolventen sind über den Regelzugang und 31 % über eine anerkannte Fortbildungsprüfung zum Studium im grundständigen Studiengang Pflegemanagement zugelassen worden. 23 % der Absolventen haben ihr Studium 2012 und 18 % 2011 beendet, wobei 34 % der Befragten acht Semester, 15 % neun, 21 % zehn und 13 % zwölf Semester benötigten – dabei haben nach den kumulierten Prozentsätzen 56,5 % mit einem Notendurchschnitt von 1,9 und besser abgeschlossen.

Während des Studiums sammelten 78 % der Absolventen berufliche Erfahrungen als Berufstätige in Vollzeit (= 78 %) und in Teilzeit (= 24 %).

2 | Einschätzung des Studiums

33 % der Absolventen sind voll und ganz (1) mit der Hamburger Fern-Hochschule zufrieden (2 = 57 %). Rückblickend wird das Studienmaterial als „insgesamt gut aufbereitet“ von 26 % mit trifft voll zu bewertet.

Hinsichtlich der Einschätzung des Fächerangebotes bezüglich der fachlichen Erwartungen gibt Abbildung 5-17 grafisch die Auswertungsergebnisse wieder.

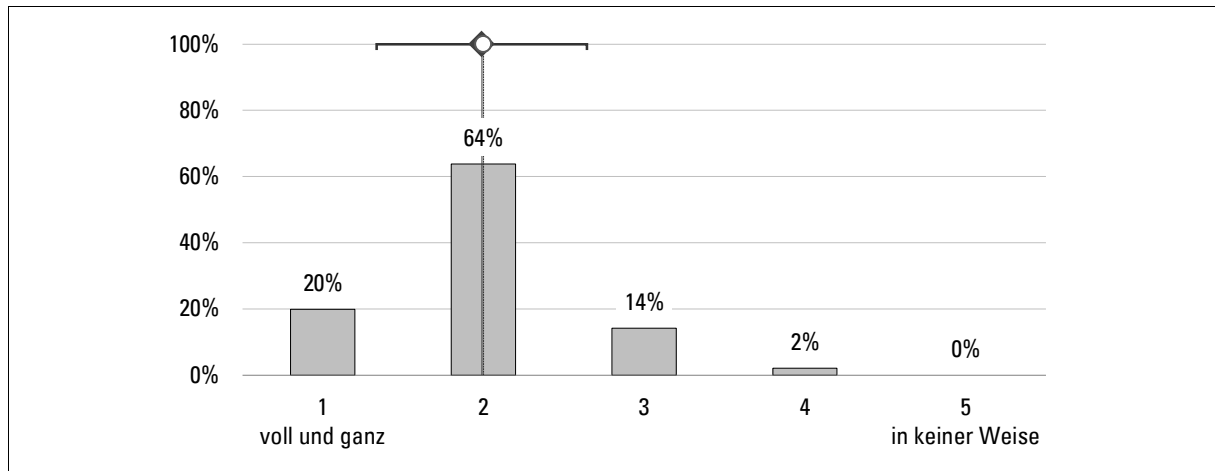


Abbildung 5-17: Einschätzung des Studiums [Item 3.11] – Fachliche Erwartungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Hinsichtlich der Einschätzung des Fächerangebotes bezüglich der beruflichen Anforderungen gibt Abbildung 5-18 grafisch die Auswertungsergebnisse wieder.

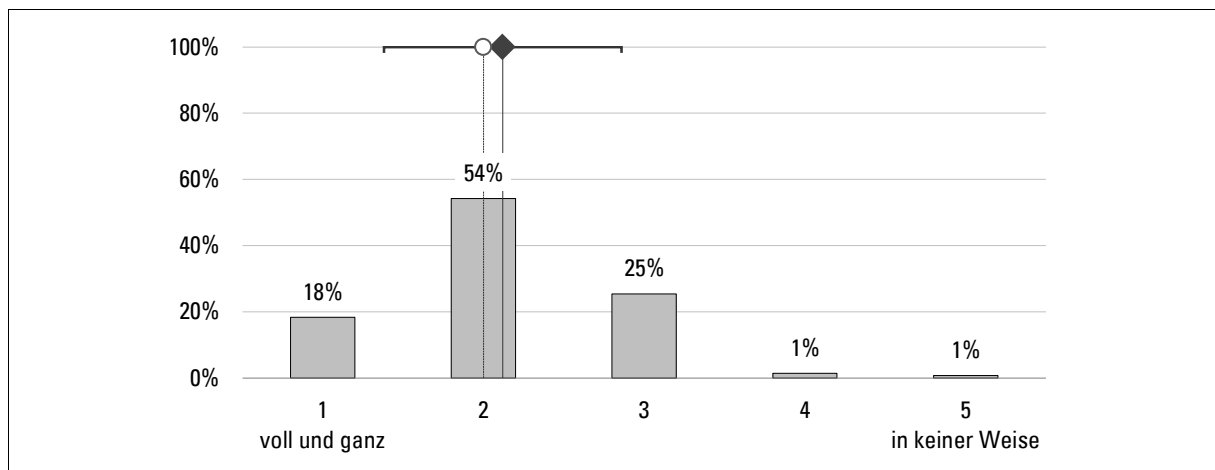


Abbildung 5-18: Einschätzung des Studiums [Item 3.12] – Berufliche Anforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

3 | Zusammenhang von Studium und Beruf

„In welchem Ausmaß werden im Studium erworbene Qualifikationen benötigt?“ 31 % der Absolventen beantworten diese Frage mit in sehr hohem Maß (1). 30 % der Befragten befinden (trifft zu), dass die im Studium vermittelten Inhalte und Kompetenzen in der beruflichen Praxis wichtig sind – und 37 % der Absolventen (trifft zu) fühlen sich durch das Studium den beruflichen Anforderungen im Tätigkeitsfeld gut gewachsen. Darüber hinaus sehen 36 % der Absolventen (trifft zu) Vorteile des berufsbegleitenden Fernstudiums in der beruflichen Praxis gegenüber Präsenzstudiengängen.

4 | Studienerfolg – Allgemein

Einen Studienerfolg im Hinblick auf den Wert des Studiums sehen 90 % der Befragten in der Bildung und persönlichen Weiterentwicklung, 74 % in der Verwertbarkeit des Studiums für beruflichen Aufstieg, 58 % in der Ausübung interessanter bzw. verantwortungsvoller Aufgaben, 38 % in der Vermittlung von Kenntnissen für den Beruf und 35 % in der Absicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Bei 57 % der Absolventen hat es durch das Studium einen beruflichen Aufstieg (Übernahme von Führungsverantwortung) gegeben. Mit der beruflichen Position zufrieden vor dem Studium sind 9 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 35 %, 3 = 30 %, 4 = 19 %) und 7 % gar nicht. Mit der beruflichen Position zufrieden nach dem Studium sind 35 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 37 %, 3 = 17 %, 4 = 7 %) und 4 % gar nicht (Abbildung 5-19).

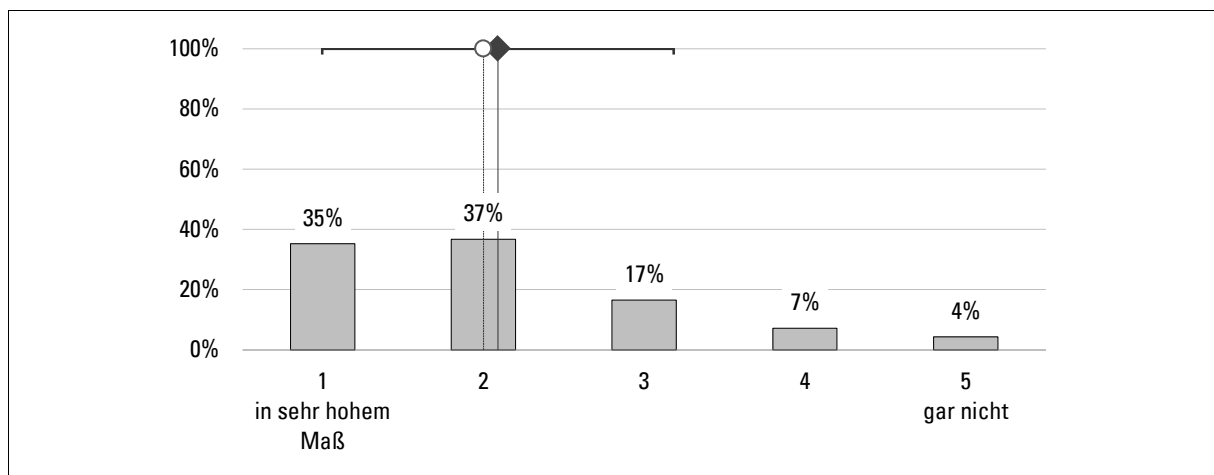


Abbildung 5-19: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.16] – Berufliche Position [nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden vor dem Studium sind 4 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 19 %, 3 = 36 %, 4 = 28 %) und 14 % gar nicht. Mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden nach dem Studium sind 33 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 41 %, 3 = 20 %, 4 = 1 %) und 4 % gar nicht (Abbildung 5-20).

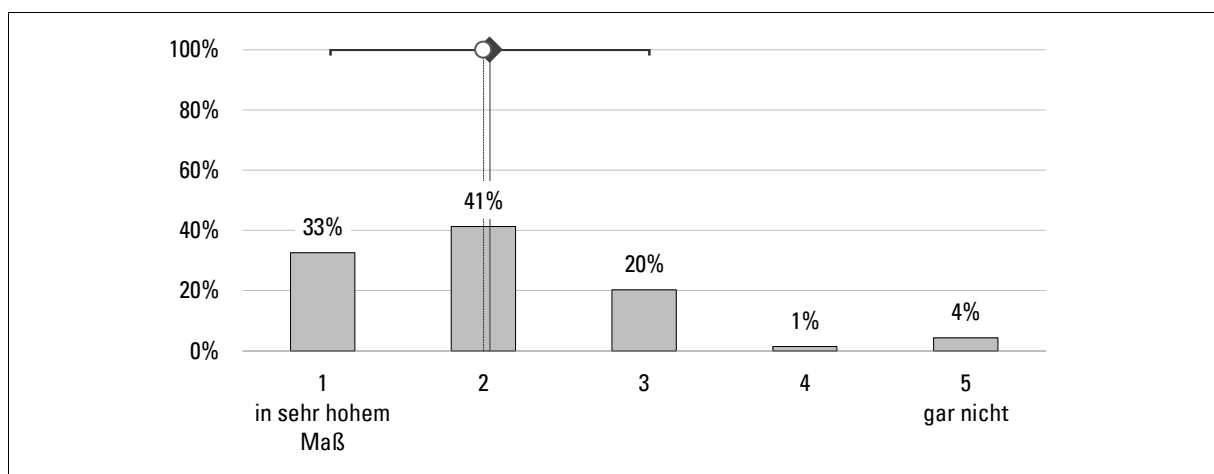


Abbildung 5-20: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.18] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten [nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Mit den Arbeitsaufgaben zufrieden vor dem Studium sind 9 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 33 %, 3 = 36 %, 4 = 12 %) und 10 % gar nicht (Tabelle 5-15).

In welchem Maß mit den Arbeitsaufgaben zufrieden vor dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	12	8,3	8,7	8,7
	2	46	31,9	33,3	42,0
	3	49	34,0	35,5	77,5
	4	17	11,8	12,3	89,9
	5	14	9,7	10,1	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle 5-15: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.19] – Arbeitsaufgaben [vor dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Mit den Arbeitsaufgaben zufrieden nach dem Studium sind 35 % (1) in sehr hohem Maß (2 = 40 %, 3 = 19 %, 4 = 4 %) und 3 % gar nicht (Tabelle 5-16).

In welchem Maß mit den Arbeitsaufgaben zufrieden nach dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	48	33,3	34,8	34,8
	2	55	38,2	39,9	74,6
	3	26	18,1	18,8	93,5
	4	5	3,5	3,6	97,1
	5	4	2,8	2,9	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle 5-16: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.20] – Arbeitsaufgaben [nach dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zur Zufriedenheit der Absolventen mit ihrer beruflichen Situation vor dem Studium geben 6 % (1) in sehr hohem Maß an (2 = 33 %, 3 = 39 %, 4 = 16 %) und 7 % gar nicht. Zur Zufriedenheit der Absolventen mit ihrer beruflichen Situation nach dem Studium geben 30 % (1) in sehr hohem Maß an (2 = 40 %, 3 = 21 %, 4 = 6 %) und 4 % gar nicht.

5 | Studienerfolg – Kompetenzerwerb

Die beruflichen Handlungskompetenzen werden im Zusammenhang mit dem Studienerfolg hinsichtlich der Fachkompetenz, Methodenkompetenz und der Selbstkompetenz in zwei Richtungen abgefragt (wurde im Studium vermittelt, wird für berufliche Position benötigt).

Die Vermittlung der Fachkompetenz im Studium bewerten 19 % der Absolventen mit (1) sehr gut (2 = 54 % und 3 = 22 %). Die benötigte Fachkompetenz für die berufliche Position schätzen 33 % als (1) sehr wichtig ein (2 = 48 % und 3 = 15 %).

Die Vermittlung der Methodenkompetenz im Studium bewerten 28 % der Absolventen mit (1) sehr gut (2 = 49 % und 3 = 20 %). Die benötigte Methodenkompetenz für die berufliche Position schätzen 41 % als (1) sehr wichtig ein (2 = 41 % und 3 = 13 %).

Die Vermittlung der Selbstkompetenz im Studium bewerten 27 % der Absolventen mit (1) sehr gut (2 = 47 % und 3 = 18 %). Die benötigte Selbstkompetenz für die berufliche Position schätzen 56 % als (1) sehr wichtig ein (2 = 34 % und 3 = 6 %).

6 | Fragen zur Person

Eine weitere Fort- und Weiterbildung wird von 54 % und einen weiteren wissenschaftlichen Abschluss (Master bzw. MBA) wird von 42 % der Absolventen angestrebt.

5.3.3.6 Zur Präsenzphase

5.3.3.6.1 Allgemeine Aspekte zur Methodenvielfalt

5.3.3.6.1.1 Zum Kategorienschema

In der vorliegenden Studie kommt im Hinblick auf die Auswertung der Präsenzphase eine kombinierte Form der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse zum Einsatz.

Die Gewinnung der Kategorien erfolgt aus dem Material heraus (Curriculum, Rahmenablaufplan) in einem iterativen Verfahren (zirkulärer Prozess der induktiven Erarbeitung und deduktiven Anwendung).

Zur Überprüfung der Bewertungskriterien hinsichtlich der Präsenzphase (Gewichtung, Vielfalt, Strukturierung, Praxisrelevanz) wird folgendes Kategorienschema zur Analyse der Präsenzphase präsentiert:

- Inhaltliche Aspekte | studienbriefbezogen
 - Vermittlung von Inhalten
 - Vertiefung
 - Wiederholung
 - Festigung
 - Diskurs von Inhalten
 - Diskussion
 - Analyse
 - Interpretation
 - Reflexion
 - Transfer von Inhalten
 - aus der Praxis (Problem, Anforderung, Projekt)
 - auf die Praxis (Fallbeispiel, Fallstudie, Anwendung, Bewertung)

- Methodische Aspekte
 - Methodik | studienbriefbezogen
 - Anwendende Form (Training, Übung)
 - Mediale Form (Filmeinsatz, Videoanalyse)
 - Methodik | studienbriefübergreifend
 - Zukunftswerkstatt
 - Methodik | studienfachübergreifend
 - Planspiel

5.3.3.6.1.2 Zu den statistischen Ergebnissen

Die Auswertung erfolgt einerseits hinsichtlich einer Vergleichbarkeit zwischen Curriculum (Planung) und Rahmenablaufplan (Umsetzung) sowie andererseits für die einzelnen Studienfächer im Grundstudium und Hauptstudium (Anhang A.3 präsentiert die Ergebnisse).¹²²

1 | Für das Curriculum wird exemplarisch auf die drei Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen, Psychologie und Pflegemanagement II eingegangen.

Abbildung 5-21 zeigt die Ergebnisse des Studienfaches Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen. Im Curriculum wird hier die inhaltliche Vermittlung des Stoffes (Vertiefung, Wiederholung, Festigung) in der Präsenzphase betont.

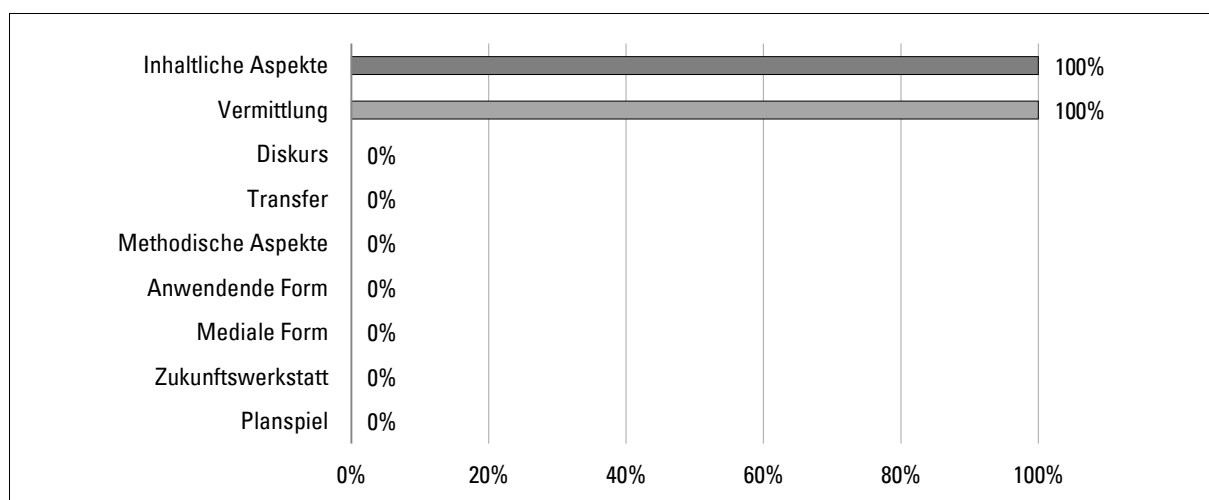


Abbildung 5-21: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Thiele 1999a)

Abbildung 5-22 präsentiert die Ergebnisse des Studienfaches Psychologie. Hier wird im Curriculum eine Bandbreite im Bereich von inhaltlichen Aspekten vorgeschlagen – die Vermittlung macht 9 %, der Diskurs 27 % (Diskussion, Analyse, Interpretation und Reflexion) und der Transfer von Inhalten 27 % (aus der Praxis im Hinblick auf Problem, Anforderung und

¹²² Bei den drei Studienschwerpunkten und den drei Wahlpflichtfächern (von denen in jedem Bereich zwei zu wählen sind) ist aus statistischen Gründen jeweils die Summe der Stunden gebildet worden und mit dem Faktor 0,6667 (2/3) in die Berechnung der Gesamtsumme der jeweiligen Unterkategorien sowie der Gesamtsumme aller Kategorien eingeflossen – damit kommt es zu keinen Diskrepanzen bei den relativen Anteilen.

Projekt sowie auf die Praxis im Hinblick auf Fallbeispiel, Fallstudie, Anwendung und Bewertung) am Gesamtstundenumfang für die Präsenzphase dieses Studienfaches aus. Darüber hinaus waren im Curriculum anwendende Formen (Training, Übung) mit einem Anteil von 27 % der Präsenzstunden und mediale Formen (Filmeinsatz, Videoanalyse) mit einem Anteil von 9 % vorgesehen.

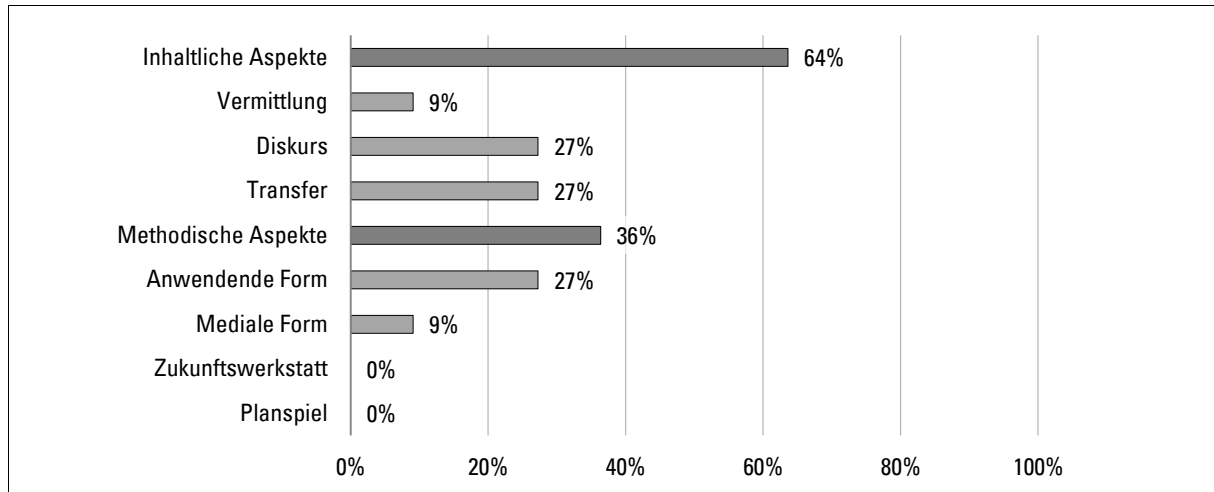


Abbildung 5-22: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Psychologie (eigene Darstellung nach Hoefert, Flick 1999)

Abbildung 5-23 legt die Auswertungsergebnisse des Studienfaches Pflegemanagement II dar. Inhaltliche Aspekte machen 45 % (Vermittlung = 42 %, Transfer = 3 %) und methodische Aspekte 55 % im Curriculum aus – in diesem Studienfach war das Planspiel (mit einem Anteil von 48 %) angesiedelt.

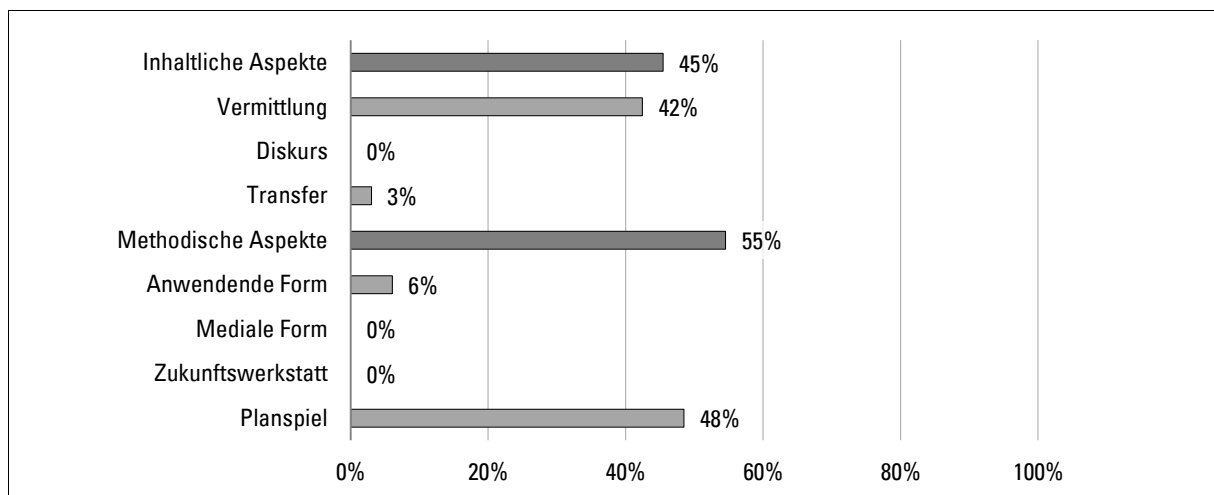


Abbildung 5-23: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II (eigene Darstellung nach Kerres, Falk 1999; Töllner, Rosenthal 1999a; Rambow-Bertram, Stamer 1999a; Wagner 1999d)

2 | Für den Rahmenablaufplan wird exemplarisch auf die drei Studienfächer Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen, Empirische Methoden sowie Methoden und Techniken (Zeitmanagement und Verhandlung) eingegangen.

Abbildung 5-24 zeigt die Ergebnisse des Studienfaches Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen (Vergleich mit Curriculum). Im Rahmenablaufplan liegt für dieses Studienfach die Gewichtung der Präsenzlehre bei den inhaltlichen Aspekten (= 79 %) mit Diskurs (= 50 %), Transfer (= 21 %) und anwendenden Formen von 21 %. In der Umsetzung ist die Präsenzphase für das Studienfach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen gegenüber der Planung methodisch abwechslungsreicher gestaltet.

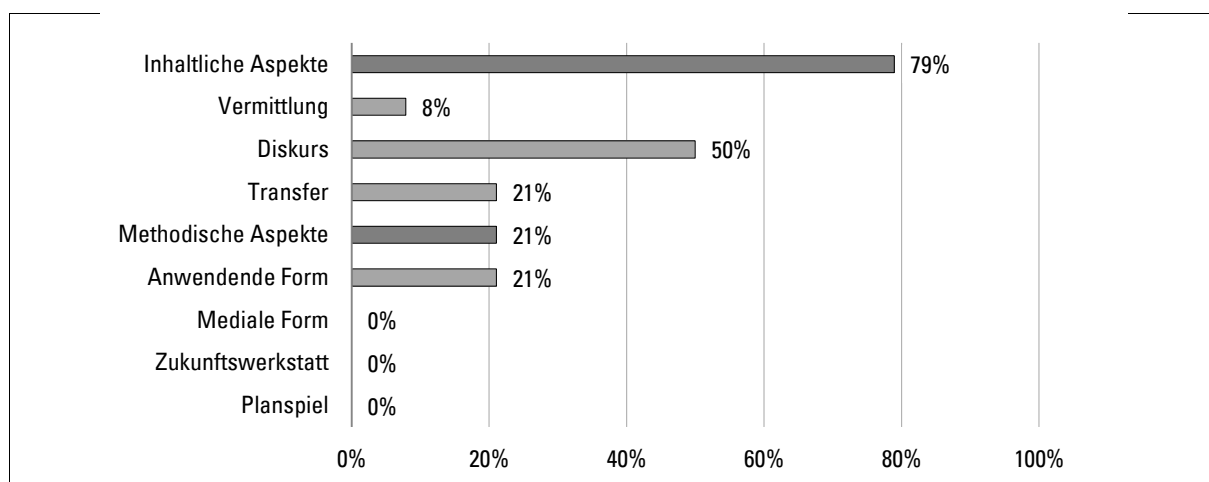


Abbildung 5-24: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

Abbildung 5-25 legt die Auswertungsergebnisse des Studienfaches Empirische Methoden dar. Inhaltliche Aspekte machen hier 67 % (Vermittlung = 33%, Diskurs = 22 %, Transfer = 11 %) und methodische Aspekte (anwendende Form) 33 % in der Präsenzphase dieses Studienfaches aus.

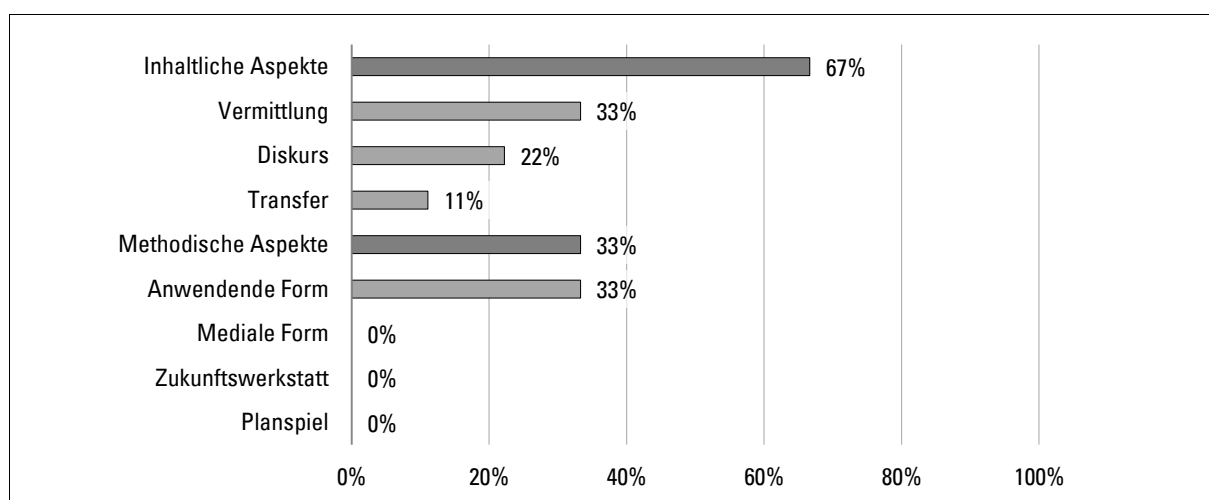


Abbildung 5-25: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Methoden
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

Im Studienfach Methoden und Techniken (Zeitmanagement und Verhandlung) sind von der curricularen Anlage her verschiedene Lehrveranstaltungsformen in der Präsenzphase konstituierend; diese Methodenvielfalt wird im Diplomstudiengang Pflegemanagement auch umge-

setzt – inhaltliche Aspekte mit Diskurs und Transfer = 50 %, methodische Aspekte mit anwendenden und medialen Formen = 50 % (Abbildung 5-26).

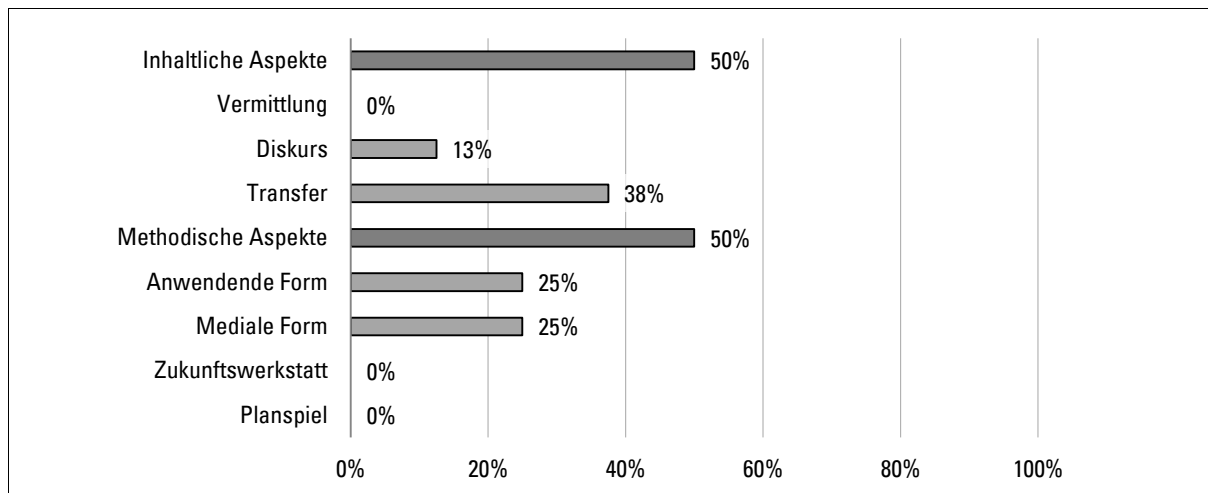


Abbildung 5-26: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Zeitmanagement und Verhandlung] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

3 | Die Gesamtergebnisse der deskriptiven Statistik in Form einer Häufigkeitstabelle gibt die Tabelle 5-17 wieder. Insgesamt beziehen sich im Rahmenablaufplan 87,7 % der Präsenzstunden auf inhaltliche Aspekte (etwas mehr als im Curriculum) und 12,3 % der Präsenzstunden auf methodische Aspekte (etwa 8% weniger als im Curriculum).

Präsenzstunden				
Kategorie	Rahmenablaufplan		Curriculum	
	absolut	relativ	absolut	relativ
Inhalte Aspekte studienbriefbezogen	398	87,7 %	357	79,8 %
Vermittlung von Inhalten	103	22,7 %	186	41,5 %
Vertiefung	87	19,2 %	107	23,9 %
Wiederholung	5	1,1 %	12	2,7 %
Festigung	11	2,4 %	67	14,9 %
Diskurs von Inhalten	199	43,8 %	86	19,2 %
Diskussion	101	22,3 %	17	3,8 %
Analyse	13	2,9 %	1	0,2 %
Interpretation	2	0,4 %	1	0,2 %
Reflexion	82	18,1 %	67	14,9 %
Transfer von Inhalten	96	21,2 %	85	19,1 %
aus der Praxis	7	1,5 %	24	5,4 %
Problem	2	0,4 %	2	0,4 %
Anforderung	1	0,2 %	9	1,9 %
Projekt	4	0,9 %	14	3,1 %
auf die Praxis	89	19,7 %	61	13,6 %
Fallbeispiel	12	2,7 %	8	1,8 %
Fallstudie	3	0,7 %	7	1,6 %
Anwendung	64	14,1 %	43	9,5 %
Bewertung	10	2,1 %	3	0,7 %
Methodische Aspekte	56	12,3 %	90	20,2 %
Methodik studienbriefbezogen	44	9,7 %	66	14,8 %
Anwendende Form	42	9,3 %	57	12,8 %
Training	3	0,7 %	12	2,7 %
Übung	39	8,6 %	45	10,1 %
Mediale Form	2	0,4 %	9	2,0 %
Filmeinsatz	0	0,0 %	9	2,0 %
Videoanalyse	2	0,4 %	0	0,0 %
Methodik studienbriefübergreifend	12	2,6 %	8	1,8 %
Zukunftswerkstatt	12	2,6 %	8	1,8 %
Methodik studienfachübergreifend	0	0,0 %	16	3,6 %
Planspiel	0	0,0 %	16	3,6 %
Insgesamt	454	100 %	447	100 %

Tabelle 5-17: Ergebnisse der deskriptiven Statistik – Präsenzphase (eigene Darstellung)

Bei den inhaltlichen Aspekten stehen Vertiefung, Wiederholung und Festigung von Studienbriefinhalten mit insgesamt 22,7 % nicht im Vordergrund der Vermittlung, sondern mit einem Anteil von 43,8 % der Diskurs von Inhalten (mit Diskussion = 22,3 % und Reflexion = 18,1 %). Beim Transfer von Inhalten macht im Rahmenablaufplan der Anteil des Transfers aus der Praxis (beispielsweise berufspraktische Erfahrungen oder praxisrelevante Probleme systematisch in die Präsenzveranstaltungen einbringen) mit 1,5 % einen sehr geringen Anteil aus – demgegenüber wird dem Transfer auf die Praxis (= 19,7 % mit einem breiten Spektrum von Methoden (Fallbeispiel = 2,7 %, Anwendung = 14,1 %, Bewertung = 2,1 %) Rechnung getragen.

Bei den methodischen Aspekten kommen im Bereich der anwendenden Form überwiegend Übungen (mit 8,6 %) in der Präsenzlehre zum Einsatz. Gegenüber der Planung (Curriculum) wird im grundständigen Studiengang Pflegemanagement das Planspiel nicht eingesetzt – demgegenüber wird die Zukunftswerkstatt nicht mit 8 Unterrichtsstunden (= 1,8 %), sondern mit 12 Unterrichtsstunden (= 2,6 %) angeboten.

Abbildung 5-27 zeigt in einem Profildiagramm die Ergebnisse des Vergleichs der Präsenzphasen zwischen Rahmenablaufplan (umgesetzt) und Curriculum (geplant) noch einmal auf.

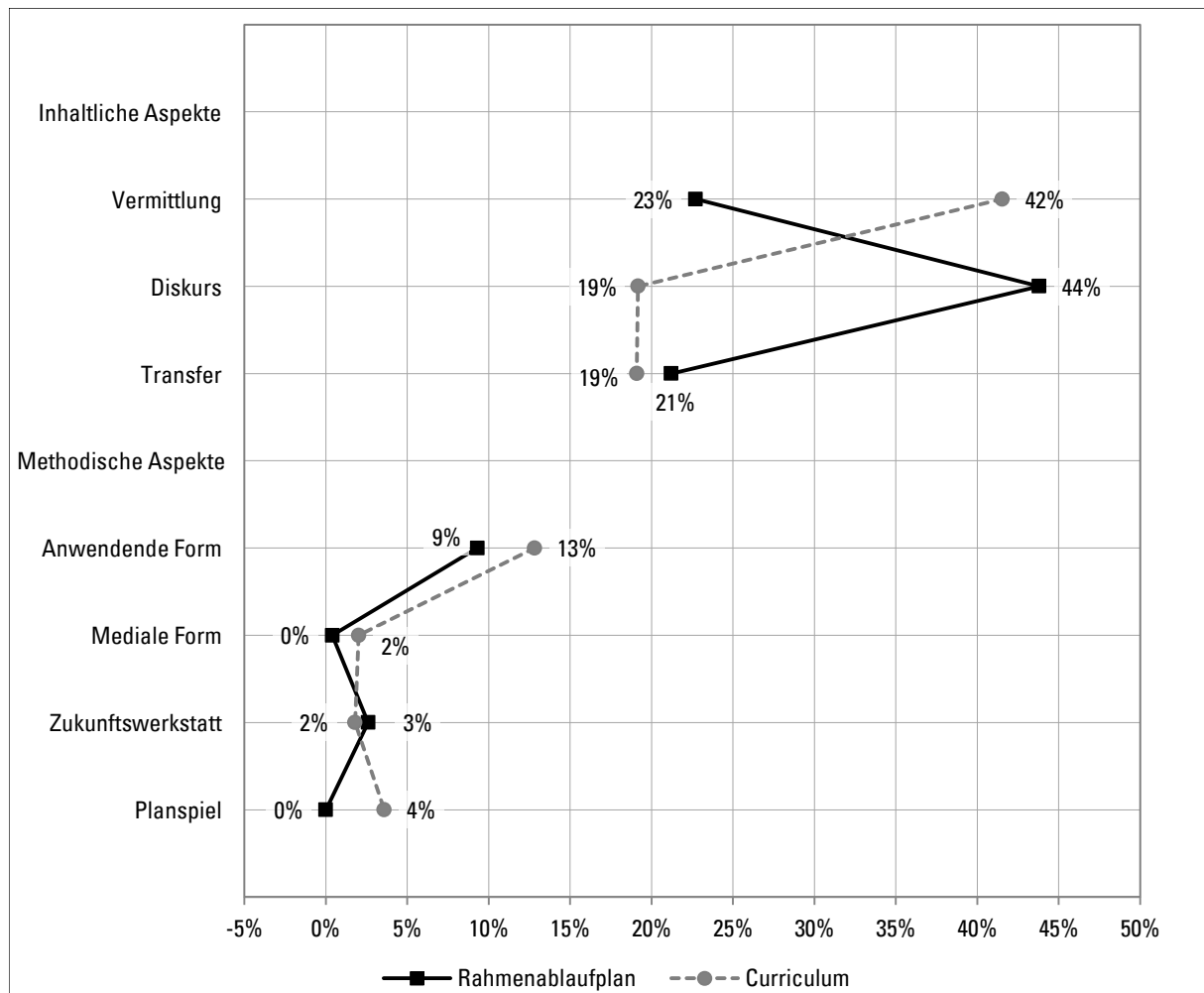


Abbildung 5-27: Vergleich der Präsenzphasen – Curriculum und Rahmenablaufplan (eigene Darstellung)

5.3.3.6.2 Spezifische Aspekte zur Methodenvielfalt

5.3.3.6.2.1 Zur Bedeutung der Zukunftswerkstatt

1 | Zu den Grundlagen der Zukunftswerkstatt. Die Zukunftswerkstatt wurde im Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule mit zwölf Unterrichtsstunden (über zwei Tage) umgesetzt. Die Anleitung für Studienzentren und Lehrbeauftragte von Kracht (2004a) bezieht sich erkennbar auf den Ansatz und die Empfehlungen zur Gestaltung

der Zukunftswerkstatt von Albers (2001). Die Informationsbroschüre beschreibt grundsätzlich die Methodik und gibt konkrete Hinweise zur Durchführung der Zukunftswerkstatt.

Zunächst erfolgen eine Charakterisierung der Zukunftswerkstatt (Definition, Ablauf, Vorbereitung) und dann die Vorstellung der Kernphasen der Zukunftswerkstatt (Kritikphase, Phantasiephase, Umsetzungsphase).

Die Zukunftswerkstatt wird als Methode verstanden, „die sich im Rahmen einer bestimmten Fragestellung um Ideensammlungen und Problemlösungen bemüht“ (Kracht 2004a: 5). Ziele sind das Betrachten eines Sachverhaltes, eines Problems aus verschiedenen Perspektiven und das „Auffinden phantasievoller, unkonventioneller, aber dennoch in der Praxis umsetzbarer Lösungsideen“ (Albers 2001: 21).

Mit der Zukunftswerkstatt als eine kreative Problemlösemethode (gedankliches Versuchslabor) sollen die drei Kompetenzen Entscheidungsfindung durch Teamarbeit, Nutzung von Synergieeffekten eines Teams und Verbesserung der Kommunikation im Team gefördert werden (vgl. Kracht 2004a: 4). Mit der Zukunftswerkstatt im Diplomstudiengang Pflegemanagement werden dabei die drei Ziele „Kennenlernen der Methode [...], Bearbeiten eines Problems aus der Praxis (aus dem Studienschwerpunktbereich), Erarbeitung praktischer Umsetzungslösungen“ verfolgt (Kracht 2004a: 4).¹²³

Zunächst werden die Leitgedanken für eine erfolgreiche Zukunftswerkstatt aufgezeigt (vgl. Albers 2001: 65 ff.). Der Ablauf einer Zukunftswerkstatt kann in vier Phasen unterteilt werden (Vorbereitungsphase, Orientierungsphase, Kernphase, Nachbereitungsphase), wobei die Kernphase einer Zukunftswerkstatt wiederum aus der Kritikphase, Phantasiephase und Umsetzungsphase besteht. Die Anleitung stellt diese drei Phasen der Kernphase ausführlich vor – wesentlicher Schwerpunkt, zentrale Fragestellung; Regeln für die Phase, Moderationsschritte in der Phase (vgl. Albers 2001: 70 ff.).

Die Zukunftswerkstatt wird an zwei Tagen mit insgesamt zwölf Unterrichtsstunden als Präsenzveranstaltung angeboten. Exemplarisch sei auf die Vorbereitungsunterlagen der im Herbstsemester 2004 durchgeführten Zukunftswerkstatt für den Studienschwerpunkt Ambulante Dienste von Steiner (2004) verwiesen zum Thema „Professionelles Management in am-

¹²³ Die Zukunftswerkstatt hat über ein methodisch abwechslungsreiches Studium und die damit verbundene Bearbeitung berufsfeldspezifischer Probleme bzw. Lösungsideen darüber hinaus den Sinn, dass (zukünftige) Pflegemanager mit der Methode der Zukunftswerkstatt auch ein interessantes Führungsinstrument an die Hand bekommen, um dieses auch (später) in der Organisation einsetzen zu können. Albers (2001) formuliert im Hinblick auf die Maßnahmen der Organisationsentwicklung und Entfaltung der Mitarbeiterpotenziale, „dass für den angestrebten Wandel, für die erforderlichen Transformationen Raum und Zeit“ in Organisationen gewährt werden sollte. „Führungskräfte und Mitarbeiter müssen abseits der Alltagsroutine und -probleme sich gemeinsam Zeit nehmen, um innezuhalten, nach neuen Möglichkeiten zu suchen, das eigene Handeln zu reflektieren und die vorhandenen Potenziale zu entwickeln.“ Zur Schaffung einer geeigneten Lern- und Arbeitsumgebung ist es eine Aufgabe von Führungskräften, „entsprechende Rahmenbedingungen innerhalb des Unternehmens zu schaffen.“ Die Zukunftswerkstatt bietet die Chance, „Lernerfahrungen anhand konkreter, realer und für die Mitarbeiter, die Abteilung oder das Unternehmen bedeutsamer Entscheidungsbereiche“ zu ermöglichen (Albers 2001: 7 f.).

bulanten Pflegediensten: Im Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit?“¹²⁴ Dieses Material gibt eine kurze Einführung in die Arbeitsmethode der Zukunftswerkstatt, liefert einen detaillierten Ablaufplan der beiden Tage (erster Tag mit der Orientierungsphase, Kritikphase und Phantasiephase I; zweiter Tag mit der Phantasiephase II, Umsetzungsphase und Abschlussphase) und hält Informationsmaterial in Form von Beiträgen zur inhaltlichen Vorbereitung für die Studierenden bereit. Darüber hinaus werden den Teilnehmern die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt zur Verfügung gestellt und es wird ein Diskussionsforum eingerichtet.¹²⁵

In der Anlage der Anleitung befinden sich im Hinblick auf die Dokumentation und Evaluation der Zukunftswerkstatt im Diplomstudiengang Pflegemanagement ein Dozentenbogen und ein Studierendenbogen zu verschiedenen Kategorien und Items:

- Der Studierendenbogen bezieht sich auf die zehn Kategorien Erwartung, Zeit, Thema, Methodenkompetenz des Dozenten (mit den Items Organisation, Ablaufgestaltung; Kritikphase, Phantasiephase, Umsetzungsphase), Moderationskompetenz des Dozenten, Grad der Beteiligung, Beurteilung der eigenen Mitarbeit, Übertragbarkeit auf Berufspraxis, persönlicher Gewinn und Zufriedenheit mit Tagungsort. Eingesetzt werden unterschiedliche Skalenniveaus bzw. die Studierenden können ergänzende schriftliche Erläuterungen zu den einzelnen Items vornehmen. Abschließend erfolgt die Gesamtbeurteilung der Zukunftswerkstatt auf einer siebenstufigen Skala sowie der Möglichkeit, Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge als Freitext abzugeben.
- Der Dozentenbogen bezieht sich mit den Kategorien einerseits auf die Struktur der inhaltlichen Ausführung (Studienzentrum, Moderation, Studierende, Einstieg) und andererseits auf die Auswertung der einzelnen Phasen. Dazu werden die Dozenten aufgefordert, eine kurze schriftliche Auswertung und auf einer siebenstufigen Skala eine Einschätzung durch Ankreuzen vorzunehmen. Zusätzlich sollen die Arbeitsergebnisse der jeweiligen Phasen dokumentiert werden. Ergänzend können die Dozenten fünf Fragen (Zeit, Thema, Organisation, Rahmenbedingungen, Mitarbeit der Studierenden) auf unterschiedlichem Skalenniveau beantworten und ein persönliches Resümee als Freitext abgeben.

2 | Zur Evaluation der Zukunftswerkstatt. Es liegen zwei Auswertungen der erstmalig durchgeführten Zukunftswerkstatt aus dem Frühjahrssemester 2004 von sieben Studienzentren vor. Insgesamt haben 70 Studierende (N = 70) und sieben Dozenten (N = 7) an der Befragung teilgenommen (vgl. Kracht 2004b – c). Die Freitextangaben sind allerdings nur aufgelistet – aber

¹²⁴ Weitere vorgeschlagene Themen im Frühjahrssemester 2004 waren für den Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung beispielsweise „Umsetzung der DRG – Pflege auf Schmalspur“, „Stellung und Rolle des Pflegemanagements im Krankenhausmanagement“ oder „Kostendruck und Qualität – zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit“ und für den Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe beispielsweise „Bis 70 arbeiten – und dann ins Altenheim?“ oder „Pflege 2030“ sowie für den Studienschwerpunkt Ambulante Dienste beispielsweise „Kundenbindung – wirtschaftliche Absicherung“ oder „Eine elegante Lösung – ambulante Wohngemeinschaften für Ältere“ (vgl. Kracht 2004b – c).

¹²⁵ Nach Auskunft von Ihne (2012) liegen zur Zukunftswerkstatt im Diplomstudiengang Pflegemanagement keine kompletten Themenübersichten im Zeitverlauf vor (von Beginn 2004 bis jetzt) und es gibt keine zusammenfassende Ergebnisdarstellung bislang durchgeführter Zukunftswerkstätten bzw. keine systematische Auswertung der Evaluationsbögen für Studierende und Dozenten (vgl. Ihne 2012).

nicht inhaltlich gruppiert oder quantitativ nach bestimmten Begriffen ausgewertet worden (dies wird für zentrale Kategorien hier nachgeholt). Die zentralen Ergebnisse der Studierendenbefragung und der Dozentenbefragung werden kurz vorgestellt:

Auf die geschlossene Frage, ob die Erwartungen an die Zukunftswerkstatt erfüllt wurden, geben 33 Studierende ja ($n = 33$) und 25 weitgehend an ($n = 25$). Insgesamt 15 offene Freitextäußerungen ($N = 15$ Nennungen) liegen zu dieser Kategorie vor – fünf Angaben ($n = 5$ Nennungen) beziehen sich dabei auf den Zeitmangel („Zeit zu kurz“). Dazu passt, dass insgesamt 39 Studierende ($n = 39$) bei der geschlossenen Frage im Hinblick auf die Länge der Zeit „zu kurz“ angeben; auch die offenen Freitextäußerungen ($n = 13$) beziehen sich darauf („sehr verdichtet“, „einige Bereiche konnten nur angerissen werden“, „viel zu kurz“). 69 Studierende ($n = 69$) bewerten das Thema der Zukunftswerkstatt als aktuell (geschlossene Frage). Darüber hinaus beurteilen die Studierenden bei den geschlossenen Fragen die Methodenkompetenz des Dozenten überwiegend positiv – im Hinblick auf die Organisation des Seminars ($n = 53$ sehr zufrieden), auf die Ablaufgestaltung ($n = 50$ sehr übersichtlich), auf die Kritikphase ($n = 25$ sehr gut herausgearbeitet und $n = 38$ gut herausgearbeitet), auf die Phantasiephase ($n = 29$ sehr gut herausgearbeitet und $n = 29$ gut herausgearbeitet) und auf die Umsetzungsphase ($n = 26$ sehr gut herausgearbeitet und $n = 20$ gut herausgearbeitet). Insbesondere bei der Kernphase der Zukunftswerkstatt wird in den offenen Freitextnennungen ($N = 29$) die „fehlende Zeit“ kritisiert ($n = 15$), um beispielsweise „auf kreative Ideen zu kommen“. Bei den geschlossenen Fragen schätzen 35 Studierende ($n = 35$) die Methodenkompetenz des Dozenten als hoch ein und bewerten 34 Studierende ($n = 34$) ihre Beteiligung am Seminar als hervorragend.

Auf die offene Frage, was die Studierenden von der Zukunftswerkstatt auf ihre Berufspraxis übertragen können, liegen insgesamt 60 Freitextäußerungen vor ($N = 60$ Nennungen). Nach Begriffen gruppiert, können hier 17 Nennungen ($n = 17$) der grundsätzlichen Methode bzw. der Vorgehensweise ($n = 2$) zugeordnet werden (beispielsweise als „eine sehr gute Methode zur Problemlösung“ oder „zur Teamentwicklung“); darüber hinaus verweisen einige Äußerungen speziell auf die Moderationsmethode ($n = 6$ Nennungen). Für einige Studierende ist die Zukunftswerkstatt auch ein geeignetes Instrument für Veränderungsprozesse oder zur Prozessoptimierung ($n = 3$ Nennungen). Studierende haben aber auch „neue Ideen und Vorschläge“ bzw. „Ideen, um Probleme zu lösen“ erhalten ($n = 3$) oder sind angeregt worden, „die Praxis zu reflektieren und neue Ansätze einzusetzen“ ($n = 1$).

Zur offenen Frage „Was nehmen Sie persönlich aus der Zukunftswerkstatt mit?“ liegen insgesamt 50 Freitextnennungen vor ($N = 50$). Auch hier gibt es einige Äußerungen, die sich auf die Methode (zur Problemlösung) ($n = 14$ Nennungen) oder auf die Moderationsmethode (für die berufliche Arbeit) beziehen ($n = 3$ Nennungen). Studierende haben Ideen, Anregungen bzw. Visionen für die praktische Arbeit erhalten ($n = 5$ Nennungen), heben den Erfahrungsaustausch, den (kollegialen) Dialog bzw. die Teamarbeit und das damit verbundene „breite Spektrum an Lösungsmöglichkeiten“ hervor ($n = 5$ Nennungen) oder betonen, dass die Zu-

kunftswerkstatt ihnen Anregungen gegeben hat, „über die künftige Situation in der Pflege nachzudenken“ (n = 1).

Bei der abschließenden Gesamtbeurteilung der Zukunftswerkstatt geben auf einer siebenstufigen Skala 31 Studierende (n = 31) sehr zufrieden und 26 Studierende (n = 26) zufrieden an. Im Hinblick auf die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge seitens der Studierenden (offener Freitext) sind insgesamt 25 Nennungen zu verzeichnen (N = 25). Hier beziehen sich die meisten Äußerungen ebenfalls auf die Zeitknappheit (n = 11 Nennungen); Studierende wünschen sich aber auch, dass die Zukunftswerkstatt „bereits früher im Studium angeboten“ oder „häufiger in Präsenzphasen integriert“ wird (n = 2 Nennungen) – ein Studierender bedankt sich „für den Tag voller neuer Ideen und Eindrücke“ (n = 1).

Sechs von sieben Dozenten (n = 6) beurteilen die Zukunftswerkstatt bei den geschlossenen Fragen im Hinblick auf die Länge der Zeit als zu kurz; alle sieben Dozenten (n = 7) halten das Thema der Zukunftswerkstatt aus Ihrer Sicht für aktuell. Vier Dozenten (n = 4) stufen die Mitarbeit der Studierenden als hoch ein – eine offene Freitextangabe in dieser Kategorie hebt die aktive Mitarbeit und die „guten, zielgerichteten Vorschläge und Anregungen“ hervor. Zum persönlichen Resümee der Dozenten liegen 21 offene Freitextangaben vor (N = 21 Nennungen): Dabei beziehen sich beispielsweise vier Äußerungen (n = 4 Nennungen) auf den Zeitdruck („deutlich zu wenig Zeit“) – insbesondere in der Phantasiephase; vier Angaben (n = 4) stufen explizit die Idee der Zukunftswerkstatt als sehr gut ein („sollte unbedingt weitergeführt werden“) und zwei Dozenten halten die Zukunftswerkstatt als Methode der Kreativitätsentfaltung und Entwicklung von Visionen als „sehr gut von Studierenden selbst anwendbar“ und „sehr geeignet, um aktuelle Themen in einer Gruppe zu bearbeiten“ (n = 2 Nennungen).

5.3.3.6.2.2 Zur Bedeutung eines Planspiels

Das Planspiel wurde im Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule nicht umgesetzt.

Planspiele sind „als dynamische Modelle der Realität jeweils auf bestimmte Inhalte ausgerichtet. [...] Das Simulationsmodell bezieht sich auf reale Systeme, Systemelemente und deren Wechselwirkungen, Systemumwelten und Ressourcen. Bei Planspielen wird das Simulationsmodell durch Formen des Spiels in Anwendung und Interaktion gebracht. Hierbei sind die Spielregeln und die im Spiel definierten Rollen dafür verantwortlich, welche Arten und welche Grenzen und Freiheitsgrade in der Interaktion zwischen den handelnden Akteuren möglich sind“ (Auinger, Kriz 2012: 8).¹²⁶

Planspiele bieten dabei grundsätzlich die Möglichkeit, „unternehmerisches Denken und Handeln in der Simulation zu üben, um es anschließend in der eigenen Praxis umzusetzen.“ Plan-

¹²⁶ Es gibt ganz unterschiedliche Planspiele – z. B. Rollenspiele (mit und ohne computergestützten Simulation), haptische Brettspiele, verhaltensorientierte Simulation oder webbasierte Fernplanspiele (vgl. Eiselen et al. 2014: 38).

spielteilnehmer lernen beispielsweise, welche internen oder externen Faktoren Einfluss auf den Erfolg eines Unternehmens haben. „Im Vordergrund steht das teamorientierte, ganzheitliche [...] Denken und Handeln“ (Högsdal 1996: 13). Mit Planspielen werden vorrangig die folgenden Ziele verfolgt – das Umsetzen von Strategien und Maßnahmen; die Früherkennung, Analyse und Beurteilung von kritischen Situationen; die Folgen von getroffenen Entscheidungen transparent machen; das Erkennen von (unternehmerischen) Zusammenhängen und das Verständnis für die Auswirkungen gruppenspezifischer Prozesse auf beispielsweise Entscheidungen (vgl. Högsdal 1996: 14).

Zentrales Element bei Planspielen ist die Nachbesprechung (gemeinsame Reflexion des Erlebten), die aus vier Prozessen besteht – Spielanalyse, Spielreflexion, Transfer, Lerneffekt (vgl. Eiselen et al. 2014: 38). „Planspiele beinhalten Akteure, Regeln und Ressourcen [...] und „sind der Realität angenäherte Modelle, in denen aber immer Menschen als ‚Mitspieler‘ Rollen übernehmen und konkrete Entscheidungen treffen müssen“ (Kriz 2007a: 16). Planspiele lassen sich deshalb in einem dreidimensionalen Schema verorten – Spiel/Regeln, Akteure/Rollen, Simulation/Ressourcen (vgl. Eiselen et al. 2014: 38 ff., Kriz 2007a: 16 ff.).

Kriz (2011b, 2007b) stellt in den beiden Sammelbänden Ansätze, Konzepte und Methoden sowie praktische Umsetzungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Einsatzfeldern von Planspielen sowohl für die Personalentwicklung als auch für die Organisationsentwicklung vor:¹²⁷

- „Planspiele eignen sich sowohl für die Förderung allgemeiner Managementkompetenz im Umgang mit komplexen Systemen, als auch für die Unterstützung des Wissens- und Kompetenzerwerbs bei bereichsspezifischen Schulungsmaßnahmen im Rahmen der Personal- und Teamentwicklung“ (Kriz 2011a: 18 f.). Planspiele beziehen sich für den Kompetenzerwerb auf praxisnahe Lernfelder mit realistischem Komplexitätsgrad und Entscheidungs- bzw. Handlungsspielraum, ermöglichen somit den Umgang mit realen Problemen und realitätsnahen Situationen und bieten den Spielteilnehmern eine unmittelbare Rückmeldung von Handlungsfolgen. „In individuellen wie auch gemeinsamen Reflexionsphasen wird das in Planspielen Erlebte bewertet, da hier die simulierten Systemzusammenhänge und die mentalen Modelle der Beteiligten diskutiert und Transfer-Erkenntnisse für die berufliche Arbeitswelt der Teilnehmenden generiert werden“ (Kriz 2011a: 19).¹²⁸
- Mit Planspielen können organisatorische Veränderungssituationen gemeistert und die Fähigkeiten für Veränderungsprozesse von (angehenden) Führungskräften gefördert werden

¹²⁷ Geilhardt und Mühlbradt (1995a) haben schon früh auf die vielseitigen Möglichkeiten von Planspielen im Bereich des Personal- und Organisationsmanagements hingewiesen und konkrete Anwendungen aufgezeigt. Planspiele werden dabei als „Lern- und Entwicklungsmethode der zunehmenden Komplexität [...] unserer Wirklichkeit am ehesten gerecht“ und sind eine „akzeptierte und breit eingesetzte Methode im Personal- und Organisationsmanagement“ (Geilhardt, Mühlbradt 1995b: 10).

¹²⁸ Karl (2011) stellt für kompetenzorientierte Planspiele ein Entwicklungsrahmen zur Konzeption in der Aus- und Weiterbildung vor – und verweist diesbezüglich auf Brettbasierte Planspiele in der akademischen Ausbildung (vgl. Karl 2011: 52 f.). Högsdal et al. (2011) verweisen in ihrem Beitrag auf die Möglichkeit, Mitarbeiterführung durch Planspiel zu erlernen und präsentieren diesbezüglich ein Konzept (mit Seminarablauf) zum Aufbau von Führungskompetenzen – mit dem Planspiel können „typische Problemsituationen in der Führungsarbeit (simuliert)“ dargestellt werden (Högsdal et al. 2011: 104).

(Auinger, Kriz 2012).¹²⁹ Planspiele stellen „fehlerfreundliche Umwelten“ dar und ermöglichen gemeinsames kooperatives Probehandeln, d. h. das Planen sinnvoller Handlungsstrategien, ihre Ausführung und Optimierung“ (Auinger, Kriz 2012: 9 f.). Methodisch eignen sich Planspiele grundsätzlich „zum Erwerb von Kompetenzen für den Umgang mit Systemen, zur Simulation von Auswirkungen von Systemeingriffen und somit zur Entscheidungsfindung für die Auswahl von möglichst effizienten und gleichzeitig humanen Strategien für die Gestaltung von Organisationen und deren Veränderungen. [...] Planspiele ermöglichen Innovation und Veränderung in idealer Weise, da hierbei die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe nicht sofort real verändert werden. [...] Planspiele können als Simulation von Organisationsprozessen dazu beitragen, konkrete Problemstellungen aus der Praxis einer Organisation zu bearbeiten und Problemlösungen bereitzustellen, die dann als Transfer wieder für reale Veränderung dieser Organisation genützt werden“ (Auinger, Kriz 2012: 8).¹³⁰

Die Vorteile von Planspielen werden darin gesehen, dass einerseits alle möglichen Alternativen ohne reale Konsequenzen durchgespielt, ihre Folgewirkungen systematisch reflektiert bzw. analysiert werden können und andererseits eine unmittelbare Rückmeldung von Handlungsstrategien erfolgt (vgl. Auinger, Kriz 2012: 8 ff.).

5.4 Resümee

Der Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule wird in der entwickelten Systematik zu den managementorientierten Studiengängen mit einer bereichsübergreifenden Perspektive eingeordnet. Nur die Diplomstudiengänge dieses Bereichs könnten (mit erheblichen Einschränkungen) hinsichtlich des Fächerspektrums und der Fächeranteile direkt miteinander verglichen werden (vgl. Gutachten II FFH 2000) – und dies auch nur bei den Studiengängen mit einer Fächerstruktur (ohne den Diplomstudiengang Pflegemanagement der Evangelischen Fachhochschule Hannover). Aber selbst auf der Basis der Studienordnungen und Prüfungsordnungen (ohne den Studiengang Pflege/Pflegemanagement der Fachhochschule Esslingen) ist eine vergleichende Analyse mit dem Ziel einer genaueren Verortung des Diplomstudienganges Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule mit anderen Präsenzstudiengängen (n = 15) nur schwer möglich, da beispielsweise in den Ordnungen häufig die genaue Zuordnung von Studienfächern oder Studieninhalten zu z. B. Studienbereichen nicht ersichtlich ist oder die Studienfächer oder Studieninhalte beispielsweise

¹²⁹ Beispielhaft sei hier auf das Planspiel SysTeamsChange zum Veränderungsmanagement hingewiesen (vgl. Kriz, Hansen 2007; Eiselen et al. 2014: 40). Dieses Planspiel wird nicht nur in Organisationen (z. B. für Projektleiter), sondern auch an Hochschulen eingesetzt (z. B. für Studierende in Managementstudiengängen) – dann spielen aber eher „die konkrete Vermittlung von Theorieaspekten und deren Zusammenwirken eine zentrale Rolle“ (Eiselen et al. 2014: 40).

¹³⁰ Kriz (2007a) unterscheidet zwischen geschlossenen und offenen Planspielen. Bei den geschlossenen Planspielen „erhalten die Teilnehmer genaue Instruktionen im Rahmen eines fest vorgegebenen, nicht von den Spielern beeinflussbaren und von ‚Experten‘ entworfenen Simulationsmodells“ (Kriz 2007a: 22). Bei offenen Planspielen „sind Simulationsmodell, Regeln und Ablauf [...] nicht vorgegeben, sondern sie werden durch die Teilnehmer selbst mitkonstruiert. [...] Als Wissensmanagementmethode und in der Organisationsentwicklung sind offene Planspiele wesentlich ertragreicher, da sie ein eher informelles und implizites Lernen anregen und sich stärker für den Erwerb von Handlungskompetenz zur flexiblen Bewältigung neuartiger komplexer Anforderungssituationen eignen“ (Kriz 2007a: 23).

nicht einheitlich bis auf die Ebene von zwei Semesterwochenstunden ausgewiesen sind. Eine fundierte quantitative Auswertung wäre nur auf der Basis sämtlicher Lehrpläne der bereichsspezifischen Diplomstudiengänge Pflegemanagement möglich. Deutlich wird aber, dass die Präsenzstudiengänge in diesem Bereich zum Teil andere Studienfächer als der Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule anbieten – wie z. B. Volkswirtschaftslehre, Medizin, Ethik (in der Pflege), Englisch oder Mitarbeiterführung. Auf der einen Seite bieten nur wenige grundständige Studiengänge aber Pflegemanagement bzw. Pflege- und Sozialmanagement (als eigenständiges Studienfach oder als eigenständigen Studienbereich) an. Auf der anderen Seite weisen vier andere Diplomstudiengänge aber ebenfalls eine arbeitsfeldorientierte bzw. organisationspezifische Schwerpunktbildung bzw. Differenzierung auf.

Zunächst wird der Diplomstudiengang Pflegemanagement hinsichtlich der konzeptionellen Aspekte (Studienangebot, Studienprofil, Studienmaterial), der strukturellen Merkmale (Curriculum, Studienbrief, Rahmenablaufplan) und der didaktischen Prinzipien dokumentiert – dazu wird auf das Curriculum (Grundlegung, Umsetzung, Vermittlung) eingegangen.

Im Hinblick auf die Evaluation des grundständigen Studienganges wird zunächst das Bewertungskriterium der Studierbarkeit auf der Basis der prüfungsrelevanten Studienmaterialien quantitativ analysiert. Danach erfolgt eine Inhaltsanalyse der Hausarbeitstitel der drei schriftlichen (freigewählten) Hausarbeiten Projektmanagement, Empirische Studie und Diplomarbeit. Dazu wird ein Kategorienschema entwickelt und angewandt. Hier wird das Verhältnis zwischen der beruflichen Tätigkeit und des Fernstudiums als Bewertungskriterium durch die Scharnierfunktion der Hausarbeiten (relevante Themen aus der beruflichen Praxis, wissenschaftliche Aspekte aus dem Studium) untersucht.

Die zentralen Diplomarbeitsthemen werden in einem induktiven Verfahren gruppiert (N = 718 abzüglich n = 36 Sonstige).

- Pflege und Pflegewissenschaft (Gruppe 1 | n = 222): Pflege (44), Pflegeaufwand (7), Pflegedokumentation (7), Pflegekonzept (6), Pflegevisite (6), Pflegeprozess (5), Pflegequalität (4), Pflegediagnose (3), Pflegeleistung (3), Pflegeorganisation (2), Pflegeplanung (1), Dokumentation (2), Standard (1), Interkulturelle Pflege (8), Diagnosis Related Groups (10), Demenz (22), Palliativ (10), Sturz (10), Schmerz (7), Sterben (7), Dekubitus (3), Stützpunkt (3), Betreuung (2), Wund (1), Patient (2), Patientenedukation (2), Fehler (1), Patientenautonomie (1), Patienteninformation (1), Ernährung (9), OP (1), Gewalt (7), Wohnen (10), Angehörige (8), Beratung (6).
- Betriebswirtschaft und Management (Gruppe 2 | n = 156): Qualitätsmanagement (20), Kundenzufriedenheit (11), Balanced Scorecard (6), Zertifizierung (2), Wissensmanagement (12), Case Management (10), Entlassungsmanagement (10), Prozessmanagement (10), Klinischer Pfad (1), Risikomanagement (8), Strategisches Management (8), Betriebliches Management (7), Pflegemanagement (6), Management (3), Personalmanagement (3), Schnittstellenmanagement (3), Beschwerdemanagement (2), Lean Management (2), Projektmanagement (1), Selbstmanagement (1), Verhandlung (1), Marketing (16), Controlling

- (4), Businessplan (2), Fundraising (2), Kostenrechnung (2), Umfeldanalyse (2), Öffentlichkeitsarbeit (1).
- Personal und Führung (Gruppe 3 | n = 114): Personalentwicklung (21), Personalführung (12), Personalbindung (7), Personalbeschaffung (4), Personalgespräch (4), Personalgewinnung (4), Personalbedarf (2), Personaleinarbeitung (2), Personalfluktuatation (2), Personalpolitik (2), Personalbeurteilung (1), Personalplanung (1), Fortbildung (6), Betriebliche Eingliederung (3), Potenzialanalyse (1), Führung (11), Führungskräfteanforderung (7), Führungskräfte (6), Führungskräfteentwicklung (2), Führungsaufgabe (1), Führungsgrundsätze (1), Führungskräfteauswahl (1), Führungsstil (1), Mitarbeiterzufriedenheit (8), Mitarbeitermotivation (1), Motivation (3).¹³¹
 - Arbeit und Gesundheit (Gruppe 4 | n = 69): Betriebliche Gesundheitsförderung (12), Gesundheitsförderung (7), Arbeitszufriedenheit (3), Gesundheit (3), Arbeitsbelastung (2), Arbeitsfähigkeit (2), Burnout (2), Psychische Belastung (2), Stress (2), Mitarbeitergesundheit (3), Mobbing (3), Aufgabenverteilung (8), Vergütung (6), Fachkräftemangel (5), Arbeitszeit (4), Fehlzeit (2), Arbeitssituation (1), Alternsgerechte Arbeitsgestaltung (2).
 - Organisation und Organisationsentwicklung (Gruppe 5 | n = 41): Unternehmenskommunikation (6), Unternehmenskultur (4), Unternehmensangliederung (1), Unternehmensfusion (1), Unternehmensimage (1), Organisationsentwicklung (10), Gründung (6), Organisation (3), Lernende Organisation (2), Zusammenlegung (2), Leitbild (1), Kommunikation (3), Anreiz (1).
 - Ausbildung und Beruf (Gruppe 6 | n = 35): Ausbildung (9), Akademisierung (5), Berufliche Kompetenz (5), Berufsbild (2), Professionalisierung (2), Pflegeberuf (12).
 - Gesundheitssystem und Versorgung (Gruppe 7 | n = 30): Gesundheitsreform (1), Gesundheitswesen (3), Integrierte Versorgung (7), Stationäre Altenhilfe (6), Finanzierung (3), Pflegeversicherung (2), Versorgung (7), Ehrenamt (1).
 - Werte und Wandel (Gruppe 8 | n = 15): Demografischer Wandel (4), Ethik (4), Lebensqualität (2), Selbstbestimmung (2), Wertewandel (1), Altern (2).

Die meisten Diplomarbeiten werden in der Gruppe 1 Pflege und Pflegewissenschaft (mit 33,03 %) geschrieben, danach folgt die Gruppe 2 Betriebswirtschaft und Management (mit 22,87 %), dann die Gruppe 3 Personal und Führung (mit 16,71 %), Gruppe 4 Arbeit und Gesundheit (mit 10,10 %), Gruppe 5 Organisation und Organisationsentwicklung (mit 6,01 %), Gruppe 6 Ausbildung und Beruf (mit 5,13 %), Gruppe 7 Gesundheitssystem und Versorgung (mit 4,39 %) und Gruppe 8 Werte und Wandel (mit 2,19 %).

Zum Bewertungskriterium der Zufriedenheit mit dem grundständigen Studiengang Pflegemanagement und dem Studienerfolg werden die (bereits erhobenen) Rohdaten der Hamburger Fern-Hochschule (Studierendenbefragung, Absolventenbefragung) sekundäranalytisch nach den zielführenden Kriterien und Items hin ausgewertet.

¹³¹ Die Begriffe Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit werden beide aufgeführt; aus den Hausarbeitstiteln heraus ist nicht erkennbar, ob Mitarbeiterzufriedenheit als ein Aspekt des Qualitätsmanagements oder im Zusammenhang mit dem arbeitswissenschaftlichen Ansatz von Arbeitszufriedenheit gesehen wird.

Das Studienmaterial wird überwiegend mit gut (aufbereitet) bewertet. Beim zeitlichen Aufwand für das Studium liegen etwas mehr als zehn Prozent der Studierenden bei der subjektiven Selbsteinschätzung über den kalkulierten 15 Stunden pro Woche (die Auswertung der Studierbarkeit kommt bei vier Seiten pro Stunde auf 17 Stunden in der Woche). Der Anspruch des Studiums ist hoch – trotzdem können private Interessen bzw. berufliche Verpflichtungen gut mit dem Fernstudium vereinbart werden. Die globalen Zufriedenheitswerte mit dem Diplomstudiengang Pflegemanagement und der Hamburger Fern-Hochschule sind durchweg hoch. Bei allen drei beruflichen Handlungskompetenzen wird die Vermittlung im grundständigen Studiengang Pflegemanagement überwiegend mit sehr gut und gut bewertet.

Zur strukturellen Bewertung der Präsenzphase wird ein Kategorienschema zur Inhaltsanalyse entwickelt und auf den grundständigen Diplomstudiengang im Hinblick auf das Curriculum (Planung) und Rahmenablaufplan (Umsetzung) bezogen. Hier kommen bei den verschiedenen Studienfächern in der Präsenzlehre unterschiedliche Methoden in einer spezifischen Gewichtung zum Einsatz. Insgesamt überwiegen inhaltliche Aspekte (Vermittlung, Diskurs, Transfer). Die Zukunftswerkstatt (als eine besondere Methode) ist im Diplomstudiengang Pflegemanagement umgesetzt worden – und wird im Ergebnis (einer sekundäranalytischen Auswertung vorhandener Materialien) von den Studierenden und Lehrbeauftragten insgesamt positiv bewertet. Das im Curriculum ausgewiesene Planspiel wurde nicht umgesetzt – es wird hier auf die Bedeutung dieser Methode im Rahmen einer Managementausbildung eingegangen.

Zusammenfassung

Der Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule bereitet die Studierenden im Fernstudium theoretisch und praktisch auf die vielfältigen komplexen Managementaufgaben in Organisationen mit Pflegebezug vor. Der grundständige Studiengang Pflegemanagement bietet vor allem berufserfahrenen Pflegekräften die Möglichkeit, das damit verbundene notwendige Wissen sowie die entsprechenden Kompetenzen und Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben. Der grundständige Studiengang Pflegemanagement ordnet sich in die Studienstruktur und in das Studienkonzept der Hamburger Fern-Hochschule ein. Er besteht aus einem eher theoriebezogenen Grundstudium sowie einem stärker anwendungsorientierten Hauptstudium mit individuellen Wahlmöglichkeiten und tätigkeitsbezogenen Akzentsetzungen bzw. arbeitsfeldorientierten Differenzierungsmöglichkeiten.

Im Rahmen eines synoptischen Vergleichs der Studienordnungen und Prüfungsordnungen aller 29 grundständigen Studiengänge in Deutschland zum Bereich Pflegemanagement (seit den 1990er Jahren bis zur Umstellung der Studienstrukturen an den Hochschulen) kann der grundständige Studiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule in die managementorientierten und bereichsspezifischen Studiengänge eingruppiert werden. Diese Diplomstudiengänge bereiten die Studierenden akademisch auf Leitungs- und Führungsaufgaben der (vertikalen) mittleren und oberen Managementebenen vor. Im Vergleich zu den anderen Diplomstudiengängen in dieser Gruppe betont der grundständige Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule besonders eine betriebswirtschaftliche und managementorientierte Qualifikation – beispielsweise durch die Wahlpflichtfächer Personalmanagement, Qualitätsmanagement, Organisationsmanagement.

Der grundständige Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule bietet als ein besonderes Kennzeichen das Studienfach Pflegemanagement an (St. Galler Managementansatz) – damit ist im Studium eine Reflexion über das Pflegemanagement und eine Konzeptualisierung von Pflegemanagement unter einer ganzheitlichen Perspektive gegeben.

Die Präsenzveranstaltungen sind methodisch vielfältig angelegt – Methoden wie die Zukunftswerkstatt sind integraler Bestandteil der akademischen Qualifizierung. Die Zukunftswerkstatt wird insgesamt sehr positiv bewertet. Eine Inhaltsanalyse der Präsenzphase auf der Basis eines entwickelten Kategorienschemas weist dies nach. Allerdings wird das ursprünglich im Curriculum ausgewiesene interdisziplinäre Planspiel in der Präsenzphase nicht angeboten – ein fächerübergreifend (ganzheitlich) angelegtes Planspiel für die akademische Managementausbildung im Pflegebereich wird für sinnvoll erachtet.

Die Potenziale der methodischen Vermittlungsmöglichkeiten in einem präsenzgestützten, managementorientierten Studiengang an der Hamburger Fern-Hochschule werden im Diplomstudiengang Pflegemanagement für (zukünftige) Führungskräfte nicht voll entfaltet. Beim Transfer von Inhalten werden zwar Methoden wie Fallbeispiel, Anwendung oder Bewertung als Formen „auf die Praxis“ in der Präsenzlehre eingesetzt, aber der Transfer von Inhalten

„aus der Praxis“ wie Problem, Anforderung oder Projekt wird zu wenig systematisch in der Präsenzlehre berücksichtigt.

Weiteres Kennzeichen des grundständigen Studienganges ist der nach didaktischen Kriterien gestaltete Studienaufbau und nach deduktiven Prinzipien geformte Studienablauf.

Anlage und Ergebnis der Studie

Die vorliegende Studie fragt dabei grundsätzlich nach der Umsetzung bzw. Ausgestaltung der Bewertungskriterien im grundständigen Studiengang Pflegemanagement im Zusammenhang mit dem Hamburger Fernstudienmodell.

Die Dissertation versucht, Aspekte der allgemeinen Managementlehre und spezifische Facetten einer Konzeption von Pflegemanagement sowie Ergebnisse empirischer Studien zu den Qualifikationsanforderungen zum Pflegemanagement auf den Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule zu beziehen.

Zur Evaluation des grundständigen Studienganges Pflegemanagement werden die Bewertungskriterien herangezogen zur Struktur des Selbststudiums (didaktischer Aufbau und Abfolge des Studienganges und der Studienfächer, Gewichtung und Bedeutung der Studienfächer und Studieninhalte, didaktische Strukturierung der Studienmaterialien, Praxisrelevanz und Anwendungsbezug) und zur Struktur der Präsenzphase (Gewichtung und Bedeutung der Studienfächer und Studieninhalte, methodische Vielfalt und Medieneinsatz im Studiengang und im Studienfach, didaktische Strukturierung der Präsenzlehre, Praxisrelevanz und Anwendungsbezug). Darüber hinaus beziehen sich die Evaluationskriterien auf das Verhältnis Selbststudium – Präsenzphase (quantitative Relation, inhaltliche Verzahnung, ausgewogenes Verhältnis) und auf das Verhältnis Berufliche Tätigkeit – Fernstudium (eigenständige Erarbeitung von Problemlösungen, theoretisches Wissen in der beruflichen Tätigkeit anwenden, aus der beruflichen Tätigkeit wissenschaftliche Fragestellungen ableiten). Studierbarkeit (zeitlicher Aufwand) und Zufriedenheit mit dem grundständigen Studiengang Pflegemanagement im Hinblick einerseits auf die Qualität der Lehre (Studierendenbefragung) und andererseits auf die Qualität des Studiums (Absolventenbefragung) sind weitere Kriterien.

Die vorliegende Studie analysiert einerseits sekundäranalytisch die zur Verfügung gestellten internen Rohdaten der Hamburger Fern-Hochschule zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement (im Hinblick auf die Bewertungskriterien Qualität der Lehre und Qualität des Studiums) und andererseits inhaltsanalytisch die vorliegenden Materialien und Dokumente zum grundständigen Studiengang Pflegemanagement (von 1998 bis 2014) im Hinblick auf die Bewertungskriterien Struktur des Selbststudiums, Struktur der Präsenzphase und zum Verhältnis von Selbststudium zur Präsenzphase sowie zur Studierbarkeit.

Methodischer Kern und inhaltlicher Fokus der Dissertation ist die Inhaltsanalyse der Hausarbeitstitel der drei im grundständigen Studiengang Pflegemanagement abzuleistenden schriftlichen (freigewählten) Hausarbeiten – dazu wird ein allgemein anwendbares Kategorienschema

induktiv entwickelt und auf 2.450 Hausarbeitsthemen deduktiv angewandt und nach Begriffen bzw. Begriffspaaren in Haupt- und Nebenkategorien quantitativ im Hinblick auf das Bewertungskriterium Verhältnis der beruflichen Tätigkeit zum Fernstudium ausgewertet.

Die Ergebnisse der Studierendenbefragung zur Qualität der Lehre (Einschätzung der Qualität des Studienmaterials, Zufriedenheit mit der Präsenzlehre und mit dem Studium insgesamt) und der Absolventenbefragung zur Qualität des Studiums (Studienerfolg im Hinblick auf die Vermittlung beruflicher Kompetenzen) sind durchweg positiv.

Der grundständige Studiengang Pflegemanagement zeichnet sich sowohl durch ein ausgewogenes Verhältnis der beiden zentralen Studienfächer Allgemeine und Spezielle Betriebswirtschaftslehre sowie Pflegewissenschaft als auch durch eine starke Managementorientierung aus; insbesondere mit den Studienschwerpunkten Personalmanagement, Qualitätsmanagement und Organisationsmanagement sowie dem Studienfach Projektmanagement werden spezifische (praxisrelevante) Managementqualifikationen ausgebildet – darüber hinaus wird durch eine arbeitsfeldorientierte Differenzierungsmöglichkeit im Studium (Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste) den besonderen Anforderungen und Herausforderungen im Managen dieser Einrichtungen Rechnung getragen.

Es zeigt sich zunächst exemplarisch und bei den Universitätskliniken eine Tendenz, dass zunehmend vielfältigere Managementaufgaben wie Organisationsaufgaben, Steuerungsaufgaben oder Koordinationsaufgaben auf die untere Managementebene (Stationsleitung) verlagert werden – damit sollen die höheren Führungsebenen nicht nur entlastet werden, sondern sich auch zunehmend mehr auf strategische Aufgaben konzentrieren können. In diesem Zusammenhang gewinnen strategische Aufgaben für die akademische Qualifizierung (obere Managementfunktionen in der Führungspyramide) an Bedeutung.

Das Thema Strategie bzw. strategisches Management spielt im grundständigen Studiengang Pflegemanagement (Analyse der Studieninhalte) kaum eine Rolle (wird aber auch in der Managementlehre betont). Da die akademische Qualifikation sich auf das mittlere und vor allem auf das obere Pflegemanagement bezieht, wird diesem Themenbereich im Studium zu wenig Bedeutung beigemessen. Darüber hinaus fehlt in Anlehnung an die Erfolgsprinzipien wirksamer Führung das Thema Entscheidung im grundständigen Studiengang Pflegemanagement (Entscheidungstheorie; organisatorische Entscheidungsprozesse, psychologische Aspekte der Entscheidungsfindung).

Die vorliegende Studie konzeptualisiert auf der theoretischen Ebene das Pflegemanagement als ethisch, ethnisch und sozial orientiertes Management in Organisationen mit Pflegebezug. Die Themen der Ethik und Ethnizität werden im Diplomstudiengang Pflegemanagement im Kontext des Studienfaches Pflegewissenschaft behandelt – thematisch finden sie aber keinen Niederschlag weder in den managementorientierten Studienfächern (Ethik und Management, Führungsverantwortung) noch in den Diplomarbeitsthemen der Studierenden. Insgesamt könnte dem Thema Personalführung bzw. Mitarbeiterführung mehr Bedeutung beigemessen

werden. Das Studienfach Arbeitswissenschaft hat im Kontext der sozialen Orientierung des Pflegemanagements (gesundheitliche Arbeitsgestaltung, menschengerechte Arbeitsorganisation) einen hohen Stellenwert im Studiengang. Der Bedeutung der Organisationskultur in neueren Managementansätzen und der Organisationsentwicklung in der verhaltenswissenschaftlichen Managementlehre wird im gemeinsamen Studieninhalt und im Wahlpflichtfach Organisationsmanagement Rechnung getragen.

Die Diplomarbeiten werden überwiegend zum Thema Pflege und Pflegewissenschaft geschrieben (berufliche Orientierung); allerdings beziehen sich insgesamt 45 % der Diplomarbeiten auf die Bereiche Betriebswirtschaft und Management, Personal und Führung sowie Organisation und Organisationsentwicklung – einerseits analysieren und reflektieren die Studierenden relevante Aspekte aus der Pflege und andererseits zeigt sich die deutliche Managementorientierung des grundständigen Studienganges (Qualifikationsprofil) auch in den Diplomarbeiten (Themenprofil).

Perspektive und Fazit der Studie

1 | Bislang fehlt es vor allem an empirischen (qualitativen, quantitativen) Untersuchungen zum oberen Pflegemanagement; eine genauere Erfassung und Analyse des Wandels und der organisationsspezifischen bzw. arbeitsfeldbezogenen Unterschiede im Hinblick auf die Qualifikations- und Kompetenzanforderungen wären notwendig – beispielsweise durch Längsschnittuntersuchungen (Panel, Kohorten), durch Analysen zur konkreten Tätigkeitsstruktur (Beobachtung, Selbstbeobachtung) und durch Studien zur Praxis des Pflegemanagementhandels (Entscheidungsstrukturen, Mikropolitik).

Aus einer Forschungsperspektive heraus ist die Entwicklung geeigneter empirischer Instrumente im Hinblick auf die adäquate Erfassung von Qualifikations- und Kompetenzanforderungen vor allem im mittleren und oberen Pflegemanagement angezeigt.

2 | Das entwickelte und erprobte Kategorienschema zur Inhaltsanalyse der Präsenzphase kann auf andere Studiengänge der Hamburger Fern-Hochschule und auf andere präsenzgestützte Fernstudiengänge in Deutschland bezogen werden.

3 | Das entwickelte und erprobte Kategorienschema zur Inhaltsanalyse von schriftlichen Hausarbeitsthemen kann auf andere Studiengänge an anderen Hochschulen in Deutschland angewendet werden – es zeigt die thematischen Schwerpunkte der Studierenden und praxisrelevante Felder (Hauptkategorie) sowie beispielsweise forschungsmethodische bzw. forschungsinstrumentelle oder wissenschaftsbezogene Präferenzen auf (Nebenkategorien).

Literaturverzeichnis

- Adelmeyer, Dieter (2005): Rationell studieren. Studienbrief 1: Wissenschaftliches Arbeiten. 3. Auflage [08-0399-001-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Aghamiri, Bahram (2001): Studienanleitung Arbeitsrecht. Studienbrief 3: Recht der Pflege [1305-521-003-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichte Studienanleitung der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Aghamiri, Bahram (2003a): Arbeitsrecht (1) – Grundlagen des Arbeitsrechts. Studienbrief 3: Recht der Pflege [1305-521-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Aghamiri, Bahram (2003b): Arbeitsrecht (2) – Inhalt des Arbeitsverhältnisses. Studienbrief 4: Recht der Pflege [1305-521-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Aghamiri, Bahram (2003c): Arbeitsrecht (3) – Beendigung von Arbeitsverhältnissen. Studienbrief 5: Recht der Pflege [1305-521-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Albers, Olaf (2001): Gekonnt moderieren: Zukunftswerkstatt und Szenariotechnik – schnell und innovativ die Unternehmenszukunft gestalten. Regensburg [u. a.]: Fit for business.
- Alex, Laszlo; Bau, Henning (Hrsg.) (1999): Wandel beruflicher Anforderungen. Der Beitrag des BIBB zum Aufbau eines Früherkennungssystems Qualifikationsentwicklung. Bundesinstitut für Berufsbildung: Qualifikationsreport 1. Bielefeld: Bertelsmann.
- Althaus, Katrin; Schumacher, Ruth (Hrsg.) (1997): Pflegemanagement. Referate zum internationalen Kongress an der Kaderschule für die Krankenpflege Aarau 14./15. März 1996. Aarau: Kaderschule für die Krankenpflege.
- Amelung, Volker (2001): Managed Care und Pflegeversorgung. Studienbrief 5: Gesundheitsökonomie und -politik [1305-525-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Anderegg-Tschudin, Hedy (1999): Vom komplexen Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Pflegemanagement. In: Pflege 12/4: 216 – 222.
- Anderson, Lorin W.; Krathwohl, David R. (Eds.) (2001): A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing. A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York [u. a.]: Longman.
- Arnold, Rolf; Müller, Hans-Joachim (Hrsg.) (1999): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung. Baltmannsweiler: Schneider.
- Auinger, Franz; Kriz, Willy Christian (2012): Veränderungssituationen meistern, Planspiel fördern Change-Fähigkeiten von Führungskräften. In: INOVATOR 21: 6 – 10.
- Babel, Fred; Gregersen, Sabine (2003): Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Studienbrief 6: Arbeitswissenschaft [1305-585-006-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Baecker, Dirk (2003): Organisation und Management. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ballstaedt, Steffen-Peter (1993): Richtlinien zur Gestaltung von Lehrtexten. Werkstattbericht 2. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen.

- Bartholomeyczik, Sabine (1994): Befragung zum Qualifikationsprofil eines generalistischen Pflegestudiums und zur Akzeptanz seiner Absolventinnen und Absolventen im Berufsfeld. In: Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Hrsg.): Pflege als Studium. Europäischer Kontext – Curriculum Entwurf – Expertenurteile. 2. Auflage. Bochum: Evangelische Fachhochschule Bochum: 163 – 200.
- Bartholomeyczik, Sabine (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa: 67 – 106.
- Bartholomeyczik, Sabine (2002): Pflegeforschung (1) – Themenbereiche und Stand der Entwicklung. Studienbrief 3: Pflegewissenschaft II [1305-551-003-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Bartholomeyczik, Sabine (2003): Studienanleitung zur Hausarbeit im Studienschwerpunkt erster Priorität. Studienbrief 1: Empirische Studie [1305-599-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Bartlett, Christopher A.; Ghoshal, Sumantra (2000): Der Einzelne zählt. Ein Managementmodell für das 21. Jahrhundert. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauch, Jost (2005): Pflege als soziales System. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa: 71 – 83.
- Bauer, Nicola; Fauser, Siegfried; Kämper, Stefanie; Schwarz, Erik; Sulmann, Daniela; Röhrbein, Annette (2003): „Management-by-heartbeat mache ich hier nicht!“ Ethisches Handeln im Pflegemanagement. Eine qualitative Untersuchung. In: Dibelius, Olivia; Arndt, Sr. M. Benedicta (Hrsg.): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche: 37 – 51.
- Bechtel, Peter; Eisenreich, Thomas (Hrsg.) (2003): Handbuch Pflegemanagement. Erfolgreich führen und wirtschaften in der Pflege. 2. Auflage. Neuwied [u. a.]: Luchterhand.
- Becker, Fred G. (2005): Recherchieren, Zitieren, Gestalten. Eine praktische Hilfe zur Erstellung von Haus- und Abschlussarbeiten. Studienbrief 2: Wissenschaftliches Arbeiten. 3. Auflage [08-0399-002-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg (2000): Ein neues Hochschulgesetz für Hamburg. Dokumentation eines Dialogs zwischen Politik, Hochschulen und Gesellschaft. Hamburg: Behörde für Wissenschaft und Forschung.
- Beier, Jutta (1996): Berlin bietet akademische Bildung für Lehrkräfte in Gesundheitsfachberufen. In: Pflegezeitschrift 49/11 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 7): 738 – 741.
- Berger, Karin (2000): Qualifikationsanforderungen im Krankenhaus. Die mittlere Führungsebene Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer.
- Bernhard, Linda A.; Walsh, Michelle (1997): Leiten und Führen in der Pflege. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Betzel, Julijana; Kasper, Martina; Georg, Jürgen (1996): Studienführer für Pflegeberufe. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Bexfield, Hildegunt; Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (1995): Ermittlung des Qualifikationsbedarfs im Zuge von Strukturveränderungen bei Institutionen des Gesundheitswesens im norddeutschen Raum. Unveröffentlichter Bericht. Hamburg: Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung.
- Bexfield, Hildegunt; Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (1996): Evaluation des Weiterbildenden Studiums „Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung“. Unveröffentlichter Bericht. Hamburg: Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung.

- Beyer-Rehfeld, Angelika (2006): Die neuen Aufgaben der Pflege. Große Chancen, aber auch das Dilemma einer Berufsgruppe (Interview mit Franz Wagner und Johanna Knüppel). In: Krankenhaus Umschau 75/2: 90 – 94.
- Bloom, Benjamin S. (Hrsg.) (1974): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Bock-Rosenthal, Erika (1999b): Perspektiven der Absolventinnen und Absolventen des Pflegemanagementstudiengangs. In: Bock-Rosenthal, Erika (Hrsg.): Professionalisierung zwischen Praxis und Politik. Der Modellstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster. Bern [u. a.]: 309 – 318.
- Bock-Rosenthal, Erika (Hrsg.) (1999a): Professionalisierung zwischen Praxis und Politik. Der Modellstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster. Bern [u. a.]: Huber.
- Bokeloh, Claudia (1996a): Die Hochschule Bremen ist international ausgerichtet. In: Pflegezeitschrift 49/9 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 6): 583 – 585.
- Bokeloh, Claudia (1996b): Die Nachfrage ist sehr groß. In: Pflegezeitschrift 49/5 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 2): 306 – 308.
- Bokeloh, Claudia (1996c): In Freiburg wird berufsbegleitend studiert. In: Pflegezeitschrift 49/7 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 4): 449 – 452.
- Bokeloh, Claudia (1997a): Darmstadt fokussiert den Praxisbezug der Pflegewissenschaft. In: Pflegezeitschrift 50/12 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 12): 724 – 726.
- Bokeloh, Claudia (1997b): In Hamburg ist das Studium am gesamten Berufsfeld Pflege ausgerichtet. In: Pflegezeitschrift 50/7 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 11): 404 – 406.
- Bokeloh, Claudia (1997c): In Nürnberg haben Anthropologie und Ethik großes Gewicht. In: Pflegezeitschrift 50/5 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 10): 248 – 250.
- Bokeloh, Claudia (1997d): In Osnabrück gibt es keine Sonderangebote für die Pflege. In: Pflegezeitschrift 50/1 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 9): 857 – 860.
- Bokeloh, Claudia (1998): In Hannover gliedert sich das Studium in vier Lernbereiche. In: Pflegezeitschrift 51/9 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 13): 687 – 689.
- Bokeloh, Claudia (1999): „Pflege“ ist in Bochum ein generalistischer Studiengang. In: Pflegezeitschrift 52/1 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 14): 48 – 50.
- Borsi, Gabriele M. (1995a): Neue Herausforderungen an das Pflegemanagement. In: Borsi, Gabriele M.; Schröck, Ruth: Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin [u. a.]: Springer: 17 – 83.
- Borsi, Gabriele M. (1995b): Neues Denken für den Umgang mit komplexen Problemen. In: Borsi, Gabriele M.; Schröck, Ruth: Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin [u. a.]: Springer: 133 – 174.
- Borsi, Gabriele M. (1995c): Auf dem Weg zu einer neuen Managementhaltung in der Pflege. In: Borsi, Gabriele M.; Schröck, Ruth: Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin [u. a.]: Springer: 251 – 295.
- Borsi, Gabriele M. (1997): Zur reflexiven Modernisierung des Pflegemanagements. In: Klein, Ricarda; Borsi, Gabriele M. (Hrsg.): Pflegemanagement als Gestaltungsauftrag. Frankfurt am Main [u. a.]: Lang: 205 – 244.
- Borsi, Gabriele M. (1999): Curriculum für das Studienfach Pflegemanagement I [2.9] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 9. Juni 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Borsi, Gabriele M. (2001a): Herausforderungen an das moderne Pflegemanagement. Studienbrief 1: Pflegemanagement I [1305-531-001-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M. (2001b): Managementtheoretische Grundlagen – Paradigmenwandel im Management. Studienbrief 2: Pflegemanagement I [1305-531-002-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M. (2001c): Grundlagen des Pflegemanagements – interdisziplinärer, systemorientierter, integrativer Ansatz. Studienbrief 3: Pflegemanagement I [1305-531-003-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M. (2002a): Pflegemanagement als Wissensmanagement: Reflexive Modernisierung des Pflegemanagements. Studienbrief 4: Pflegemanagement I [1305-531-004-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M. (2002b): Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe (1): Pflegemanagementkonzepte und ihre Anforderungen. Studienbrief 5: Pflegemanagement I [1305-531-005-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M. (2002c): Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe (2): Transformation der Pflege und der Pflegeorganisation. Studienbrief 6: Pflegemanagement I [1305-531-006-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Borsi, Gabriele M.; Schröck, Ruth (1995): Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Berlin [u. a]: Springer.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin: Springer.
- Brater, Michael; Maurus, Anna (1999): Das schlanke Heim. Lean Management in der stationären Altenpflege. Hannover: Vincentz.
- Braun, Edith; Gusy, Burkhard; Leidner, Bernhard; Hannover, Bettina (2008): Das Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte, studentische Kompetenzen (BEvaKomp). In: Diagnostica 54/1: 30 – 42.
- Braun, Günther E. (1998): Konzept des integrierten Krankenhausmanagements. Krankenhäuser auf dem Weg zu einer umfassenden Managementorientierung. In: Zeitschrift Führung + Organisation 67/1: 23 – 28.
- Braverman, Harry (1980): Die Arbeit im modernen Produktionsprozeß. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Breinlinger-O'Reilly; Strauch, Edgar (2003a): Integrierte Versorgung in Deutschland: Bedeutung für Akutkrankenhäuser – Grundlagen und Projekte (I). Studienbrief 1: Vernetzung und Koordination [1305-591-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Breinlinger-O'Reilly; Strauch, Edgar (2003b): Integrierte Versorgung in Deutschland: Bedeutung für Akutkrankenhäuser – Grundlagen und Projekte (II). Studienbrief 2: Vernetzung und Koordination [1305-591-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Brinkmann, Gerhard; Hommerich, Christoph; Pippke, Wolfgang (1994): Die künftige Managementausbildung an Fachhochschulen. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft.
- Brünz, Heinz; Rheinwald, Sabine (1996): In Ludwigshafen finden gesellschaftliche Prozesse besondere Beachtung. In: Pflegezeitschrift 49/8 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 5): 527 – 529.

- Büchner, Angelika (2002): Marketing – Grundlagen. Studienbrief 1: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-001-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Büchner, Angelika; Härdler, Jürgen; Schwarz, Matthias; Sommerer, Gerhard (2000): Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (2). Studienbrief 4: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-004-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.) (1996): Diplom-Pflegedienstleiterin/Diplom-Pflegedienstleiter, Diplom-Pflegemanagerin/Diplom-Pflegemanager – Fachhochschule. Blätter zur Berufskunde 2 – II A 41. Verfasserin: Marlies Förster. Bielefeld: Bertelsmann.
- Burmeister, Jürgen; Lehnerer, Claudia (1999): Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung: 175 – 186.
- Büssing, André (2003): Gestaltung (2) – Psychische Anforderungen und Belastungen. Studienbrief 3: Arbeitswissenschaft. 2. Auflage [1305-585-003-03-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Collins, Jim (1997): Immer erfolgreich. Die Strategien der Topunternehmen. Stuttgart, München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Collins, Jim (2003): Der Weg zu den Besten. Die sieben Management-Prinzipien für dauerhaften Unternehmenserfolg. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Conradt, Max (1995): Die Wende im Krankenhaus. In: Hamburger Abendblatt (Nr. 111 vom 13./14. Mai 1995: 124).
- Dahlgaard, Knut (1998): Management im Sozial- und Gesundheitsbereich. Versuch einer Standortbestimmung. In: Standpunkt: sozial 3: 5 – 9.
- Dahlgaard, Knut (2002): Neue Aufgaben für die Pflegemanagerin. Zur Kernkompetenz der Pflege kommt das Management des Behandlungsprozesses hinzu. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 19/2: 174 – 178.
- Dahlgaard, Knut; Pütjer, Hans-Joachim (1988): Pflegedienstleitung heute und morgen. Gedanken zu Anforderungen, Selbstverständnis und Zukunftsperspektiven. In: Die Schwester/Der Pfleger 27/10: 822 – 825.
- Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter (2003) Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft. In: das Krankenhaus 95/2: 131 – 138.
- Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter (2004): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. In: das Krankenhaus 96/8: 634 – 640.
- Dauscher, Ulrich (1998): Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. Neuwied [u. a.]: Luchterhand.
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation (2002): Standards für Evaluation. Köln: DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V.
- Deutmeyer, Melanie; Thiekötter, Andrea (2009): Herausforderungen, Trends und Potenziale des Gesundheits- und Pflegemanagements im Kontext des demografischen Wandels. Wien: Facultas. In: Deutmeyer, Melanie; Thiekötter, Andrea (Hrsg.): Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Wien: Facultas:10 – 27.

- Deutmeyer, Melanie; Thiekötter, Andrea (Hrsg.) (2007): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme – Analysen – Perspektiven. Wien: Facultas.
- Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.) (1995): Planung, Entwicklung, Durchführung von Fernstudienangeboten. Eine Handreichung. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen.
- Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.) (2000): Planung, Entwicklung, Durchführung von Fernstudienangeboten. Eine Handreichung. 2. Auflage. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen.
- Dibelius, Olivia (2001): Pflegemanagement im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie: Eine qualitative Untersuchung in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: *Pflege* 14/6: 407 – 413.
- Dibelius, Olivia; Arndt, Sr. M. Benedicta (Hrsg.) (2003): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive. Hannover: Schlütersche.
- Dorschner, Stephan (1997): Einige Aspekte der Akademisierung von Pflege in Deutschland. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.): *PflegekultTour 2001 – Impulse und Perspektiven*. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main: Mabuse: 87 – 106.
- Dorschner, Stephan (1999): Von der Oberschwester zur Diplom-Pflegewirtin. Perspektiven akademischer Pflegemanagementausbildung in Deutschland. In: *PR-Internet Management* 1/4: 96 – 105.
- Drucker, Peter F. (1998): *Die Praxis des Managements. Ein Leitfaden für die Führungs-Aufgaben in der modernen Wirtschaft*. 6. Auflage. Düsseldorf, München: Econ.
- Duden (1999a): *Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in zehn Bänden. Band 7: Pekt – Schi*. 3. Auflage. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Rat der Dudenredaktion. Mannheim [u. a.]: Dudenverlag.
- Duden (1999b): *Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in zehn Bänden. Band 5: Impu – Leim*. 3. Auflage. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Rat der Dudenredaktion. Mannheim [u. a.]: Dudenverlag.
- Duden (2001): *Der Duden in zwölf Bänden. Band 7: Herkunftswörterbuch*. 3. Auflage. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Rat der Dudenredaktion. Mannheim [u. a.]: Dudenverlag.
- Eichhorn, Siegfried (1975): *Krankenhausbetriebslehre. Band I: Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*. Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer.
- Eichhorn, Siegfried (1976): *Krankenhausbetriebslehre. Band II: Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes*. Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer.
- Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.) (2001): *Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Eickhoff, Andrea (1998): Führungsaufgaben der Stationsleitung im Krankenhaus zwischen Anspruch und Realität. Eine exemplarische Studie an ausgewählten Fallbeispielen. In: *Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (Hrsg.): Pflegewissenschaft im Alltag. Untersuchungen aus verschiedenen Arbeitsfeldern*. Frankfurt am Main: Mabuse: 107 – 150.
- Eiselen, Tanja; Manahl, Werner; Kriz, Willy Christian (2014): Umgang mit Komplexität spielerisch lernen. In: *Wirtschaft + Weiterbildung* 25/5 (Special Planspiele): 38 – 43.
- Erdmann, Yvonne (2001): *Internationale Gesundheitssysteme – Vergleich und Harmonisierung. Studienbrief 4: Gesundheitsökonomie und -politik [1305-525-004-01-01-01-01]*. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von (2003): Einführung. In: Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel: IX – XL.
- Evangelische Fachhochschule Berlin (1994): Mitteilungen. Studienordnung für den Studiengang Pflege/Pflegemanagement. Herausgegeben vom Rektor der Evangelischen Fachhochschule Berlin (Referat Öffentlichkeitsarbeit). Berlin.
- Evangelische Fachhochschule Berlin (2001): Qualitätsmanagement Handbuch. 4. Auflage. Berlin: Evangelische Fachhochschule Berlin.
- Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Ludwigshafen (1995): Curriculum der Fachhochschulstudiengänge Pflegeleitung und Pflegepädagogik des Fachbereichs Pflege. Ludwigshafen.
- Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel-Wolfsburg (2014): Studiengang Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Studienrichtungen Krankenhausmanagement und Pflegemanagement). In: www.fh-wolfenbuettel.de [15.6.2014].
- Fachhochschule Hamburg (1994): Studiengang Pflege und Gesundheit – Konzept. Hamburg.
- Fachhochschule Hamburg (1999): Der Studiengang „Pflege“ – Grundsätze, Qualifikationsprofil, Lehrangebot. Herausgegeben von der Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik (Redaktion: Knut Dahlgaard). Hamburg.
- Fachhochschule Jena (1997): Studienordnung für den Fernstudiengang Pflege im Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Jena. In: www.sw-fh-jena.de [17.7.1998].
- Fachhochschule Jena (1998): Fernstudiengang Pflege – Curriculum. Jena.
- Fachkommission Betriebswirtschaft (1998): Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Betriebswirtschaft an Fachhochschulen. Beschlossen von der Konferenz der Rektoren und Präsidenten der Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland am 17. Februar 1998 und von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland am 18. September 1998. Bonn. In: www.kmk.org [26.8.2014].
- Falk, Juliane (2002a): Führung und Kommunikation: Informations- und Kommunikationsmanagement. Studienbrief 1: Pflegemanagement II [1305-581-001-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Falk, Juliane (2002b): Führung und Kommunikation: Dienstleistungsmanagement. Studienbrief 3: Pflegemanagement II [1305-581-003-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Falk, Juliane (2004): Interventionen und Versorgungsstrukturen bei Demenz. Studienbrief 5: Studienswerpunkt Stationäre Altenhilfe [01-0573-005-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Ferenzkiewicz, Dorothea C.; Kuhls, Wilma (2005): Paradigmenwechsel in der Führung. Neue Leitungsstrukturen und -aufgaben auf Stationsebene. München, Mering: Hampp.
- Fern-Fachhochschule Hamburg (1996): Projektunterlagen zum Hauptantrag der „Gründungsgesellschaft zur Errichtung der FFH Fern-Fachhochschule Hamburg gGmbH.“ Teil I: Studienkonzept der Fern-Fachhochschule vom Mai 1996. Unveröffentlichtes Studienkonzept. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- Fern-Fachhochschule Hamburg (1998): Studium und Beruf – das Konzept der Fern-Fachhochschule Hamburg. Beilage zur DUZ – das unabhängige Hochschulmagazin (vom 2. Oktober 1998). Bonn: Raabe.

- Fern-Fachhochschule Hamburg (Hrsg.) (2001): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Abdruck nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V). Studienbrief 12: Recht der Pflege [1305-521-012-00-01-01-01]. Hamburg: Zusatzmaterial der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Fischer, Regina (2002): Controlling/Dienstleistungscontrolling – Grundlagen. Studienbrief 4: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-004-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Fischer, Wolfgang (1999): Führungswissen in der Pflege. Lehrbuch für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus. Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer.
- Flick, Uwe (1999): Curriculum für das Studienfach Empirische Methoden [2.8] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 21. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Flick, Uwe (2000a): Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Einführung in die Psychologie und Sozialpsychologie. Studienbrief 1: Psychologie [1305-050-001-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Flick, Uwe (2000b): Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Gruppen- und Kommunikationspsychologie. Studienbrief 2: Psychologie [1305-050-002-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Flick, Uwe (2002): Forschungsmethoden – Evaluation, Qualitätssicherung, Berichterstattung. Studienbrief 5: Gesundheitswissenschaft [1305-523-005-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Flick, Uwe (2008a): Einführung und Forschungsbeispiele. Studienbrief 1: Empirische Methoden [01-0617-001-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Flick, Uwe (2008b): Forschungsprozess und Auswahlverfahren. Studienbrief 2: Empirische Methoden [01-0617-002-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Flick, Uwe (2008c): Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren. Studienbrief 3: Empirische Methoden [01-0617-003-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Flick, Uwe (2008d): Auswertungsverfahren und Gütekriterien. Studienbrief 5: Empirische Methoden [01-0617-005-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Hamburg: Rowohlt.
- Frauenknecht, Xaver (2001): Der Pflegedienst im Rahmen der Leitungsstruktur des Krankenhauses sowie direktoriale versus kollegiale Abteilungsleitung – Nürnberger Modell. In: Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York: Schattauer: 123 – 129.
- Frerichs, Frerich (1995): Studiengänge zur Qualifizierung von Führungskräften in der Pflege – Bedarf und Entwicklungsstand. In: Kühnert, Sabine (Hrsg.): Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit. Hannover: Vincentz: 149 – 170.
- Frieling-Sonnenberg Wilhelm (1997): Altenpflegeheim-Management unter neuen Bedingungen. Der Mensch im Mittelpunkt? Frankfurt am Main: Mabuse.
- Früh, Werner (2011): Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 7. Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Füller, Manuela (2003): Fallpauschalen. Studienbrief 5: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung [1305-571-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.

- Garms-Homolová, Vjenka (1999): Curriculum für das Studienfach Vernetzung und Koordination im Versorgungssystem – Studienschwerpunkt Teil B [2.17.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 19. August 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- GDW | Deutsches Wörterbuch von Jacob Grimm und Wilhelm Grimm (1889): Siebenter Band. Bearbeitet von Matthias von Lexer. Leipzig: Hirzel.
- Gehrig, Sarah (2003): EFQM-Modell – Grundlagen. Studienbrief 1: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement [1305-563-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Geilhardt, Thomas; Mühlbradt, Thomas (1995b): Konzepte und Trends im Überblick. In: Geilhardt, Thomas; Mühlbradt, Thomas (Hrsg.): Planspiele im Personal- und Organisationsmanagement. Göttingen: Hogrefe: 9 – 17.
- Geilhardt, Thomas; Mühlbradt, Thomas (Hrsg.) (1995a): Planspiele im Personal- und Organisationsmanagement. Göttingen: Hogrefe.
- Gensch, Sigrid Kristina (1998): Pflegemanagement als neuer Studiengang an den bayerischen Fachhochschulen. In: Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung (Hrsg.): Beiträge zur Hochschulforschung 3. München: 289 – 312.
- Gensch, Sigrid Kristina (2003): Berufssituation der Bayerischen Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs Pflegemanagement. IHF 66. München: Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung.
- Gensch, Sigrid Kristina (2004): Berufseinmündungsphase und Berufssituation von Absolventinnen und Absolventen der Pflege-Managementstudiengänge an bayerischen Fachhochschulen. In: PR-Internet 6/4: 215 – 221.
- Gerckens, Rainer (2004): EDV in der Pflege. Studienbrief 3: Informations- und Kommunikationstechnologien [01-0583-003-2]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2007a): Unternehmenskommunikation. Studienbrief 1: Informations- und Kommunikationstechnologien [01-0583-001-2]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2007b): Wissen in Organisationen. Studienbrief 2: Informations- und Kommunikationstechnologien. 2. Auflage [01-0583-002-2]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2007c): Instrumente des Wissensmanagements. Studienbrief 3: Informations- und Kommunikationstechnologien. 3. Auflage [01-0583-003-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2007d): IT-Medien im Wissensmanagement. Studienbrief 4: Informations- und Kommunikationstechnologien. 3. Auflage [01-0583-004-2]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2008a): Methoden quantitativer Erhebungsverfahren. Studienbrief 4: Empirische Methoden [01-0617-004-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer (2008b): Computergestützte Datenanalyse. Studienbrief 6: Empirische Methoden [01-0617-006-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerckens, Rainer; Möller, Johannes (2008): Kompetenz im Pflegemanagement – Evaluation des Studiengangs Pflegemanagement. Eine Absolventenstudie an der Hamburger Fern-Hochschule (HFH). Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.

- Gerckens, Rainer; Möller, Johannes (2010): Pflegemanagement anwenden. Vom erfahrenen Praktiker zum professionellen Prozessgestalter – Evaluation des Studiengangs Pflegemanagement. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerlach, Christine (2003): Supervision, Coaching, Teamentwicklung. Studienbrief 5: Wahlpflichtfach Personalmanagement [1305-561-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Gerster, Eyke (1996a): Die Erwartungsvielfalt bringt Probleme. In: Pflegezeitschrift 49/4 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 1): 216 – 219.
- Gerster, Eyke (1996b): In Witten-Herdecke finanzieren Unternehmen und Studenten das Studium gemeinsam. In: Pflegezeitschrift 49/12 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 8): 794 – 797.
- Gerster, Eyke (1996c): München orientiert sich am christlichen Menschenbild. In: Pflegezeitschrift 49/6 (Pflegestudiengänge in Deutschland – Teil 3): 384 – 386.
- Gertz, Barbara E. (1996): Die Pflegedienstleitung. Ein Leitfaden für das praktische Management. Bern [u. a.]: Huber.
- GHP FFH 2000 | Ordnung für das Grund- und Hauptpraktikum (Praktikumsordnung) für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Fern-Fachhochschule Hamburg gemeinnützige GmbH vom 20. Dezember 2000. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- GHP HFH 2004 | Ordnung für das Grund- und Hauptpraktikum (Praktikumsordnung) für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vom 5. Januar 2004. Hamburg: Fern-Fachhochschule
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als rekonstruierende Untersuchungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göhler, Wolfgang (2001a): Grundlagen der Personalwirtschaft (1). Studienbrief 5.1: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Göhler, Wolfgang (2001b): Grundlagen der Personalwirtschaft (2). Studienbrief 5.2: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Göhler, Wolfgang; Gonschorek, Dietmar; Mietke, Romy; Sommerer, Gerhard (2000): Produktionsfaktoren/Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (1). Studienbrief 3: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-003-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Gonschorek, Dietmar (2001): Investition/Finanzierung (2) – Grundlagen der Finanzierung. Studienbrief 9: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-513-009-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Gonschorek, Dietmar; Sommerer, Gerhard (2000): Einführung – Betriebswirtschaftliche Grundlagen. Studienbrief 2: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-002-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Göpfarth, Gunter; Rosenthal, Thomas (2001): Der grundständige Fern-Studiengang Pflegemanagement an der Fern-Fachhochschule Hamburg – Konzept und Curriculum. In: Pflegezeitschrift 54/7 (Dokumentation Pflegemanagement).
- Görres, Stefan; Gebert, Barbara (1999a): Curriculum für das Studienfach Pflegewissenschaft I [2.1] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 26. August 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Görres, Stefan; Gebert, Barbara (1999b): Curriculum für das Studienfach Pflegewissenschaft II [2.10] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 26. August 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Görres, Stefan; Hinz, Ingo Markus; Krippner, Antje; Zerwas, Michael (2000): Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven. In: Pflege 13/1: 33 – 41.
- Görres, Stefan; Roes, Martina (2002a): Grundlagen der Qualitätssicherung. Studienbrief 1: Pflegewissenschaft II [1305-551-001-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Görres, Stefan; Roes, Martina (2002b): Methoden der Qualitätssicherung. Studienbrief 2: Pflegewissenschaft II [1305-551-002-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Greulich, Andreas (2003a): Balanced Scorecard. Studienbrief 3: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement [1305-563-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Greulich, Andreas (2003b): Moderne Organisationsstrukturen im Krankenhaus. Studienbrief 2: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Grün, Oskar (1998): Zukünftige Organisationsstrukturen für Alters- und Pflegeheime. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31/6: 398 – 406.
- Günther, Gabriele (2001): Investition/Finanzierung (1) – Grundbegriffe. Studienbrief 8: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-008-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Gutachten I FFH 1996 | Erstgutachten zur Frage der Vergleichbarkeit der Studiengänge „Betriebswirtschaft“ und „Wirtschaftsingenieurwesen“ der Fern-Fachhochschule Hamburg i. G. mit entsprechenden Studiengängen an staatlichen Fachhochschulen. Unveröffentlichtes Gutachten vom Oktober 1996. Hamburg, Zwickau: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Gutachten I FFH 1999 | Zwischengutachten zur Evaluierung der grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen und zum Stand der akademischen Strukturen der Fern-Fachhochschule Hamburg. Unveröffentlichtes Gutachten vom November 1999. Hamburg, Zwickau: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Gutachten I HFH 2003 | Abschlussgutachten zur Evaluierung der grundständigen Studiengänge Betriebswirtschaft und Wirtschaftsingenieurwesen und zum Stand der akademischen Strukturen der Hamburger Fern-Hochschule (HFH). Unveröffentlichtes Gutachten vom Mai 2003. Hamburg, Zwickau: Hamburger Fern-Hochschule.
- Gutachten II FFH 2000 | Erstgutachten zur Vergleichbarkeit des Studiengangs „Pflegemanagement“ der Fern-Fachhochschule Hamburg mit entsprechenden Studiengängen an staatlichen Fachhochschulen. Unveröffentlichtes Gutachten vom Juli 2000. Würzburg, Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- Gutachten II HFH 2003 | Zwischengutachten zur Evaluierung des Standes des Lehrbetriebs und des Prüfungswesens des Studiengangs „Pflegemanagement“ der Hamburger Fern-Hochschule (HFH). Unveröffentlichtes Gutachten vom Mai 2003. Würzburg, Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Gutachten II HFH 2004 | Abschlussgutachten zur Evaluierung des Standes des Lehrbetriebs und des Prüfungswesens des Studiengangs „Pflegemanagement“ der Hamburger Fern-Hochschule (HFH). Unveröffentlichtes Gutachten vom Oktober 2004. Würzburg, Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.

- Habermann, Monika (2002a): Interkulturelles Management in Pflegeeinrichtungen – Herausforderung und Chance. In: Münchner Pflegekongress 2002 – Abstracts. München: 2002: 15.
- Habermann, Monika (2002b): Interkulturelles Management in Pflegeeinrichtungen – Herausforderung und Chance. In: Münchner Pflegekongress 2002 – Tagungsband. München: 2003: 18 – 21.
- Habermann, Monika (2004): Gleichheit und Differenz: Interkulturelles Management in Pflegeeinrichtungen. In: Pflegemagazin 5/6: 21 – 27.
- Habermann, Monika; Szemeitzke, Bernd (2002a): Untersuchung zum Verbleib der Absolventen des Internationalen Studiengangs für Pflegeleitung (ISP). Präsentation. Bremen. In: www.hs-bremen.de [9.9.2010].
- Habermann, Monika; Szemeitzke, Bernd (2002b): Diplomierte Pflegewirtin/Diplomierter Pflegewirt – und was dann? Ergebnisse einer Absolventenbefragung des Internationalen Studiengangs für Pflegeleitung der Hochschule Bremen. In: www.hs-bremen.de [9.9.2010].
- Habermann, Monika; Szemeitzke, Bernd (2006): Zweite Absolventenbefragung im Internationalen Studiengang für Pflegeleitung der Hochschule Bremen (ISP). Präsentation. Bremen. In: www.hs-bremen.de [9.9.2010].
- Habermann, Monika; Szemeitzke, Bernd (2007): Zweite Absolventenbefragung: Diplom – und was dann? In: *Pflegezeitschrift* 60/3: 150 – 153.
- Hackelberg, Ronald (1999): Curriculum für das Studienfach Betriebliches Umweltmanagement im Gesundheitswesen – Pflegemanagement II. Teil B [2.15.3] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 6. Juli 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hackelberg, Ronald (2003): Umweltschutz und Umweltrecht. Studienbrief 1: Betriebliches Umweltmanagement [01-0587-001-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hackelberg, Ronald (2004): Umweltmanagementsysteme. Studienbrief 2: Betriebliches Umweltmanagement [01-0587-002-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hahn, Heiner (2001): Buchführung – Grundlagen und Organisation. Studienbrief 6: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen [1305-021-006-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hallensleben, Jörg A. (2002): Profession Pflege (1) – Handlungsfelder der Pflege. Studienbrief 10: Pflegewissenschaft II [1305-551-010-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hallensleben, Jörg A. (2003a): Existenzgründung (1). Studienbrief 1: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste [1305-575-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hallensleben, Jörg A. (2003b): Existenzgründung (2). Studienbrief 2: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste [1305-575-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hallensleben, Jörg A. (2004a): Erstbesuch und Pflegevisite. Studienbrief 4: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste [01-0575-004-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.

- Hallensleben, Jörg A. (2004b): Studienanleitung zur Studie von Günter Roth (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 226. Stuttgart: Kohlhammer. Studienbrief 5: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste [02-0575-005-1]. Hamburg: Unveröffentlichte Studienanleitung der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hallensleben, Jörg A.; Hansen, Karl Udo (2002): Qualitätsmanagement – Grundlagen (1): Einführung. Studienbrief 7: Pflegemanagement II [1305-581-007-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hallensleben, Jörg A. (2003): Analyse eines Pflegemodells am Beispiel des Modells von Dorothea Orem. Studienbrief 4: Pflegewissenschaft I [1305-511-004-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2003a): Hinweise für Studierende und Lehrbeauftragte zur Hausarbeit im Studienfach Gesundheitswissenschaft [1305-HA-ST/LB-01]. Hamburg: Unveröffentlichtes Zusatzmaterial der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2003b): Informationen für Studierende und Lehrbeauftragte zur Hausarbeit im Studienfach Gesundheitswissenschaft [11-0523-001-2]. Hamburg: Unveröffentlichte Zusatzinformationen der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2003d) Studienführer Pflegemanagement – Abschluss Diplom-Pflegewirtin (FH), Diplom-Pflegewirt (FH) vom Juli 2003. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2005): Hinweise für Studierende zur Erstellung der Hausarbeit im Fach Methoden und Techniken (Modul Projektmanagement). Studienbrief 3: Wissenschaftliches Arbeiten. 3. Auflage [08-0599-301-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2007a): Internes Dokument – Prüfungs- und Ablaufpläne für das Grundstudium (1. – 3. Regelstudiensemester) im Studiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule. Herbstsemester 2007 [53-0599-015-7].
- Hamburger Fern-Hochschule (2007b): Internes Dokument – Prüfungs- und Ablaufpläne für das Hauptstudium (4. – 7. Regelstudiensemester) im Studiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule. Frühjahrssemester 2007 [53-0599-016-7].
- Hamburger Fern-Hochschule (2007c): Internes Dokument – Prüfungs- und Ablaufpläne für das Hauptstudium (4. – 7. Regelstudiensemester) im Studiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule. Herbstsemester 2007 [53-0599-017-7].
- Hamburger Fern-Hochschule (2007d): Hinweise für Studierende zur Erstellung einer Diplomarbeit. Studienbrief 5: Wissenschaftliches Arbeiten. 3. Auflage [08-6199-501-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2007e): Hinweise für Studierende zur Erstellung einer Hausarbeit in den Studienschwerpunkten. Studienbrief 4: Wissenschaftliches Arbeiten. 3. Auflage [08-6199-401-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (2012a): Internes Dokument – Fragebogen zur Qualität der Lehre. Evaluation Grundstudium (E I) im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule [F70U0P1PLOV0 – F70U0P3PLOV0].
- Hamburger Fern-Hochschule (2012b): Internes Dokument – Fragebogen (1) zur Qualität der Lehre. Evaluation Hauptstudium (E II) im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule [F193U0P1PLOV0 – F193U0P5PLOV0].

- Hamburger Fern-Hochschule (2012c): Internes Dokument – Fragebogen (2) zur Qualität der Lehre. Evaluation Hauptstudium (E II) im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule [F76U0P1PL0V0 – F193U0P3PL0V0].
- Hamburger Fern-Hochschule (2014a): Internes Dokument – Fragebogen (1) zur Qualität des Studiums. Evaluation Absolventen der Hamburger Fern-Hochschule [F217U0P1PL0V0 – F217U0P8PL0V0].
- Hamburger Fern-Hochschule (2014b): Internes Dokument – Fragebogen (2) zur Qualität des Studiums. Evaluation Absolventen der Hamburger Fern-Hochschule [F219U0P1PL0V0 – F219U0P8PL0V0].
- Hamburger Fern-Hochschule (2014c): Internes Dokument – Rohdaten (Excel) zur Evaluation Studierende (E I, E II) im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (Bereitstellung durch Johannes Wolf am 30. September 2014).
- Hamburger Fern-Hochschule (2014d): Internes Dokument – Daten (Excel) zu den Studierenden im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (Bereitstellung durch Marco Meyer am 4. November 2014).
- Hamburger Fern-Hochschule (2014e): Internes Dokument – Daten (Excel) zu den Hausarbeitsthemen im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (Bereitstellung durch Marco Meyer am 4. November 2014).
- Hamburger Fern-Hochschule (2015a): Internes Dokument – Rohdaten (Excel) zur Evaluation Absolventen im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (Bereitstellung durch Johannes Wolf am 18. Mai 2015).
- Hamburger Fern-Hochschule (2015b): Internes Dokument – Rohdaten (Excel) zu den Erhebungszeiträumen der Evaluationen im Diplomstudiengang Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule (Bereitstellung durch Martina Corleis am 8. Juni 2015).
- Hamburger Fern-Hochschule (Hrsg.) (2003c): Zusatzmaterial zum Studienfach Vernetzung und Koordination (CD). Studie von Roland Berger Strategy Consultants (2002) zu den Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung sowie Gutachten zur Integrierten Versorgung von Karl W. Lauterbach (2001) zum Disease Management in Deutschland und vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003a – b) zu Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität in der Langfassung und Kurzfassung [1305-591-002-03-01-01-03]. Hamburg: Zusatzmaterial der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hamburger Fern-Hochschule (Hrsg.) (2008): Statistikprogramm NSDstat Pro 1.3 mit Übungsdateien. CD zu Studienbrief 6: Empirische Methoden [03-0527-006-1]. Hamburg: Zusatzmaterial der Hamburger Fern-Hochschule.
- Harms, Käte; Woiwoda, Roswitha; Dieffenbach, Susanne (Hrsg.) (2001): Handbuch für die Stations- und Funktionsleitung. Neue Anforderungen als Chance begreifen und erfolgreich in der Praxis nutzen. Stuttgart: Thieme.
- Haubrock, Manfred (2001): Management und Pflege – ein Widerspruch? In: Kriesel, Petra; Krüger, Helga; Piechotta, Gudrun; Remmers, Hartmut; Taubert, Johanna (Hrsg.): Pflege lehren – Pflege managen. Eine Bilanzierung innovativer Ansätze. Frankfurt am Main: Mabuse: 217 – 238.
- Haubrock, Manfred; Schär, Walter (Hrsg.) (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3. Auflage. Bern [u. a.]: Huber.
- Heckmann, Friedrich (1992): Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie inter-ethnischer Beziehungen. Stuttgart: Enke.

- Heiber, Andreas (1999): Curriculum für das Studienfach Ambulante Dienste – Studienschwerpunkt Teil A [2.17.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 24. November 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Heiber, Andreas (2004): Vergütungsverhandlungen. Studienbrief 3: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste [01-0575-003-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hildebrand, Rolf (2003a): Das prozessorientierte Krankenhaus. Studienbrief 5: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement [1305-563-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Hildebrand, Rolf (2003b): Anforderungen, Qualität, Controlling. Studienbrief 3: Wahlpflichtfach Personalmanagement [1305-561-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- HmbHG 1997 | Hamburgisches Hochschulgesetz (HmbHG) in der Fassung vom 2. Juli 1991 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 249) zuletzt geändert am 11. Juni 1997 (GVBl. Seiten 198, 203). In: <http://archive.today/wX2hx> [26.8.2014].
- HmbHG 2001 | Gesetz zur Neuordnung des Hochschulrechts vom 18. Juli 2001. In: Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt (HmbGVBl. Nr. 26 vom 27. Juli 2001): 171 – 200.
- HmbHG 2003 | Gesetz zur Modernisierung des Hochschulwesens (Hochschulmodernisierungsgesetz) vom 27. Mai 2003. In: Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt (HmbGVBl. Nr. 22 vom 6. Juni 2003): 138 – 149.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (2001a): Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Persönlichkeitspsychologie. Studienbrief 3: Psychologie [1305-050-003-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (2001b): Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Alterspsychologie. Studienbrief 4: Psychologie [1305-591-004-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (2001c): Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Führungs- und Organisationspsychologie. Studienbrief 5: Psychologie [1305-519-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (2001d): Spezielle Aspekte der Psychologie – Psychologie der Pflege und Pflege als Beruf. Studienbrief 6: Psychologie [1305-519-006-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hoefert, Hans-Wolfgang; Flick, Uwe (1999): Curriculum für das Studienfach Psychologie [2.4] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 27. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Hoefert, Hans-Wolfgang; Holthaus, Eckhard; Kolleck, Bernd; Korporal, Johannes; Streckel, Siegmund; Wolff, Reinhart; Zielinski, Wiebke; Zillich, Norbert (1993): Studiengang „Pflege/Pflegemanagement“. Curriculare Konzeption. In: Deutsche Krankenpflege Zeitschrift 46/11 (Beilage).
- Högsdal, Bernt (1996): Planspiele. Einsatz von Planspielen in der Aus- und Weiterbildung. Praxiserfahrungen und bewährte Methoden. Bonn: Managerseminare.
- Högsdal, Nils; Glag, Jörg; Süße, Thomas (2011): Kann man Mitarbeiterführung lernen? Die Mischung macht's: Dynamisches Rollenprofil eines Planspielleiters im Einsatz mit der Simulation TOPSIM – Change Management. In: Kriz, Willy Christian (Hrsg.): Planspiele für die Personalentwicklung. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin: 87 – 105.

- Höhmann, Ulrike; Brieskorn-Zinke, Marianne (2008): Teilprojekt III – Hessische Arbeitgeberbefragung zur Einstellungspraxis von Diplom-PflegewirtInnen. In: Höhmann, Ulrike; Panfil, Eva-Maria; Stegmüller, Klaus (2008): BuBI – Berufseinmündung und Berufsverbleib hessischer Diplom-PflegewirtInnen. Eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung – Forschungsbericht. Frankfurt a. M.: 41 – 52.
- Höhmann, Ulrike; Panfil, Eva-Maria; Stegmüller, Klaus (2008): BuBI – Berufseinmündung und Berufsverbleib hessischer Diplom-PflegewirtInnen. Eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung – Forschungsbericht. Frankfurt a. M. In: www.hessip.de [9.9.2010].
- Hommel, Thomas (1998): Wissenschaft trifft Praxis: Perspektiven der Akademisierung. Pflegedirektoren im Gespräch mit Pflegemanagement-Studenten. BALK Info 9/33/1998: 4 – 8.
- Hopf, Christel (2000): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 349 – 360.
- Hopfenbeck, Waldemar (2000): Allgemeine Betriebswirtschafts- und Managementlehre. Das Unternehmen im Spannungsfeld zwischen ökonomischen, sozialen und ökologischen Interessen. 13. Auflage. Landsberg: Verlag Moderne Industrie.
- Hülksen, Herman (1995): Balanceakte. Krankenpflege und Management – (k)ein Widerspruch? In: Häusliche Pflege 4/7: 458 – 462.
- Hundenborn, Gertrud (2000): Stationäre Akutpflege. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa: 663 – 687.
- Hüper, Christa; Terbuyken, Gregor (1998): Berufsbegleitender Diplomstudiengang Pflegemanagement: Ein hochschuldidaktisches Konzept. In: Pflegezeitschrift 51/9 (Dokumentation).
- Ihne, Oliver (2012): Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hamburger Fern-Hochschule – Fachbereich Gesundheit und Pflege. Schriftliche Auskunft (E-Mail) zur Zukunftswerkstatt vom 28. September 2012.
- Ingwersen, Ruth (1999): Vom „Mädchen für alles“ zur Führungskraft im mittleren Management. Für eine andere Mitarbeiterführung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hamburg: Kovač.
- Janssen, Dirk (2002): Wirtschaftlichkeit und Qualität – Beispiel Krankenhaus. Studienbrief 15: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-015-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kälble, Karl (1997): Ausbildungs- und Weiterqualifizierungsangebote an Fachhochschulen. In: Kälble, Karl; Troschke, Jürgen von (Hrsg.): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg Band 8. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg: 94 – 110.
- Kälble, Karl; Troschke, Jürgen von (1998): Studienführer Gesundheitswissenschaften. Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg Band 9. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg.
- Kälble, Karl; Troschke, Jürgen von (Hrsg.) (1997): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg Band 8. Freiburg im Breisgau: Universität Freiburg.
- Kämmer, Karla; Schröder, Barbara (Hrsg.) (1998): Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche.
- Kanter, Rosabeth Moss (1998): Bis zum Horizont und weiter: Management in neuen Dimensionen. München, Wien: Hanser.

- Karl, Christian K. (2011): Kompetenzorientierte Planspiele – Ein Entwicklungsrahmen zur Konzeption von Planspielen in der Aus- und Weiterbildung. In: Kriz, Willy Christian (Hrsg.): Planspiele für die Personalentwicklung. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin: 23 – 57.
- Katholische Fachhochschule Freiburg (1993): Wir stellen uns vor. 2. Auflage. Herausgegeben vom Rektor der Katholischen Fachhochschule Freiburg – Hochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik und Pflege. Freiburg im Breisgau.
- Kerres, Andrea (2002a): Führung und Kommunikation: Management und Führung. Studienbrief 2: Pflegemanagement II [1305-581-002-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kerres, Andrea (2002b): Führung und Kommunikation: Konfliktmanagement. Studienbrief 4: Pflege-management II [1305-581-004-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kerres, Andrea (2003): Fortbildung, Weiterbildung, Führungskräfteentwicklung. Studienbrief 4: Wahlpflichtfach Personalmanagement [1305-561-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kerres, Andrea; Falk, Juliane (1999): Curriculum für das Studienfach Führung und Kommunikation – Pflegemanagement II. Teil A1 [2.15.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 30. August 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kerres, Andrea; Falk, Juliane; Seeberger, Bernd (Hrsg.) (1999): Lehrbuch Pflegemanagement. Berlin [u. a.]: Springer.
- Kerres, Andrea; Seeberger, Bernd (Hrsg.) (2001): Lehrbuch Pflegemanagement II. Berlin [u. a.]: Springer.
- Kerres, Andrea; Seeberger, Bernd; Mühlbauer, Bernd H. (Hrsg.) (2003): Lehrbuch Pflegemanagement III. Berlin [u. a.]: Springer.
- Kiesewetter, Thomas (2004): Handreichung für das Pflegemanagement. Studienbrief 3: Betriebliches Umweltmanagement [01-0587-003-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kilian, Robert (2014): Pflegerische Führungsrollen. Studienbrief 1: Nursing Leadership [01-0822-001-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kollak, Ingrid (1998): Leitungsaufgaben erlernen. Studiengang Pflege/Pflegemanagement an der ASFH in Berlin. In: BALK Info 9/33: 7.
- Krabbe, Mario (2003): Neue Managementaufgaben im Krankenhaus. Studienbrief 4: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kracht, Regine (2003): Pflegedokumentation. Studienbrief 8: Pflegewissenschaft I [1305-511-008-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Kracht, Regine (2004a): Anleitung Zukunftswerkstätten. Information für Studienzentren und Lehrbeauftragte – Stationäre Krankenversorgung, Stationäre Altenhilfe, Ambulante Dienste [09-0599-001-1]. Hamburg: Unveröffentlichte Anleitung der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kracht, Regine (2004b): Internes Dokument – Auswertung Zukunftswerkstatt (Frühjahrssemester 2004). Studierendenbogen vom 2. September 2004. Hamburg: Unveröffentlichte Auswertung der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kracht, Regine (2004c): Internes Dokument – Auswertung Zukunftswerkstatt (Frühjahrssemester 2004). Dozentenbogen vom 2. September 2004. Hamburg: Unveröffentlichte Auswertung der Hamburger Fern-Hochschule.

- Kramer, Marlene; Schmalenberg, Claudia (1989): Magnet-Spitäler. Institutionen mit Spitzenleistungen. 1. Teil. In: *Pflege* 2/2: 122 – 135.
- Kramer, Marlene; Schmalenberg, Claudia (1990): Magnet-Spitäler. Institutionen mit Spitzenleistungen. 2. Teil. In: *Pflege* 3/1: 13 – 23.
- Krause, Karin (1996): Studienführer Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Vom Krankenbett zur Universität. Hagen: Brigitte Kunz.
- Kraushaar, Dieter; Müller, Margret (1993): Der Studiengang „Pflege“ an der Fachhochschule Frankfurt am Main. In: *Fachhochschule Frankfurt am Main: Pflege auf dem Weg zur Hochschule. Ein neuer Studiengang*. Herausgegeben von Lothar Fitzek und Dieter Kraushaar. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag: 9 – 63.
- Kreutz-Arnold, Heike (2004): Operation Betriebswirtschaft. Deutschlands Kliniken müssen gleichzeitig Kosten senken und mehr Personal einstellen. Jedes fünfte Krankenhaus steht vor dem Aus. In: *Die Zeit* (Nr. 16 vom 7. April 2004: 25).
- Kreye-Wagner, Ursula; Wagner, Erwin (2003): Selbstmanagement und Moderation. Studienbrief 6: Methoden und Techniken [1305-557-006-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Kriz, Willy Christian (2007a): Den organisatorischen Wandel mit Planspielen gestalten. In: Kriz, Willy Christian (Hrsg.): *Planspiele für die Organisationsentwicklung*. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin: 11 – 40.
- Kriz, Willy Christian (2011a): Planspiele für die Personalentwicklung. In: Kriz, Willy Christian (Hrsg.): *Planspiele für die Personalentwicklung*. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin: 11 – 22.
- Kriz, Willy Christian (Hrsg.) (2007b): *Planspiele für die Organisationsentwicklung*. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Kriz, Willy Christian (Hrsg.) (2011b): *Planspiele für die Personalentwicklung*. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Kriz, Willy Christian; Hansen, Hanja (2007): SysTeamsChange – ein Changemanagementplanspiel. In: Kriz, Willy Christian (Hrsg.): *Planspiele für die Organisationsentwicklung*. Berlin. Wissenschaftlicher Verlag Berlin: 291 – 301.
- Krüger, Detlef; Modersitzki, Frank; Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (1997a): Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Hamburg: Fachhochschule Hamburg.
- Krüger, Detlef; Modersitzki, Frank; Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (1997b): Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. Unveröffentlichte Ergebnisdokumentation. Hamburg: Fachhochschule Hamburg.
- Kuhlmann, Ellen (1997): Qualifikationsbedarfe im Gesundheitswesen. In: *Public Health Forum* 17: 21.
- Kuhlmann, Ellen; Werner, Burkhard; Wilm, Burkhard (1997): Analyse und Identifikation von Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsfeldern für nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitssektor. Unveröffentlichte Expertise. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld.
- Kuhlmey, Adelheid; Winter, Maik H.-J. (1998): *Pflege-Eliten und ihre Berufschancen*. Neubrandenburg: Forschungsbericht.

- Kuhlmei, Adelheid; Winter, Maik H.-J.; Dräger, Dagmar (2002): Profession Pflege (2) – Professionalisierung der Pflege. Studienbrief 11: Pflegewissenschaft II [1305-551-011-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Kühnle, Silke (2003): Reorganisation im Gesundheitswesen. Studienbrief 1: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Küpper, Gunhild (1996): Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege. Pflegedienstleiterinnen als Führungskräfte zwischen Tradition und institutioneller Modernisierung. Bielefeld: Kleine.
- Küttner, Tina; Wiese, Michael; Roeder, Norbert (2005): Klinische Behandlungspfade: Hohe Qualität zu niedrigen Kosten – ein unlösbarer Zielkonflikt? In: Pflegezeitschrift 58/3: 176 – 179.
- Landenberger, Margarete (1998): Innovatoren des Gesundheitssystems. Dezentrale Handlungspotentiale von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen durch die Gesundheitsreformgesetzgebung. Bern [u. a.]: Huber.
- Lauterbach, Karl W. (2001): Disease Management in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten. Köln.
- Lehmkuhl, Kirsten (1994): Das Konzept der Schlüsselqualifikationen in der Berufspädagogik. Eine ausreichende Antwort auf die Qualifizierungsanforderungen der flexiblen Massenproduktion? Alsbach: Leuchtturm.
- Leppin, Gunhild; Rosenthal, Thomas (2006): Implementierung von klinischen Behandlungspfaden: Das Krankenhaus vor neuen organisatorischen Herausforderungen. In: Dieffenbach, Susanne; Harms, Käte; Heßling-Hohl, Monika; Müller, Joachim F. W.; Rosenthal, Thomas; Schmidt, Hans-Ulrich; Thiele, Günter (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: Economica. Loseblattausgabe (7. Aktualisierungslieferung D 1250).
- Lerner, Dieter; Rosenthal, Thomas (2007): Pflegemanagement im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung in der stationären Krankenversorgung. In: Dieffenbach, Susanne; Harms, Käte; Heßling-Hohl, Monika; Müller, Joachim F. W.; Rosenthal, Thomas; Ruser, Corinne; Schmidt, Hans-Ulrich (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: Economica. Loseblattausgabe (13. Aktualisierungslieferung N 2000).
- Lieb, Norbert (2010): Pflegemanagement als Beruf. Anforderungen und Aufgaben leitender Pflegekräfte im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer (2002): Experteninterview. In: Kühl, Stefan; Strodtholz, Petra (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 33 – 71.
- Lindemeyer, Tuula (2001): Der Pflegedienst im Rahmen der Leitungsstruktur des Krankenhauses sowie direktoriale versus kollegiale Abteilungsleitung – Münchner Modell. In: Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. Stuttgart, New York: Schattauer: 115 – 122.
- Lipowsky, Birgit (1998): Konzeptpapier zu den Fern-Fachhochschulstudiengängen Pflegemanagement und Pflege- bzw. Gesundheitspädagogik. Unveröffentlichtes Konzept. Nürnberg.
- Lohr, Karin; Landenberger, Margarete (1994): Synopse der Pflegestudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten der Bundesrepublik Deutschland. In: Pflege 7/1: 55 – 69.

- Luckow, Olaf; Rosenthal, Thomas (2006): Die Einführung klinischer Versorgungspfade bei Vivantes – Erfolgsfaktoren und Umsetzungshürden. In: Dieffenbach, Susanne; Harms, Käte; Heßling-Hohl, Monika; Müller, Joachim F. W.; Rosenthal, Thomas; Schmidt, Hans-Ulrich; Thiele, Günter (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: Economica. Loseblattausgabe (7. Aktualisierungslieferung N 1200).
- Malik, Fredmund (2000): Führen – Leisten – Leben. Wirksames Management für eine neue Zeit. Stuttgart, München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Malik, Fredmund (2002): Führung lernen: Berufsziel Führungskraft. In: ManagerSeminare 55: 30 – 40.
- Malik, Fredmund (2003): So entscheiden Sie richtig! In: ManagerSeminare 66: 29 – 34.
- Martin, Hans (2003a): Einführung – Grundlagen menschengerechter Arbeitsgestaltung. Studienbrief 1: Arbeitswissenschaft [1305-585-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Martin, Hans (2003b): Gestaltung (4) – Arbeitsumgebung. Studienbrief 5: Arbeitswissenschaft [1305-585-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Matthews, Arline; Whelan, Janet (2002): Stationsleitung. Handbuch für das mittlere Management in der Kranken- und Altenpflege. Bern [u. a.]: Huber.
- Maurer, Helmut (2001a): Grundlagen des Arbeitsrechts. Studienbrief 4: Recht der Pflege [1305-521-004-99-02-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Maurer, Helmut (2001b): Individualarbeitsrecht (1). Studienbrief 5: Recht der Pflege [1305-521-005-99-02-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Maurer, Helmut (2001c): Individualarbeitsrecht (2). Studienbrief 6: Recht der Pflege [1305-521-006-99-02-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Maurer, Helmut (2001d): Kollektives Arbeitsrecht/Arbeitsgerichtliches Verfahren. Studienbrief 7: Recht der Pflege [1305-521-007-99-02-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Mayer, Herbert, Heinritz, Charlotte (2002): Pflegeforschung (2) – Ausgewählte Studien zum Forschungsprozess. Studienbrief 4: Pflegewissenschaft II [1305-551-004-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Mayring, Philipp (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (1990): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2. Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Basel: Beltz.
- Mecke, Franziska; Senkbeil, Sabine (2005): Mehr Verantwortung für die Stationspflegeleitungen. Die Stationspflegeleitung als Prozesskoordinatorin. In: Heilberufe 57/4: 50 – 52.
- Mellerowicz, Konrad (1976): Sozialorientierte Unternehmensführung. In: Zeitschrift für Organisation 45: 429 – 433.
- Mentzel, Klaus (2003): Die permanente Krise. Warum wir uns nicht verändern wollen. München, Mering: Hampp.
- Mertens, Dieter (1974): Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 7/1: 36 – 43.

- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften: 71 – 93.
- Meyer, Jörg A. (2000): Einführung in die Pflege-theorien. Studienbrief 3: Pflegewissenschaft I [1305-011-003-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Meyer, Jörg A. (2001): Analyse eines Pflegemodells am Beispiel des Modells von Dorothea Orem. Studienbrief 4: Pflegewissenschaft I [1305-011-004-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Michaelis, Martina (2003a): Gestaltung (1) – Bewegung und Körperhaltung. Studienbrief 2: Arbeitswissenschaft [1305-585-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Michaelis, Martina (2003b): Gestaltung (3) – Arbeitszeit. Studienbrief 4: Arbeitswissenschaft [1305-585-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Mischo-Kelling, Maria (2001): Pflegeprozeß – System aufeinander bezogener Handlungen. Studienbrief 7: Pflegewissenschaft I [1305-011-007-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Mischo-Kelling, Maria (2003): Pflegeprozess – System aufeinander bezogener Handlungen. Studienbrief 7: Pflegewissenschaft I [1305-511-007-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Moers, Martin (2003): Pflegemanagement und Pflegewissenschaft – getrennte Welten oder sinnvolle Ergänzung? In: BALK Info 14/64: 14 – 16.
- Möllenhoff, Hannelore (1999): Curriculum für das Studienfach Stationäre Krankenversorgung – Studienschwerpunkt Teil A [2.17.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 18. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Möller, Johannes; Heib, Kai (2003): Fallstudie EFQM. Studienbrief 2: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement [1305-563-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Mühlbauer, Bernd H. (1999): Die neue Rolle der leitenden Pflegekräfte im Krankenhaus – Eine Anleitung zur qualitätsorientierten Organisationsentwicklung für entwicklungsfähige Pflegedienstleitungen. In: Braun, Günther E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel: 781 – 813.
- Müller, Elke (2001a): Grundlegende Pflegemodelle aus dem internationalen Raum im Überblick. Studienbrief 5: Pflegewissenschaft I [1305-011-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Müller, Elke (2001b): Entwicklung von Pflegemodellen und -konzepten aus dem deutschsprachigen Raum. Studienbrief 6: Pflegewissenschaft I [1305-011-006-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Müller, Elke (2003a): Einführung in die Pflegewissenschaft und Instrumente zur Analyse und Bewertung von pflegetheoretischen Modellen. Studienbrief 2: Pflegewissenschaft I [1305-511-002-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Müller, Elke (2003b): Grundlegende internationale pflegetheoretische Modelle im Überblick. Studienbrief 3: Pflegewissenschaft I [1305-511-003-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlicher Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.

- Müller, Elke (2003c): Pflge theoretische Adaptionen im deutschen Sprachraum. Studienbrief 5: Pflegewissenschaft I [1305-511-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Müller, Joachim F. W. (1999): Curriculum für das Studienfach Stationäre Altenhilfe – Studienschwerpunkt Teil A [2.17.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 14. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Müller, Joachim F. W. (2004a): Strategie und Führung. Studienbrief 1: Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe [01-0573-001-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Müller, Joachim F. W. (2004b): Personal und Prozessplanung. Studienbrief 2: Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe [01-0573-002-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Müller, Joachim F. W. (2004c): Qualitäts- und Ergebnissicherung. Studienbrief 3: Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe [01-0573-003-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Müller, Joachim F. W. (2004d): Studienanleitung zur Studie von Günter Roth (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund. Studienbrief 4: Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe [02-0573-004-1]. Hamburg: Unveröffentlichte Studienanleitung der Hamburger Fern-Hochschule.
- Müller, Marie-Luise; Geißner, Ursula; Mühlbauer, Bernd. H. (Hrsg.) (2003): Management und Pflege im DRG-Zeitalter. Führungswandel und Wandel durch Führung. München: Luchterhand.
- Müller, Marie-Luise; Reinhart, Margarete (2002): Pflegemanagement als Element des Krankenhausmanagements. In: Haubrock, Manfred; Schär, Walter (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3. Auflage. Bern [u. a.]: Huber: 379 – 424.
- Mutius, Bernhard von (2002a): Wertebalancierte Unternehmensführung. Warum es gilt, immaterielle Werte in Strategie- und Steuerungssysteme zu integrieren – ein Plädoyer. In: Harvard Business Manager 24/5: 9 – 23.
- Mutius, Bernhard von (2002b): „Moral in die Kostenrechnung.“ Konzernskandale und Kursverfall: Alle reden über den Vertrauensverlust der Wirtschaft – aber woran erkennt man glaubwürdige Unternehmen? In: Die Zeit. Nr. 40 vom 20. September 2002: 27.
- Naegler, Heinz (2002): Personalmanagement – Grundlagen (1): Einführung. Studienbrief 5: Pflegemanagement II [1305-581-005-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Notthoff, Irmgard (2001): Pflegedokumentation. Studienbrief 9: Pflegewissenschaft I [1305-011-009-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Oehmen, Ulrike (2007): Die verantwortliche Pflegefachkraft – Aufgaben und Anforderungen. In: Dieffenbach, Susanne; Harms, Käte; Heßling-Hohl, Monika; Müller, Joachim F. W.; Rosenthal, Thomas; Ruser, Corinne; Schmidt, Hans-Ulrich (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: Economica. Loseblattausgabe (12. Aktualisierungslieferung B 3700).
- Olfert, Klaus; Pischulti, Helmut (2013): Unternehmensführung. 6. Auflage. Herne: Kiehl.
- Oppolzer, Alfred (1989): Handbuch Arbeitsgestaltung: Leitfaden für eine menschengerechte Arbeitsorganisation. Hamburg: VSA.
- Oppolzer, Alfred (1999): Curriculum für das Studienfach Arbeitswissenschaft [2.14] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 10. November 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.

- OSP HFH 2004 | Ordnung über den Studienablauf und die Prüfungsplanung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vom 5. Januar 2004. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- Otto, Manja (2006): Empirische Untersuchung zu den Aufgaben und Anforderungen pflegerischer Führungskräfte. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Paechter, Manuela; Maier, Brigitte; Grabensberger Eva (2007): Evaluation medienbasierter Lehre mittels der Einschätzung des Kompetenzerwerbs. In: Zeitschrift für Medienpsychologie 19/2: 68 – 75.
- Paechter, Manuela; Skliris, Brigitte; Macher, Daniel (2011): Evaluation universitärer Lehre mittels Einschätzungen des subjektiven Kompetenzerwerbs. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 58: 128 – 138.
- Paetow, Holger (2001): Analyse der Pflegemärkte. Studienbrief 6: Gesundheitsökonomie und -politik [1305-525-006-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Panfil, Eva-Maria; Veith, Jessika (2008): Teilprojekt I – Quantitative Befragung zu Berufseinmündung und -verbleib der hessischen PflegewirtInnen der Absolventenjahrgänge 2000 bis 2005. In: Höhmann, Ulrike; Panfil, Eva-Maria; Stegmüller, Klaus (2008): BuBI – Berufseinmündung und Berufsverbleib hessischer Diplom-PflegewirtInnen. Eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung – Forschungsbericht. Frankfurt am Main: 8 – 30.
- Peters, Otto (1997): Didaktik des Fernstudiums. Erfahrungen und Diskussionsstand in nationaler und internationaler Sicht. Neuwied [u. a.]: Luchterhand.
- Peters, Thomas J.; Waterman, Robert H. (1991): Auf der Suche nach Spitzenleistungen. Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann. 3. Auflage. München: mvg.
- Pfadenhauer, Michaela (2003): Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Dortmund, Opladen: Leske + Budrich.
- Pflegeforum Ludwigshafen (1997): Die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge und ihre Akzeptanz im Gesundheitswesen. Ansätze zu einer Arbeitsmarktforschung für AbsolventInnen dieser Studiengänge in der Pflege. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.): PflegekultTour 2001 – Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main: Mabuse: 194 – 205.
- Pippig, Melanie (2003): Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus. Wismarer Diskussionspapiere. Heft3. Wismar: Hochschule Wismar.
- PO FFH 2000 | Diplomprüfungsordnung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Fern-Fachhochschule Hamburg gemeinnützige GmbH vom 20. November 2000. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- PO FH Frankfurt 1995 | Prüfungsordnung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt am Main für den Studiengang Pflegemanagement vom 21. November 1995. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen – H II 2.1-486/282(4)-1 (Nr. 38/1996): 3042 – 3052.
- PO FH Frankfurt 2002 | Prüfungsordnung des Fachbereichs 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Health and Social Work der Fachhochschule Frankfurt am Main (University of Applied Sciences) für den Studiengang Pflegemanagement vom 26. Juni 2002. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen – H I 1.5-486/282(4)-6 (Nr. 17/2003): 1700 – 1712.
- PO FH Hamburg 1998 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflege an der Fachhochschule Hamburg (Beschlusslage vom 27.10.1998). Hamburg.

- PO FH Jena 2001 | Prüfungsordnung für den Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement im Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Jena vom 11. Mai 2001 – Az. H1-437/567/2-3. In: www.pflege.sw.fh-jena.de [14.6.2014].
- PO FH Münster 1995 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster vom 28. Juni 1995. In: Gemeinsames Amtsblatt des Kultusministeriums und des Ministeriums für Wissenschaft – GABl. NW. II (Nr. 12/1995): 351 – 357.
- PO FH Münster 2001 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster vom 12. Dezember 2001 (Amtliche Bekanntmachungen). Herausgegeben vom Rektor der Fachhochschule Münster (25/2001). In: www.Fh-muenster.de [12.6.2014].
- PO FH Neubrandenburg 1998 | Diplomprüfungsordnung der Fachhochschule Neubrandenburg für den Studiengang Pflege und Gesundheit vom 14. Oktober 1998. In: Mitteilungsblatt des Kultusministeriums Mecklenburg-Vorpommern (Nr. 11/1998): 915 – 925.
- PO FH Osnabrück 1994 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Krankenpflege an der Fachhochschule Osnabrück vom 14. Februar 1994 – 1071-24317-15. In: Niedersächsisches Ministerialblatt – Nds. MBl. (Nr. 15/1994): 515 – 522.
- PO FH Osnabrück 1997a | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Krankenpflegemanagement (KPM) an der Fachhochschule Osnabrück (Fachbereich Wirtschaft) vom 7. Mai 1997 – 11 B.1-743 25-12. In: Niedersächsisches Ministerialblatt – Nds. MBl. (Nr. 25/1997): 927 – 937.
- PO FH Osnabrück 1997b | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück (Fachbereich Wirtschaft) vom 26. September 1997 – 11 B.1-74325-13. In: Niedersächsisches Ministerialblatt – Nds. MBl. (Nr. 5/1998): 165 – 173.
- PO FH Osnabrück 2004a | Besonderer Teil der Prüfungsordnung für die Diplomstudiengänge Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens (BIG) und Krankenpflegemanagement (KPM) der Fachhochschule Osnabrück (Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften) vom 12. März 2004. In: www.hs-osnabrueck.de [14.6.2014].
- PO FH Osnabrück 2004b | Besonderer Teil der Prüfungsordnung für den berufsbegleitenden Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Osnabrück vom 13. Februar 2004. In: www.hs-osnabrueck.de [14.6.2014].
- PO HFH 2003 | Diplomprüfungsordnung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vom 1. September 2003. Hamburg: Fern-Fachhochschule.
- PO HS Bremen 2002 | Diplomprüfungsordnung der Hochschule Bremen für den Internationalen Studiengang für Pflegeleitung (Fachspezifischer Teil) vom 25. Juni 2002. In: Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen – H 1270 (Nr. 36/2003): 285 – 294.
- PO KFH Norddeutschland 1993 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Sozialökonomie mit der Studienrichtung Pflegemanagement im Fachbereich Gesundheitspflege an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland vom 20. Juli 1993. In: Niedersächsisches Ministerialblatt – Nds. Mbl. (Nr. 33/1993): 1100 – 1108.
- PO MLU Halle-Wittenberg 1999 | Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Medizinische Fakultät) vom 30. Juli 1999 – 55-74301 (Ministerialblatt LSA Nr. 33/1999). In: www.verwaltung.uni-halle.de [14.6.2014].
- Pohlmann, Markus C. (2002): Management, Organisation und Sozialstruktur – Zu neuen Fragestellungen und Konturen der Managementsoziologie. In: Schmidt, Rudi; Gergs, Hans-Joachim; Pohlmann, Markus C. (Hrsg.): Managementsoziologie. Themen, Desiderate, Perspektiven. München, Mering: Hampp: 227 – 244.

- PPO FH Frankfurt 1995 | Prüfungsordnung und Praktikumsordnung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt am Main für den Studiengang Pflege vom 12. Dezember 1995. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen – H II 2.1-486/282(4)-5 (Nr. 37/1996): 2889 – 2902.
- Prokosch, Hans-Ulrich (2003): EDV im Gesundheitswesen. Studienbrief 2: Informations- und Kommunikationstechnologien [1305-583-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Ptak, Hildebrand (2004): Der Beitrag der Betriebswirtschaftslehre für das Pflegemanagement. In: Pflegemagazin 5/1: 26 – 44.
- Rahn, Horst-Joachim (2012): Unternehmensführung. 8. Auflage. Herne: Kiehl.
- Rambow-Bertram, Petra; Stamer, Maren (1999a): Curriculum für das Studienfach Qualitätsmanagement – Pflegemanagement II. Teil A2 [2.15.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 18. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Rambow-Bertram, Petra; Stamer, Maren (1999b): Curriculum für das Studienfach Qualitätsmanagement – Wahlpflicht [2.16.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 18. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Ramme, Iris (1990): Die Arbeit von Führungskräften. Konzepte und empirische Ergebnisse. Bergisch Gladbach, Köln: Eul.
- Recken, Heinrich (2003): Entstehung und Entwicklung der modernen Pflege in Deutschland. Studienbrief 1: Pflegewissenschaft I [1305-511-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Reif, Marina (2006): Pflegemanagement im Wandel. Neue Führungsstrukturen im Pflegedienst. In: Krankenhaus Umschau 75/2: 135.
- Reiners, Hartmut (2006): Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Remmers, Hartmut (2002a): Ethik und Pflege (1) – Theorien und Prinzipien. Studienbrief 7: Pflegewissenschaft II [1305-551-007-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Remmers, Hartmut (2002b): Ethik und Pflege (2) – Probleme und Anforderungen. Studienbrief 8: Pflegewissenschaft II [1305-551-008-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Remmers, Hartmut (2007): Ethik und Pflegemanagement. In: Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Pflegemanagement. Grundlagen und Praxis. Heidelberg: Economica (Kapitel 4.1).
- Remmers, Hartmut; Friesacher, Heiner (2000a): Einführung – Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft: wissenschaftstheoretische Bezüge. Studienbrief 1: Pflegewissenschaft I [1305-011-001-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Remmers, Hartmut; Friesacher, Heiner (2000b): Einführung – Entwicklung und Stand der Pflege und Pflegewissenschaft: nationaler und internationaler Kontext. Studienbrief 2: Pflegewissenschaft I [1305-011-002-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Renn, Heinz (2001): Grundlagen der Statistik. Studienbrief 4: Empirische Methoden [1305-527-004-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa.

- Richter, Ronald (1999): Curriculum für das Studienfach Recht der Pflege [2.5] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 1. November 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001a): Einführung in das Recht – Allgemeine Grundlagen. Studienbrief 1: Recht der Pflege [1305-521-001-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001b): Zivilrecht – Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht. Studienbrief 2: Recht der Pflege [1305-521-002-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001c): Reader – Einführung und Materialien. Studienbrief 8: Recht der Pflege [1305-521-008-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001d): Leistungsrecht. Studienbrief 9: Recht der Pflege [1305-521-009-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001e): Leistungserbringungsrecht. Studienbrief 10: Recht der Pflege [1305-521-010-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2001f): Verfahrensrecht. Studienbrief 11: Recht der Pflege [1305-521-011-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Richter, Ronald (2003a): Reader – Einführung und Materialien. Studienbrief 6: Recht der Pflege [1305-521-006-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Richter, Ronald (2003b): Leistungsrecht. Studienbrief 7: Recht der Pflege [1305-521-007-01-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Richter, Ronald (2003c): Leistungserbringungsrecht. Studienbrief 8: Recht der Pflege [1305-521-008-01-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Richter, Ronald; Leibing, Wolfgang (2003): Zivilrecht – Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht. Studienbrief 2: Recht der Pflege [1305-521-002-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Richter, Ronald; Ruser, Corinne (2003): Verfahrensrecht. Studienbrief 9: Recht der Pflege [1305-521-009-01-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Riedel, Jörg (2012): Wissen darstellen – Texte schreiben. Studienbrief 6: Wissenschaftliches Arbeiten [01-0801-006-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1993): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege: Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. Gerlingen: Bleicher.
- Roeder, Norbert; Hindle, Don; Loskamp, Norbert; Juhra, Christian; Hensen, Peter; Bunzemeier, Holger; Rochell, Bernhard (2003): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden: Instrumente zur Verbesserung der Organisation klinischer Prozesse. In: das Krankenhaus 95/1: 20 – 27.
- Rohde, Bernhard (1989): Sozialpädagogische Hochschulausbildung. Eine vergleichende Untersuchung von Studiengängen an Fachhochschulen und wissenschaftlichen Hochschulen. Frankfurt am Main [u. a.]: Lang.
- Roland Berger Strategy Consultants (2002): Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie. Präsentationsfolien der Studiendokumentation. Berlin.

- Rose, Peter M. (2002a): Dienstleistungsmarketing (1). Studienbrief 2: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-002-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Rose, Peter M. (2002b): Dienstleistungsmarketing (2). Studienbrief 3: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-003-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Rosenstiel, Lutz von (2003): Grundlagen der Organisationspsychologie. Basiswissen und Anwendungshinweise. 5. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Rosenthal, Thomas (1993): Der Arbeits- und Gesundheitsschutz des Krankenpflegepersonals angesichts der EG-Richtlinie zum „Heben und Tragen“. Eine empirische Studie zur derzeitigen Situation und zu den Gestaltungsmöglichkeiten. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 46/3 (Beilage Pflegeforschung).
- Rosenthal, Thomas (1999): Grundständiger Studiengang Pflegemanagement – Konzept. Unveröffentlichtes Dokument. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Rosenthal, Thomas (2003a): Organisationsmanagement – Grundlagen (1): Einführung in die Organisationsentwicklung. Studienbrief 9: Pflegemanagement II [1305-581-009-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Rosenthal, Thomas (2003b): Management des organisatorischen Wandels: Handlungsfelder und Aufgabenbereiche – Teil 1 (Lehrtext). Studienbrief 5: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Rosenthal, Thomas (2003c): Management des organisatorischen Wandels: Handlungsfelder und Aufgabenbereiche – Teil 2 (Anhang). Studienbrief 5: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Rosenthal, Thomas (2010): Empirische Forschungsergebnisse zu den Qualifikationsanforderungen im Pflegemanagement – eine Übersicht. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Lerner, Dieter; Müller, Joachim F. W.; Roes, Martina; Rosenthal, Thomas; Schmidt, Roland (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: medhochzwei. Loseblattausgabe (28. Aktualisierungslieferung C 1030).
- Rosenthal, Thomas (2013): Psychische Belastungen und Beanspruchungen beim Pflegepersonal – konzeptionelle Ansätze, empirische Studien, praxisbezogene Fallreflexion. In: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Lerner, Dieter; Müller, Joachim F. W.; Roes, Martina; Rosenthal, Thomas; Schmidt, Roland; Thiele, Günter (Hrsg.): Management Handbuch Pflege Online. Heidelberg: medhochzwei (38. Update B 4500).
- Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (2001): Unternehmenskultur in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In: Fischer, Helmuth; Gerhardt, Ernst-Peter; Greulich, Andreas; Räßle, Thilo; Schneider, Elvira; Thiele, Günter; Ulmer, Hans Ulrich; Degener-Hencke, Udo (Hrsg.): Management Handbuch Krankenhaus. Heidelberg: R. v. Decker. Loseblattausgabe (36. Aktualisierungslieferung 2705).
- Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (2004): „Neue“ Managementansätze. Bedeutung für das Pflegemanagement. In: Pflegemagazin 5/4: 24 – 36.
- Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf (2005): Prinzipien erfolgreichen Managements – eine Übersicht neuerer Managementansätze. In: Dieffenbach, Susanne; Harms, Käte; Heßling-Hohl, Monika; Müller, Joachim F. W.; Rosenthal, Thomas; Schmidt, Hans-Ulrich; Thiele, Günter (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg: Economica. Loseblattausgabe (6. Aktualisierungslieferung C 1150).

- Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf; Krüger, Detlef (2000): Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf in mittleren Positionen des Pflegebereichs – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: *Pflegezeitschrift* 53/1 (Dokumentation).
- Rosenthal, Thomas; Töllner, Ralf; Krüger, Detlef (2001): Gefragt sind mehr Managementkompetenzen. Untersuchung zum Qualifikationsbedarf in ambulanten Diensten. In: *Häusliche Pflege* 10/2: 14 – 19.
- Rosenthal, Thomas; Wagner, Erwin (2003): Leitkonzept Gesundheitsförderung: Modellprojekt Health Promoting Hospitals – zwei Fallstudien. Studienbrief 3: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement [1305-565-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Rössler, Patrick (2010): *Inhaltsanalyse*. 2. Auflage. Konstanz: UVK.
- Roth, Günter (2001): *Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 226. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roth, Günter (2002): *Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend*. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.
- Ruprecht, Thomas (2003): *Kundenbefragung*. Studienbrief 4: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement [1305-563-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003a): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Langfassung. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten. Bonn.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003b): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Kurzfassung. Gutachten. Bonn.
- Schaeper, Hildegard (2005): Was sind Schlüsselkompetenzen, warum sind sie wichtig und wie können sie gefördert werden? Vortrag auf der AKC-Jahrestagung in Gießen (Juni 2005). In: www.his.de [9.3.2006].
- Schaeper, Hildegard; Briedis, Kolja (2004): *Kompetenzen von Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform*. HIS Kurzinformation A 6. Hannover. In: www.his.de [9.9.2010].
- Schäfer, Wolfgang; Jacobs, Peter (2002): *Praxisleitfaden Stationsleitung*. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schär, Walter (2003): *Personalplanung, Personalbedarfsdeckung, Personalanpassung*. Studienbrief 1: Wahlpflichtfach Personalmanagement [1305-561-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schirmer, Frank (1992): *Arbeitsverhalten von Managern: Bestandsaufnahme, Kritik und Weiterentwicklung der Aktivitätsforschung*. Wiesbaden: Gabler.
- Schirmer, Frank (2004): *Managerrollen und Managerverhalten*. In: Schreyögg, Georg; Werder, Axel von (Hrsg.): *Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation*. 4. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel: 813 – 820.
- Schmidt, Christiane (2000): *Analyse von Leitfadeninterviews*. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 447 – 456.

- Schmidt, Hans-Ulrich (2003): Personalbeurteilung, Personaleinsatzplanung, Personaldaten. Studienbrief 2: Wahlpflichtfach Personalmanagement [1305-561-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Brugger, Wolfgang (2003): Pflegesatzverhandlung. Studienbrief 4: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung [1305-571-004-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha E. (2000): Pflege im Wandel. Ein Praxishandbuch für Führungskräfte im Krankenhaus. Stuttgart [u. a.]: Kohlhammer.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha E. (2002): Personalmanagement – Grundlagen (2): Personalentwicklung. Studienbrief 6: Pflegemanagement II [1305-581-006-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha E. (2003a): Konsequenzen der Ökonomisierung: Problemanalyse. Studienbrief 1: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung [1305-571-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha E. (2003b): Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte 1. Studienbrief 2: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung [1305-571-002-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha E. (2003c): Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte 2. Studienbrief 3: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung [1305-571-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schneider, Hans-Dieter; Thuring, Sandra; Ruthemann, Ursula (1999): Führungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim. Management durch Einsicht in Komplexitäten. 5. Auflage. Heidelberg: Asanger.
- Schrader, Ulrich (2003): Einführung. Studienbrief 1: Informations- und Kommunikationstechnologien [1305-583-001-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Schroeter, Klaus R. (2000a): Einführung – Reader: Dokumente aus dem Pflegealltag. Studienbrief 1: Soziologie [1305-040-001-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2000b): Allgemeine Soziologie – Grundlagen. Studienbrief 2: Soziologie [1305-040-002-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2000c): Allgemeine Soziologie – Theorien und Konzepte. Studienbrief 3: Soziologie [1305-040-003-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2000d): Spezielle Soziologie – Sozialisation, Beruf, Familie. Studienbrief 4: Soziologie [1305-040-004-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2001a): Spezielle Soziologie – Alter, Medizin, Organisation. Studienbrief 5: Soziologie [1305-040-005-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2001b): Soziologie der Pflege – Pflegerische Berufsvollzüge und Professionalisierung der Pflege. Studienbrief 6: Soziologie [1305-040-006-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schroeter, Klaus R. (2001c): Soziologie der Pflege – Organisationsstrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Studienbrief 7: Soziologie [1305-040-007-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Schroeter, Klaus R. (2003): Pflege als figuratives Feld – Ein soziologischer Zugang zum Pflegemanagement. In: Pflegemagazin 4/5: 38 – 50.
- Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Grundlagentexte Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa.
- Schumacher, Harald (1999): Curriculum für das Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik [2.7] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 31. Mai 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schumacher, Harald (2001a): Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik. Studienbrief 1: Gesundheitsökonomie und -politik [1305-525-001-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schumacher, Harald (2001b): Einführung in die Gesundheitsökonomie. Studienbrief 2: Gesundheitsökonomie und -politik [1305-525-002-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Schütz-Pazzini, Petra (2001): Pflegeprozeß – System aufeinander bezogener Konzepte. Studienbrief 8: Pflegewissenschaft I [1305-011-008-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Schweer, Martin K. W.; Thies, Barbara (2003): Vertrauen als Organisationsprinzip. Perspektiven für komplexe soziale Systeme. Bern [u. a.]: Huber.
- Sießegger, Thomas (1997): Handbuch Betriebswirtschaft. Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten. Hannover: Vincentz.
- Sießegger, Thomas (1998a): Pflegedienst sucht Superfrau. Teil 1: Was eine Pflegedienstleitung alles können muß. In: Häusliche Pflege 7/10: 18 – 22.
- Sießegger, Thomas (1998b): Pflegedienst sucht Superfrau. Teil 2: Arbeitsprofil einer Pflegedienstleitung. In: Häusliche Pflege 7/11: 24 – 28.
- Sießegger, Thomas (2002a): Ambulante Einrichtungen (1) – Nicht-Markt-Prozesse/Marktzufuhr. Studienbrief 12: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-012-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Sießegger, Thomas (2002b): Ambulante Einrichtungen (2) – Rechnungswesen/Finanzierung/Personal. Studienbrief 13: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-013-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- SO EFH Berlin 1998 | Studienordnung für den Studiengang Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin vom 6. Mai 1998. In: EFB-Mitteilungen VIII/2001. Herausgegeben von der Rektorin der Evangelischen Fachhochschule Berlin (19. Juli 2001).
- SO EFH Hannover 1999 | Studienordnung zum berufsbegleitenden Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Hannover vom 20. Januar 1999. In: Studienführer der Evangelischen Fachhochschule Hannover: 278 – 286. In: www.hs-hannover.de [15.6.2014].
- SO EFH Ludwigshafen 1994 | Studienordnung für die Studiengänge Pflegeleitung und Pflegelehre des Fachbereichs Pflege an der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen, Ludwigshafen vom 10. Mai 1994. In: Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz. Amtliche Bekanntmachungen (Nr. 22/1994) vom 27. Juni 1994: 659 – 662.
- SO FFH 2000 | Studienordnung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Fern-Fachhochschule Hamburg gemeinnützige GmbH vom 20. November 2000. Hamburg: Fern-Fachhochschule.

- SO FH Frankfurt 1995a | Studienordnung für den berufsbegleitenden Studiengang Pflegemanagement am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt am Main vom 21. November 1995. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen – H II 2.1-486/282(5)-1 (Nr. 38/1996): 3038 – 3041.
- SO FH Frankfurt 1995b | Studienordnung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Frankfurt am Main für den Studiengang Pflege vom 12. Dezember 1995. In: Staatsanzeiger für das Land Hessen – H II 2.1-486/282(2)-1 (Nr. 37/1996): 2885 – 2888.
- SO FH Jena 2004 | Studienordnung für den Diplom-Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement im Fachbereich Sozialwesen an der Fachhochschule Jena vom 5. Juli 2004. In: www.pflege.sw.fh.jena.de [14.6.2014].
- SO FHAS Berlin 2000 | Studienordnung für den Studiengang Pflege/Pflegemanagement der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Alice Salomon vom 17. Februar 2000 (1. Änderung). In: www.ash-berlin.eu [12.6.2014].
- SO HFH 2003 | Studienordnung für den grundständigen Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule vom 30. Juni 2003. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- SO KFH Mainz 1997 | Studienordnung für den Studiengang Pflegemanagement des Fachbereichs Pflege an der Katholischen Fachhochschule Mainz vom 4. Juli 1997 (Staatsanzeiger vom 13. Oktober 1997) in der Fassung vom 16. April 2002. In: www.kfh-mainz.de [12.6.2014].
- SO KFH NRW 1999 | Studienordnung für den Studiengang Pflegemanagement des Fachbereichs Gesundheitswesen an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen vom 13. Juli 1999 – Az. 223-8135.12/142. In: www.katho-nrw.de [14.6.2014].
- SO MLU Halle-Wittenberg 2000 | Studienordnung für den Studiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Medizinische Fakultät) vom 13. Juni 2000 (Amtsblatt Nr. 4/2002). In: www.verwaltung.uni-halle.de [14.6.2014].
- SO WH Zwickau 2002 | Studienordnung für den Studiengang Pflegemanagement an der Westsächsischen Hochschule Zwickau (FH) im Fachbereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften i. G. vom 15. Mai 2002. In: www.fh-zwickau.de [11.6.2014].
- Sowinski, Christine; Maciejewski, Britta (2000): Stationäre Langzeitpflege. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa: 689 – 704.
- SPO EFH Nürnberg 2001 | Studien- und Prüfungsordnung für den Diplomstudiengang Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg vom 7. Juni 2001. In: Amtsblatt der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und Wissenschaft, Forschung und Kunst – KWMBL. II. B 3177 A (Nr. 5/2002): 641 – 651.
- SPO FH Hamburg 2001 | Prüfungs- und Studienordnung des Studienganges Pflege an der Fachhochschule Hamburg vom 6. November 2001. In: Amtlicher Anzeiger Nr. 62. Teil II des Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblattes – C 1160 B (3. Juni 2002): 2097 – 2108.
- SPO FH Würzburg 1997 | Studien- und Prüfungsordnung für den Fachhochschulstudiengang Pflegemanagement der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt-Aschaffenburg vom 17. November 1997. In: Amtsblatt der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und Wissenschaft, Forschung und Kunst – KWMBL. 221041.0956-K (Nr. 7/1998): 550 – 556.
- SPO KFH Freiburg 1993 | Studien- und Prüfungsordnung der Katholischen Fachhochschule Freiburg (staatlich anerkannt) – Hochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik und Pflege vom 18. November 1993. Freiburg im Breisgau.

- SPO KFH München 1998 | Studien- und Prüfungsordnung der Katholischen Stiftungsfachhochschule München vom 5. Mai 1998. In: Amtsblatt der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und Wissenschaft, Forschung und Kunst – KWMBL. 221061.06-K (Nr. 11/1998): 1262 – 1289.
- Sprenger, Reinhard K. (2002): Vertrauen führt. Worauf es im Unternehmen wirklich ankommt. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Städler-Mach, Barbara (1999): Ethische Grundlagen für das berufliche Handeln im Pflegemanagement. In: Kerres, Andrea; Falk, Juliane; Seeberger, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch Pflegemanagement. Berlin [u. a.]: Springer: 1 – 15.
- Städler-Mach, Barbara (2003): Wirtschafts- und Unternehmensethik. In: Kerres, Andrea; Seeberger, Bernd; Mühlbauer, Bernd H. (Hrsg.): Lehrbuch Pflegemanagement III. Berlin [u. a.]: Springer: 1 – 11.
- Staehe, Wolfgang H. (1994): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 7. Auflage. München: Vahlen.
- Statistisches Bundesamt (2014): Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen – Wintersemester 2013/2014. Fachserie 11. Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015): Statistische Angaben (Excel-Tabelle) zu den Studierenden an Hochschulen in den Studiengängen Pflegewissenschaft und Pflegemanagement (Fächergruppe 05.234) in Deutschland – 2004 bis 2014 (Bereitstellung durch Thomas Weise am 31. Juli 2015).
- Stehr, Wolfgang (2003): Gestaltung eines Informations- und Kommunikationssystems – Einführung am Beispiel einer Reha-Klinik. Studienbrief 3: Informations- und Kommunikationstechnologien [1305-583-003-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Steiner, Karin (2004): Internes Dokument – Vorbereitungsunterlagen zur Zukunftswerkstatt im Studienschwerpunkt Ambulante Dienste vom 16. – 17. November 2004 am Studienzentrum München. Hamburg: Unveröffentlichte Vorbereitungsunterlagen der Hamburger Fern-Hochschule.
- Steinmann, Horst; Schreyögg, Georg (2000): Management. Grundlagen der Unternehmensführung: Konzepte – Funktionen – Fallstudien. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Stemmer, Renate (2003): Das Pflegemodell von Karin Wittneben als ein Beispiel für Pflegemodelle aus dem deutschsprachigen Raum. Studienbrief 6: Pflegewissenschaft I [1305-511-006-03-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Stewart, Rosemary (1982): Choices for the Manager. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice-Hall.
- Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft (Hrsg.) (2004): Schlüsselkompetenzen und Beschäftigungsfähigkeit. Konzepte für die Vermittlung überfachlicher Qualifikationen an Hochschulen. Essen: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft.
- Strünck, Christoph (2007): Gesundheitssystem der Bundesrepublik – Strukturelle Probleme und aktuelle Reformansätze. Studienbrief 3: Gesundheitsökonomie und -politik. 3. Auflage [01-0525-003-3]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Tausch, Helga (1995): Neue Anforderungen an die leitende Pflegefachkraft in ambulanten Diensten. In: Häusliche Pflege 4/8: 572 – 574.
- Thiele, Günter (1999a): Curriculum für das Studienfach Betriebswirtschaft I [2.2] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 4. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Thiele, Günter (1999b): Curriculum für das Studienfach Betriebswirtschaft II [2.11] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 5. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2000): Reader: Überblick mit Fallbeispielen. Studienbrief 1: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen/Pflegewirtschaftslehre [1305-021-001-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002a): Einführung – Pflegewirtschaftliche Grundlagen. Studienbrief 5: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-005-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002b): Krankenhaus (1) – Marktzufuhr/Nicht-Markt-Prozesse. Studienbrief 6: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-006-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002c): Krankenhaus (2) – Rechnungswesen/Finanzierung. Studienbrief 7: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-007-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002d): Krankenhaus (3) – Personalwirtschaft/Controlling/Marketing. Studienbrief 8: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-008-02-01-1-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002e): Stationäre Einrichtungen (1) – Nicht-Markt-Prozesse/Marktzufuhr. Studienbrief 9: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-009-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002f): Stationäre Einrichtungen (2) – Rechnungswesen/Finanzierung. Studienbrief 10: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-010-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002g): Stationäre Einrichtungen (3) – Controlling/Marketing/Personal. Studienbrief 11: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre [1305-553-011-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Thiele, Günter (2002h): Pflegewirtschaftslehre für das Krankenhaus. Heidelberg: Hüthig.
- Thiele, Günter; Büche, Volker; Roth, Monika (2006): Pflegewirtschaftslehre für das Krankenhaus und die stationäre und ambulante Altenhilfe. Heidelberg: Economica.
- Thiele, Günter; Greulich, Andreas (2003): Strategie und Planung. Studienbrief 14: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre. 2. Auflage [1305-553-014-02-02-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Thiele, Günter; Koch, Veronika (1998): Betriebswirtschaftslehre. Eine Einführung für Pflegeberufe. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Töllner, Ralf; Rosenthal, Thomas (1999a): Curriculum für das Studienfach Personalmanagement – Pflegemanagement II. Teil A2 [2.15.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 29. November 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Töllner, Ralf; Rosenthal, Thomas (1999b): Curriculum für das Studienfach Personalmanagement – Wahlpflicht [2.16.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 29. November 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Töllner, Ralf; Rosenthal, Thomas (1999c): Curriculum für das Studienfach Fachprojekt [2.17.3] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 7. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Trill, Roland (1999): Curriculum für das Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien [2.13] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 9. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Trinczek, Rainer (2005): Wie befrage ich Manager? Methodische und methodologische Aspekte des Experteninterviews als qualitativer Methode empirischer Sozialforschung. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften: 209 – 220.
- Uhde, Claudia (1997): Die Rolle der Stationsleitung im Krankenhaus der Zukunft: Die Aufgaben müssen neu verteilt werden. In: Pflegezeitschrift 51/8: 475 – 477.
- Ulrich, Peter; Fluri, Edgar (1995): Management. Eine konzentrierte Einführung. 7. Auflage. Bern [u. a.]: Haupt.
- Uzarewicz, Charlotte; Dibelius, Olivia (2001): Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse versus Pflegemanagement? In: Kerres, Andrea; Seeberger, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch Pflegemanagement II. Berlin [u. a.]: Springer: 197 – 233.
- Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2002a): Kultur und Pflege (1) – Grundlagen und Konzepte. Studienbrief 5: Pflegewissenschaft II [1305-551-005-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2002b): Kultur und Pflege (2) – Ausgewählte Praxisprojekte. Studienbrief 6: Pflegewissenschaft II [1305-551-006-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Viethen, Gregor (2002): Qualitätsmanagement – Grundlagen (2): Werkzeuge und Techniken. Studienbrief 8: Pflegemanagement II [1305-581-008-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (1999a): Curriculum für das Studienfach Zeitmanagement und Verhandlung – Methoden und Techniken I [2.12.1] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 19. Juli 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (1999b): Curriculum für das Studienfach Selbstmanagement und Moderation – Methoden und Techniken II [2.12.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 19. Juli 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (1999c): Curriculum für das Studienfach Projektmanagement und Präsentation – Methoden und Techniken III [2.12.3] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 27. Oktober 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (1999d): Curriculum für das Studienfach Organisationsmanagement – Pflegemanagement II. Teil A2 [2.15.2] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 30. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (1999e): Curriculum für das Studienfach Organisationsmanagement – Wahlpflicht [2.16.3] im Studiengang Pflegemanagement (Hauptstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 30. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (2002a): Projektmanagement und Präsentation: Projektmanagement (1) – Grundlagen. Studienbrief 1: Methoden und Techniken [1305-557-001-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (2002b): Projektmanagement und Präsentation: Projektmanagement (2) – Organisation und Steuerung. Studienbrief 2: Methoden und Techniken [1305-557-002-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.

- Wagner, Erwin (2002c): Projektmanagement und Präsentation: Projektmanagement (3) – Controlling und Integration. Studienbrief 3: Methoden und Techniken [1305-557-003-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (2002d): Verhandlung und Zeitmanagement. Studienbrief 4: Methoden und Techniken [1305-557-004-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wagner, Erwin (2003a): Präsentation. Studienbrief 5: Methoden und Techniken [1305-557-005-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Wagner, Erwin (2003b): Organisationsmanagement – Grundlagen (2): Einführung in die Unternehmenskultur. Studienbrief 10: Pflegemanagement II [1305-581-010-03-01-01-03]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburg Fern-Hochschule.
- Waller, Heiko (1999): Curriculum für das Studienfach Gesundheitswissenschaft [2.6] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 31. Mai 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2000): Einführung und Gesundheitskonzepte im Überblick. Studienbrief 1: Gesundheitswissenschaft [1305-070-001-00-01-01-00]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2001a): Gesundheitsressourcen und ihre drei Dimensionen. Studienbrief 2: Gesundheitswissenschaft [1305-523-002-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2001b): Gesundheitsrisiken und ihre drei Dimensionen. Studienbrief 3: Gesundheitswissenschaft [1305-523-003-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2001c): Gesundheitssysteme im Zusammenhang. Studienbrief 4: Gesundheitswissenschaft [1305-523-004-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2001d): Handlungsmethoden (1) – Gesundheitsförderung. Studienbrief 6: Gesundheitswissenschaft [1305-523-006-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2001e): Handlungsmethoden (2) – Prävention. Studienbrief 7: Gesundheitswissenschaft [1305-523-007-01-01-01-01]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Waller, Heiko (2002): Handlungsmethoden (3) – Beratung, Bildung, Selbsthilfe. Studienbrief 8: Gesundheitswissenschaft [1305-523-008-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Weinert, Franz E. (1998): Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. In: Matalik, Silvia; Schade, Diethard (Hrsg.): Entwicklungen in Aus- und Weiterbildung. Anforderungen, Ziele, Konzepte. Baden-Baden: Nomos: 23 – 43.
- Wendt, Markus (1999): Managementprinzipien und ihre Zusammenhänge mit Arbeitsorientierungen und Arbeitsverhalten. Frankfurt am Main: Lang.

- Wildt, Johannes (2002): Schlüsselkompetenzen – Leitmotiv der Studienreform? In: Universität zu Köln (Hrsg.): Schlüsselkompetenzen und Hochschule. Konsequenzen für Studium und Beratung. Fachtagung vom 6. bis 9. März 2002 an der Universität zu Köln. Köln: Universität zu Köln. In: www.verwaltung.uni-koeln.de [9.3.2006]: 16 – 25.
- Wilkens, Klaus (2001): Jahresabschluß – Grundlagen. Studienbrief 7: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen[1305-513-007-01-01-01] . Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Wingefeld, Klaus (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa: 339 – 361.
- Winter, Maik H.-J. (2005): Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 279 – 297.
- Wissenschaftsrat (1991): Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren. Köln.
- Wissenschaftsrat (1992): Empfehlungen zum Fernstudium. Hannover.
- Wissenschaftsrat (1999): Stellungnahme zum Verhältnis von Hochschulausbildung und Beschäftigungssystem. Würzburg.
- Wissenschaftsrat (2002): Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen. Berlin.
- Witterstätter, Kurt (1999): Curriculum für das Studienfach Soziologie [2.3] im Studiengang Pflegemanagement (Grundstudium). Unveröffentlichtes Dokument vom 2. September 1999. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Zander, Christel (1994): Curriculumentwurf für einen Diplomstudiengang Pflege in der Fachrichtung Sozialwesen an einer Fachhochschule. In: Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Hrsg.): Pflege als Studium. Europäischer Kontext – Curriculum Entwurf – Expertenurteile. 2. Auflage. Bochum: Evangelische Fachhochschule Bochum: 113 – 162.
- Zegelin-Abt, Angelika; Mayer, Herbert (2002): Spezielle Instrumente – Assessmentverfahren in der Pflege. Studienbrief 9: Pflegewissenschaft II [1305-551-009-02-01-01-02]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Fern-Fachhochschule Hamburg.
- Zunkel, Dirk (2004): Klinikinformations- und Managementsysteme im Reha-Bereich. Studienbrief 4: Informations- und Kommunikationstechnologien [01-0583-004-1]. Hamburg: Unveröffentlichter Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Zunkel, Dirk; Füller, Manuela; Gerckens, Rainer (2004): Einführung in das Programm LMZ KIM SYSTEM PRO – Praktische Übungen LMZ KIM SYSTEM PRO – Praktische Übungen STANDARD SYSTEME CAREPLAN [02-0583-001-1]. Zusatzmaterial zum Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien. Hamburg: Unveröffentlichtes Zusatzmaterial der Hamburger Fern-Hochschule.

Anhang A

Pflegemanagement im Fernstudium

Eine Evaluationsstudie zum Qualifikationsprofil
des Diplomstudienganges Pflegemanagement
an der Hamburger Fern-Hochschule (HFH)

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor rerum politicarum
(Dr. rer. pol.)

an der

Universität Hamburg
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Gutachter
Prof. Dr. Alfred Oppolzer

vorgelegt von

Thomas Rosenthal
Dipl.-Sozialökonom
Am Deich 7a
25335 Elmshorn

30. September 2015

Anhang A | Verzeichnis

Hinweis zu Anhang A	3
A.1 Hausarbeitsthemen Codierung	4
A.1.1 Codierungsregeln 1 Wortgetreue Übernahme.....	4
A.1.2 Codierungsregeln 2 Zuordnung Nebenkategorien.....	5
A.1.3 Codierungsregeln 3 Begriffliche Vereinheitlichung.....	5
A.2 Dokumentation Ergebnisse Evaluation	6
A.2.1 Erhebungsphasen.....	6
A.2.1.1 Grafiken Befragungszeitraum.....	6
A.2.1.2 Häufigkeitstabellen Befragungszeitraum.....	8
A.2.2 Grafiken Grundstudium (E I).....	11
A.2.3 Grafiken Hauptstudium (E II).....	18
A.2.3.1 Identische Items 2010 bis 2013.....	18
A.2.3.2 Unterschiedliche Items bis FS 2011.....	23
A.2.3.3 Unterschiedliche Items ab HS 2011.....	25
A.2.4 Grafiken Absolventen.....	31
A.2.5 Häufigkeitstabellen Grundstudium (E I).....	46
A.2.6 Häufigkeitstabellen Hauptstudium (E II).....	54
A.2.6.1 Identische Items 2010 bis 2013.....	54
A.2.6.2 Unterschiedliche Items bis FS 2011.....	59
A.2.6.3 Unterschiedliche Items ab HS 2011.....	60
A.2.7 Häufigkeitstabellen Absolventen.....	67
A.3 Dokumentation Ergebnisse Präsenzphase	88
A.3.1 Grafiken Curriculum.....	88
A.3.2 Grafiken Rahmenablaufplan.....	97
A.3.3 Profildiagramm Vergleich.....	106
A.4 Dokumentation Ergebnisse Hausarbeitsthema	107
A.4.1 Häufigkeitstabellen Projektmanagement.....	107
A.4.2 Häufigkeitstabellen Empirische Studie.....	132
A.4.3 Häufigkeitstabellen Diplom.....	149
A.4.4 Zentraler Themenschwerpunkt Vergleich.....	164
A.4.4.1 Häufigkeitstabellen Vergleich.....	164
A.4.4.2 Profildiagramm Vergleich.....	167
A.5 Auszug Rahmenablaufplan	169
A.5.1 Grundstudium 25. August 2007.....	169
A.5.2 Hauptstudium 12. April 2007.....	169
A.6 Dokumentation Ergebnisse Studienmaterial	170
A.6.1 Grafiken Grundstudium (Seitenumfang).....	170
A.6.1.1 Grafiken Studienfächer.....	170
A.6.1.2 Grafiken Übersicht.....	173
A.6.2 Grafiken Hauptstudium (Seitenumfang).....	175
A.6.2.1 Grafiken Studienfächer.....	175
A.6.2.2 Grafiken Übersicht.....	179
A.6.3 Häufigkeitstabelle Seitenumfang.....	181

Hinweis zu Anhang A

Anhang A stellt (im Hochformat) Dokumente und Materialien zur Studie bereit. Damit sollen die für die vorliegende Dissertation verwendeten Daten transparent und nachvollziehbar belegt werden. Anhang A gliedert sich in sechs Kapitel:

- Anhang A.1 bezieht sich auf die aufgestellten Codierungsregeln zur Inhaltsanalyse der Hausarbeitsthemen – Kapitel A.1.1 nennt die Codierungsregeln zur wortgetreuen Übernahme, Kapitel A.1.2 geht auf die Codierungsregeln zur Zuordnung bei den Nebenkategorien ein und Kapitel A.1.3 erläutert die Codierungsregeln zur begrifflichen Vereinheitlichung.
- Anhang A.2 dokumentiert sämtliche Auswertungsergebnisse im Hinblick auf die Evaluation (Grundstudium, Hauptstudium; Absolventen) der Studierendenbefragungen im Studiengang Pflegemanagement. Zunächst werden in Kapitel A.2.1 die Daten zu den Erhebungsphasen präsentiert (Grafiken, Häufigkeitstabellen). Danach illustrieren einerseits Grafiken (Kapitel A.2.2–A.2.4) und andererseits Häufigkeitstabellen (Kapitel A.2.5 – A.2.7) die Ergebnisse der begleitenden Evaluation (E I, E II) bzw. der abschließenden Evaluation (Absolventen). Die Auswertungsergebnisse beruhen auf den zur Verfügung gestellten Rohdaten der Hamburger Fern-Hochschule (2015a–b, 2014c).
- Anhang A.3 veranschaulicht in Form von Grafiken die Auswertungsergebnisse der Präsenzphasen im grundständigen Studiengang Pflegemanagement. Während Kapitel A.3.1 sich auf die Analyse der Präsenzphasen im (ursprünglichen) Curriculum von 1999 bezieht, stellt Kapitel A.3.2 die Analyseergebnisse des (stellvertretenden) Rahmenablaufplans von 2007 der Hamburger Fern-Hochschule vor – Kapitel A.3.3 zeigt anschaulich den Vergleich in Form eines Profildiagramms.
- Anhang A.4 präsentiert die inhaltsanalytischen Auswertungsergebnisse der drei schriftlichen Hausarbeitsthemen Projektmanagement (Kapitel A.4.1), Empirische Studie (Kapitel A.4.2) und Diplomarbeit (Kapitel A.4.3) als Häufigkeitstabellen. Kapitel A.4.4 dokumentiert die Ergebnisse zu den zentralen Themenschwerpunkten aller drei Hausarbeiten einerseits als Häufigkeitstabelle und als vergleichendes Profildiagramm. Die Analyseergebnisse stützen sich auf die zur Verfügung gestellten Hausarbeitstitel seitens der Hamburger Fern-Hochschule (2014e).
- Anhang A.5 präsentiert exemplarisch einen kurzen Auszug aus dem Rahmenablaufplan für das zweite Semester vom 25. August 2007 (Grundstudium) und für das sechste bzw. siebte Semester vom 12. April 2007 (Hauptstudium) im Studiengang Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule (2007a: 19, 2007b: 35).
- Anhang A.6 stellt sämtliche Auswertungsergebnisse der eingesetzten Studienmaterialien im Hinblick auf den von den Studierenden zu bearbeitenden Seitenumfang vor. Die Berechnungsgrundlage geht aus dem Anhang B.2 hervor (B.2.1 für das Grundstudium, B.2.2 für das Hauptstudium) – hier sind alle für das Studium relevanten Studienmaterialien mit den Seitenzahlen aufgeführt. Kapitel A.6.1 stellt Berechnungsergebnisse als Grafiken für das Grundstudium vor (Studienfächer, Übersicht), Kapitel A.6.2 präsentiert die Ergebnisse als Grafiken für das Hauptstudium (Studienfächer, Übersicht). Die Häufigkeitstabelle (Kapitel A.6.3) dokumentiert alle Ergebnisse im Überblick.

A.1 Hausarbeitsthemen | Codierung

A.1.1 Codierungsregeln 1 | Wortgetreue Übernahme

Wortgetreue Übernahme der Begriffe bzw. Begriffspaare	
Originaltitel der Hausarbeitsthemen	Übernahme Zuordnung
Reihenfolge der Begriffe werden bei den Hauptkategorien übernommen	
z. B. Arbeitszufriedenheit und Motivation	Arbeitszufriedenheit (HK 1) Motivation (HK 2)
Bei Aufzählungen wird (teilweise) der erste Begriff übernommen	
z. B. Leistungsfähigkeit und -bereitschaft	Leistungsfähigkeit
z. B. Steuerungs- und Kontrollinstrument	Steuerungsinstrument
z. B. Belastung und Beanspruchung	Belastung
z. B. Fort- und Weiterbildung	Fortbildung
Bei Aufzählungen wird (teilweise) der allgemeinere Begriff übernommen	
z. B. Aufgaben und Anforderungen, Anforderung und Tätigkeiten	Anforderung
z. B. Entwicklung und Einführung (Implementierung)	Einführung (Implementierung)
z. B. Planung, Durchführung, Auswertung	Durchführung
z. B. Zeit- und Leistungserfassung	Leistungserfassung
Bei Aufzählungen wird (teilweise) der bekanntere Begriff übernommen	
z. B. Gesundheits- und Krankenpflege	Krankenpflege
Zusammengehörende Begriffspaare (Fachbegriffe) werden übernommen	
z. B. Strategisches Management	Strategisches Management
z. B. Kritische (Betrachtung) Analyse	Kritische Analyse
Hinweise auf Schnittstellen werden mit einem Bindestrich übernommen	
z. B. Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegediensten	Krankenhaus – Pflegedienste
z. B. Angliederung eines Ambulanten Dienstes an das Krankenhaus	Ambulanter Dienst – Krankenhaus
Bei Begriffskombinationen wird der aussagekräftigere Begriff übernommen	
z. B. Nationaler Expertenstandard	Expertenstandard
Bei Begriffen im Plural wird der Singular übernommen	
z. B. Ansätze	Ansatz
z. B. Empfehlungen	Empfehlung
Abkürzungen werden ausgeschrieben übernommen	
z. B. PKM-S	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
z. B. SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)
Begriffe werden reduziert übernommen	
z. B. Akutschmerz	Schmerz
z. B. Re-Zertifizierung	Zertifizierung
z. B. Patientenaufnahme	Aufnahme
Genauere (geografische) Angaben werden nicht übernommen	
z. B. Bundesland Schleswig-Holstein	Land
z. B. Stadt Dresden	Stadt
Genauere (institutionelle) Angaben werden nicht übernommen	
z. B. Privatklinik	Klinik
z. B. Station 3	Station
Genauere (fachspezifische) Angaben werden nicht übernommen	
z. B. onkologische Station	Station

A.1.2 Codierungsregeln 2 | Zuordnung Nebenkategorien

Zuordnung der Begriffe bzw. Begriffspaare zu den Nebenkategorien	
Originaltitel der Hausarbeitsthemen Kategorien	Übernahme Zuordnung
Forschungsmethodischer Hinweis NK 1 z. B. Bewertung; Evaluierung, Evaluation z. B. Qualitative Erhebung, qualitatives Design	Evaluation Qualitative Studie
Forschungsinstrumenteller Hinweis NK 2 z. B. Befragung (von), Befragung (durch)	Befragung
Konzeptioneller Hinweis NK 3 z. B. Analysen, Analyse z. B. Konzeptentwicklung, Konzeptionsentwicklung	Analyse Konzept
Umsetzungsbezogener Hinweis NK 4 z. B. Handlungsempfehlungen, Handlungsempfehlung, Empfehlungen z. B. Handlungsgrundlagen, Entscheidungsgrundlage, Grundlagen z. B. Handlungsstrategien, Handlungsstrategie, Strategien z. B. Gestaltungsaufgaben, Gestaltungsmöglichkeit z. B. Maßnahmen, Gegenmaßnahmen z. B. Einführung; Implementation, Implementierung z. B. Beitrag (für), Beitrag (zur) z. B. Lösungsansätze, Lösungsansatz	Empfehlung Grundlage Strategie Gestaltung Maßnahme Implementierung Beitrag Ansatz
Adressatenbezogener Hinweis NK 5 z. B. Kinder und Jugendliche z. B. Demente, demenziell veränderte Bewohner, Demenzerkrankte z. B. Stationsmitarbeiter	Kinder Demenzkrankte Mitarbeiter
Wissenschaftsbezogener Hinweis NK 6 z. B. Salutogenese, Salutogenese (nach)	Salutogenese (Antonovsky)
Anwendungsbezogener Hinweis NK 7 z. B. Intensivstation eine Organisation bzw. Organisationseinheit z. B. Wohnbereiche mehrere Organisationen bzw. Organisationseinheiten z. B. Medizinische Fachgebiete	Intensivstation Wohnbereiche Innere Medizin
Berufsbezogener Hinweis NK 8 z. B. Krankenpflegeberuf, Krankenpflege; Altenpflegeberuf, Altenpflege	Krankenpflege, Altenpflege

A.1.3 Codierungsregeln 3 | Begriffliche Vereinheitlichung

Vereinheitlichung der Begriffe bzw. Begriffspaare	
Übernahme	Anpassung
Personen bzw. Personengruppe z. B. Krankenpflegeschüler, Auszubildende Altenpflege z. B. Pflegekräfte, Pflegefachkräfte; examinierte Pflegekräfte	Auszubildende (Pflege) Pflegepersonal
Leitungspersonen bzw. Managementebene z. B. Führungspersonal, Leitung, Führungskräfte z. B. Stationsleitung z. B. Obere Führungsebene	Führungskräfte Führungskräfte (Stationsleitung) Führungskräfte (Obere Ebene)
Fachbegriff bzw. Fachthema z. B. Patientenzufriedenheit, Kundenzufriedenheit	Kundenzufriedenheit

A.2 Dokumentation | Ergebnisse Evaluation

A.2.1 Erhebungsphasen

A.2.1.1 Grafiken | Befragungszeitraum

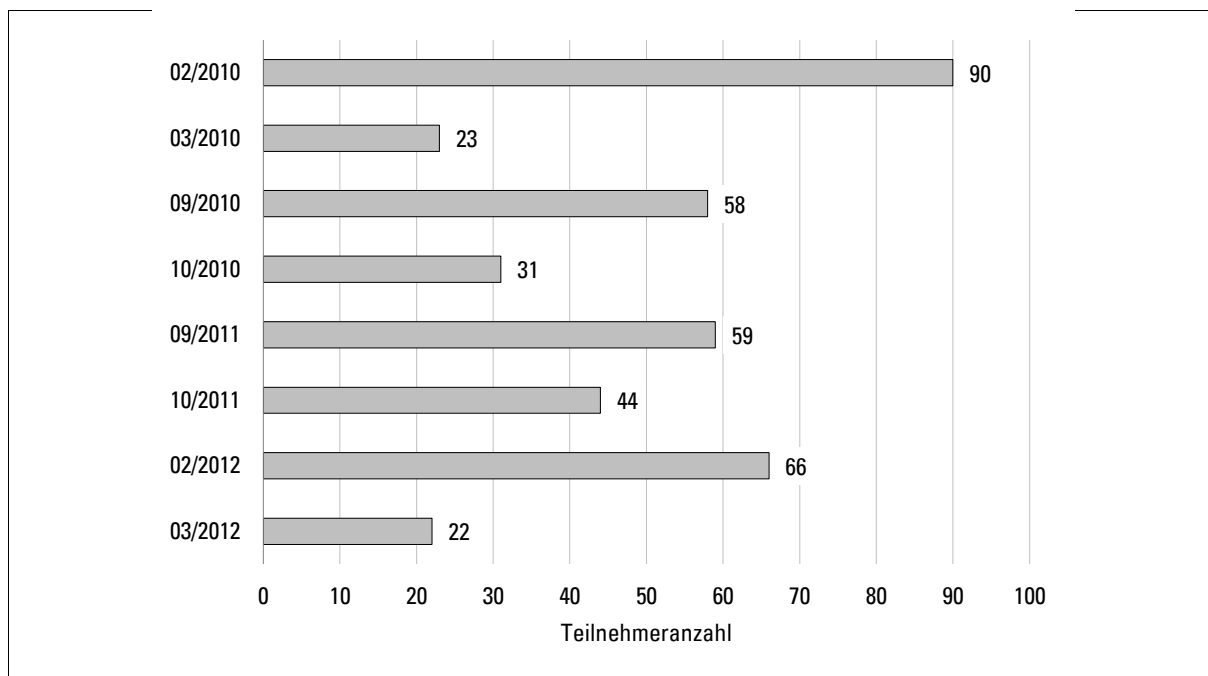


Abbildung A.2.1-1: Evaluation Grundstudium (E I) – Befragungszeitraum (Monat) und Stichprobe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

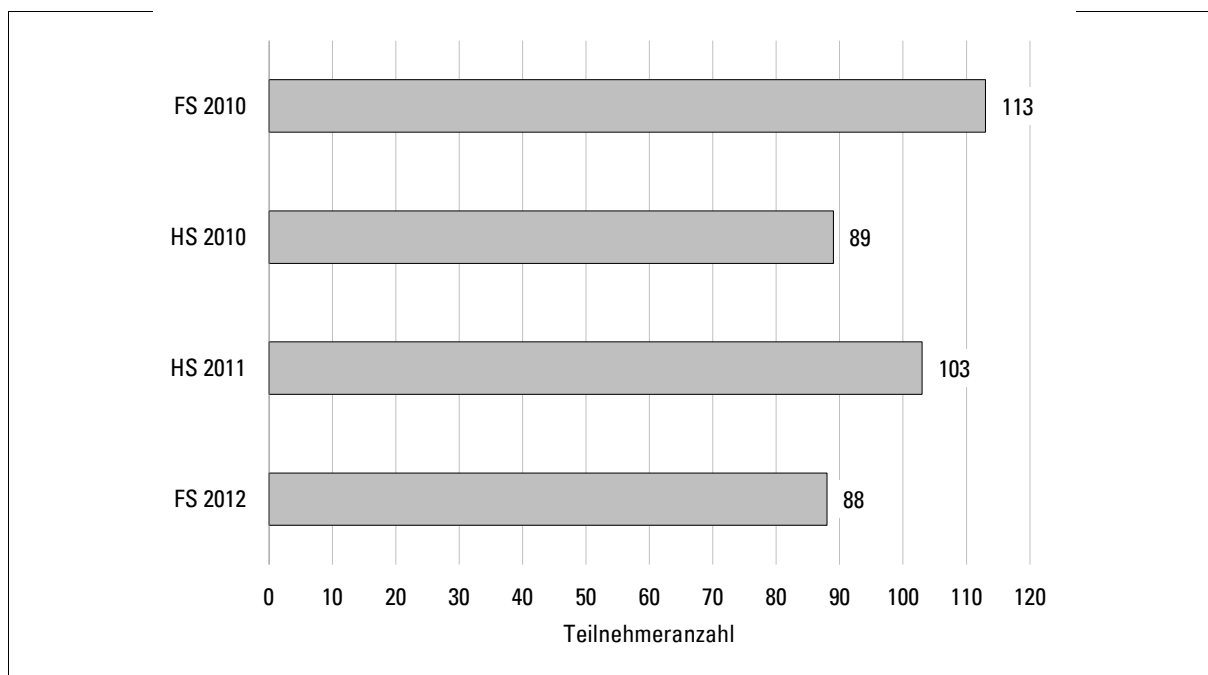


Abbildung A.2.1-2: Evaluation Grundstudium (E I) – Befragungszeitraum (Semester) und Stichprobe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

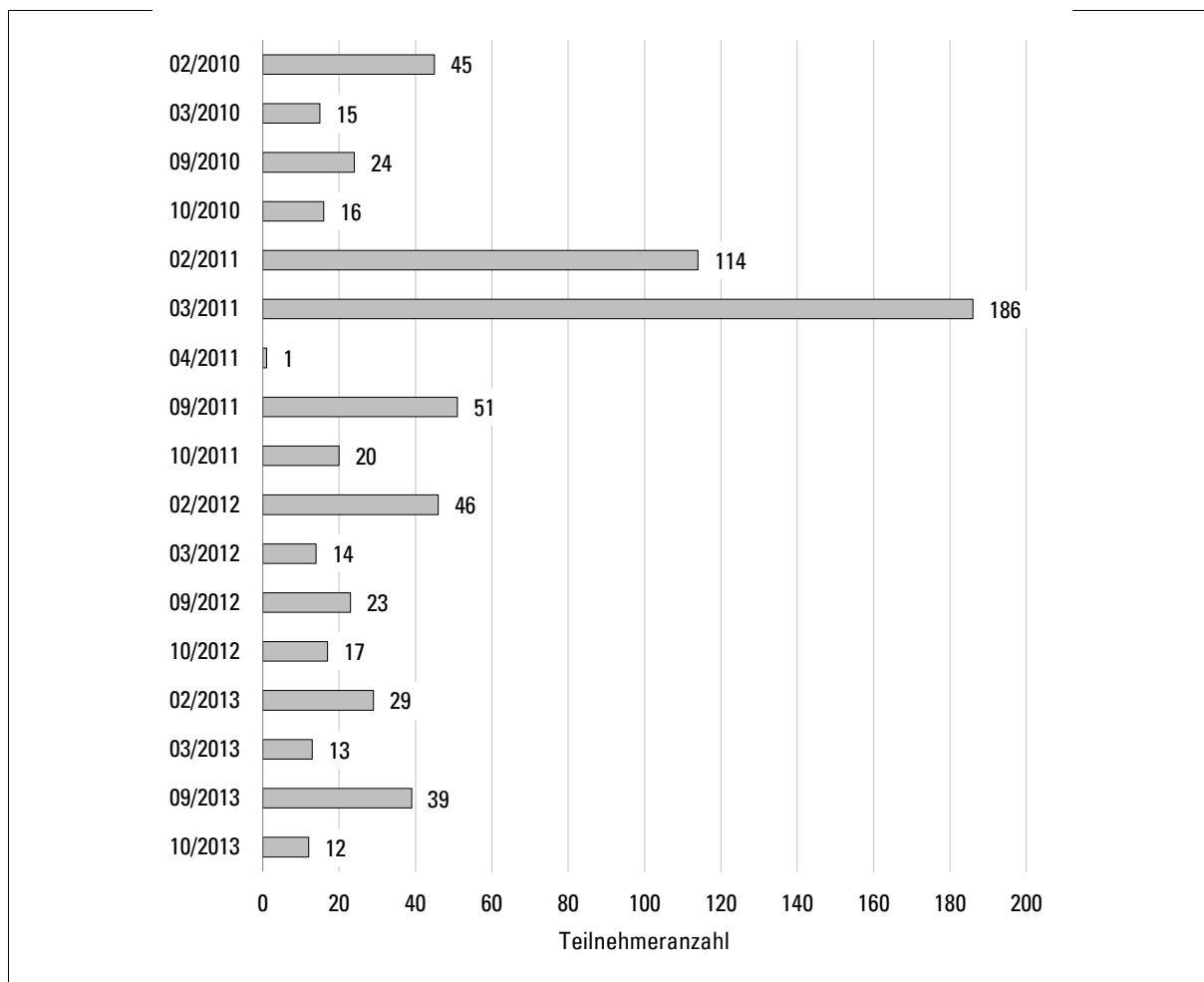


Abbildung A.2.1-3: Evaluation Hauptstudium (E II) – Befragungszeitraum (Monat) und Stichprobe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

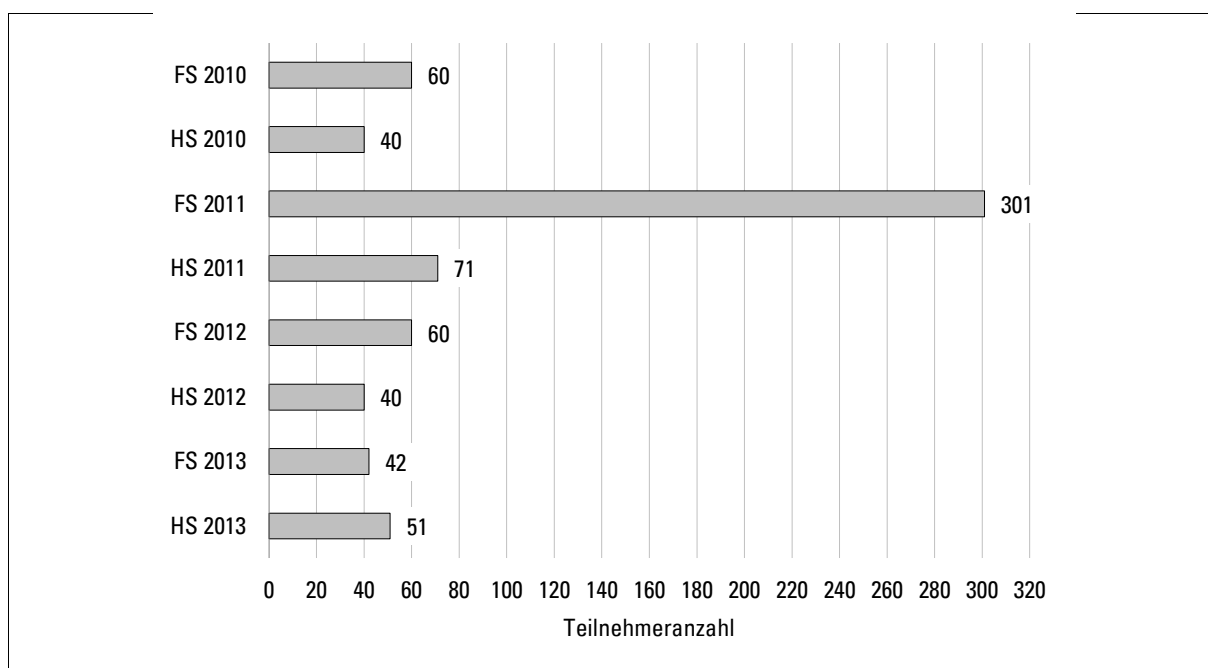


Abbildung A.2.1-4: Evaluation Hauptstudium (E II) – Befragungszeitraum (Semester) und Stichprobe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

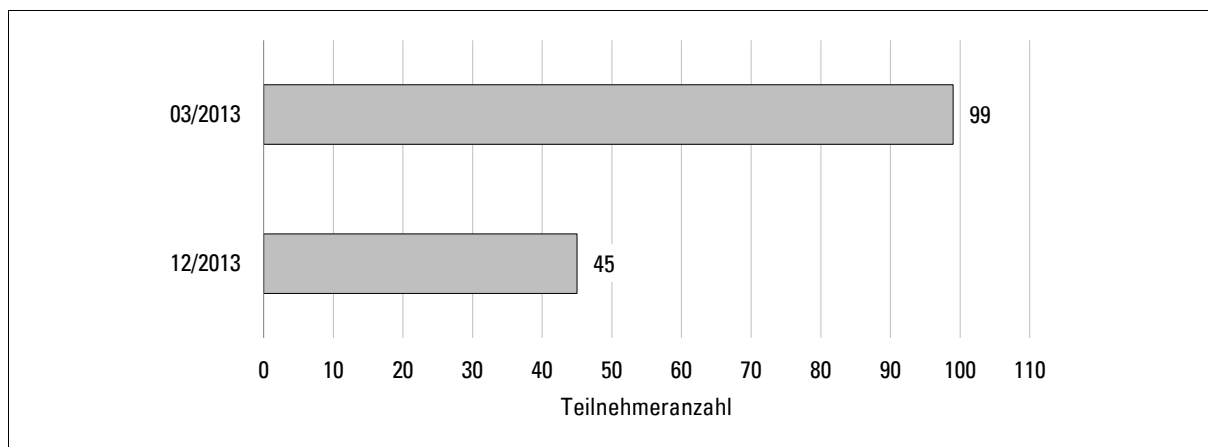


Abbildung A.2.1-5: Evaluation Absolventen – Befragungszeitraum (Monat) und Stichprobe
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

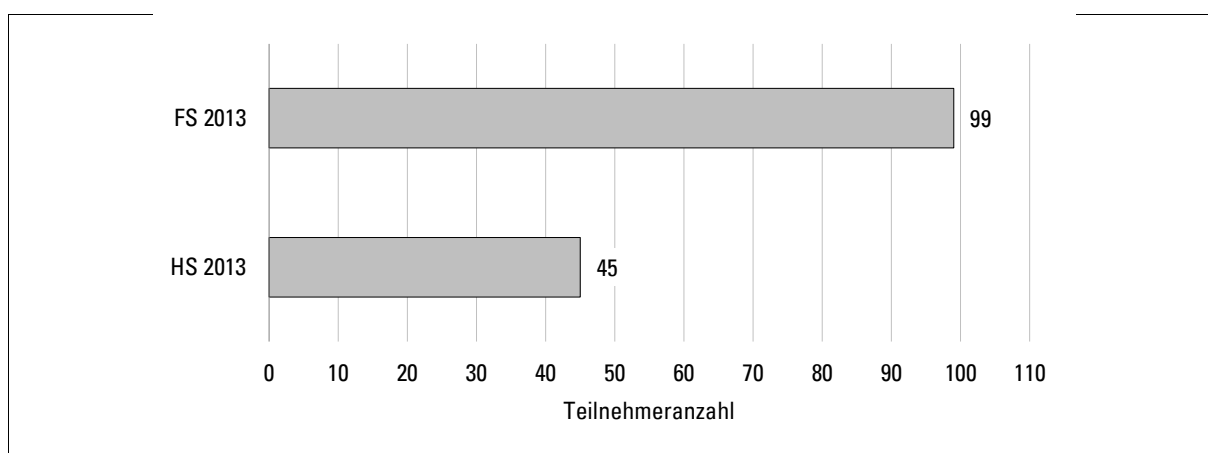


Abbildung A.2.1-6: Evaluation Absolventen – Befragungszeitraum (Semester) und Stichprobe
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

A.2.1.2 Häufigkeitstabellen | Befragungszeitraum

Zeitraum der Befragung Monat					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	02/2010	90	22,9	22,9	22,9
	03/2010	23	5,9	5,9	28,8
	09/2010	58	14,8	14,8	43,5
	10/2010	31	7,9	7,9	51,4
	09/2011	59	15,0	15,0	66,4
	10/2011	44	11,2	11,2	77,6
	02/2012	66	16,8	16,8	94,4
	03/2012	22	5,6	5,6	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>393</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.1-1: Evaluation Grundstudium (E I) – Befragung (Monat) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

Zeitraum der Befragung Semester					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	FS 2010	113	28,8	28,8	28,8
	HS 2010	89	22,6	22,6	51,4
	HS 2011	103	26,2	26,2	77,6
	FS 2012	88	22,4	22,4	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>393</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.1-2: Evaluation Grundstudium (E I) – Befragung (Semester) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

Zeitraum der Befragung Monat					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	02/2010	45	6,8	6,8	6,8
	03/2010	15	2,3	2,3	9,0
	09/2010	24	3,6	3,6	12,6
	10/2010	16	2,4	2,4	15,0
	02/2011	114	17,1	17,1	32,2
	03/2011	186	28,0	28,0	60,2
	04/2011	1	,2	,2	60,3
	09/2011	51	7,7	7,7	68,0
	10/2011	20	3,0	3,0	71,0
	02/2012	46	6,9	6,9	77,9
	03/2012	14	2,1	2,1	80,0
	09/2012	23	3,5	3,5	83,5
	10/2012	17	2,6	2,6	86,0
	02/2013	29	4,4	4,4	90,4
	03/2013	13	2,0	2,0	92,3
	09/2013	39	5,9	5,9	98,2
	10/2013	12	1,8	1,8	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>665</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.1-3: Evaluation Hauptstudium (E II) – Befragung (Monat) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

Zeitraum der Befragung Semester					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	FS 2010	60	9,0	9,0	9,0
	HS 2010	40	6,0	6,0	15,0
	FS 2011	301	45,3	45,3	60,3
	HS 2011	71	10,7	10,7	71,0
	FS 2012	60	9,0	9,0	80,0
	HS 2012	40	6,0	6,0	86,0
	FS 2013	42	6,3	6,3	92,3
	HS 2013	51	7,7	7,7	100,0
	<i>Gesamt</i>		<i>665</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Tabelle A.2.1-4: Evaluation Hauptstudium (E II) – Befragung (Semester) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

Zeitraum der Befragung Monat					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	03/2013	99	68,8	68,8	68,8
	12/2013	45	31,3	31,3	100,0
	<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Tabelle A.2.1-5: Evaluation Absolventen – Befragung (Monat) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

Zeitraum der Befragung Semester					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	FS 2013	99	68,8	68,8	68,8
	HS 2013	45	31,3	31,3	100,0
	<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Tabelle A.2.1-6: Evaluation Absolventen – Befragung (Semester) und Teilnehmeranzahl
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015b)

A.2.2 Grafiken | Grundstudium (E I)

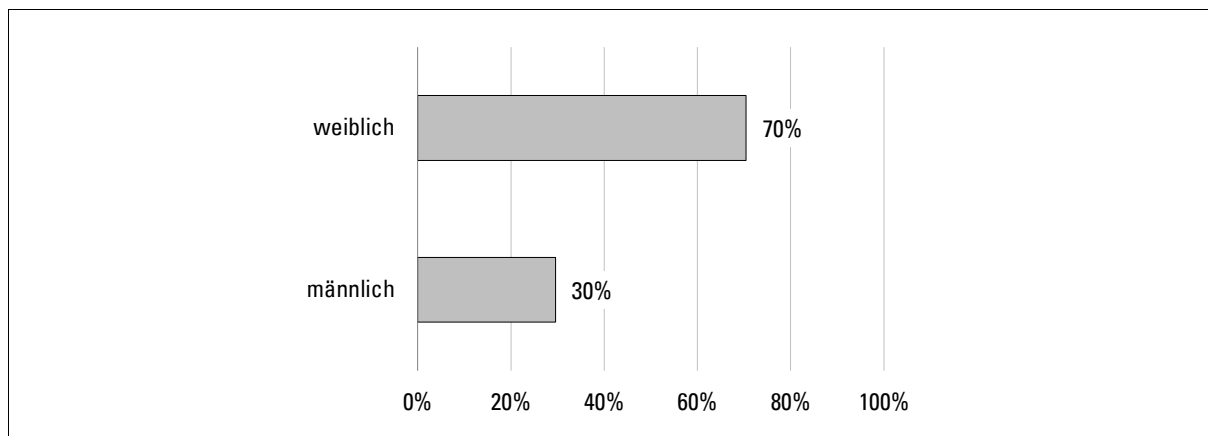


Abbildung A.2.2-1: Allgemeine Fragen zur Person [E I-Item 1.1] – Geschlecht
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

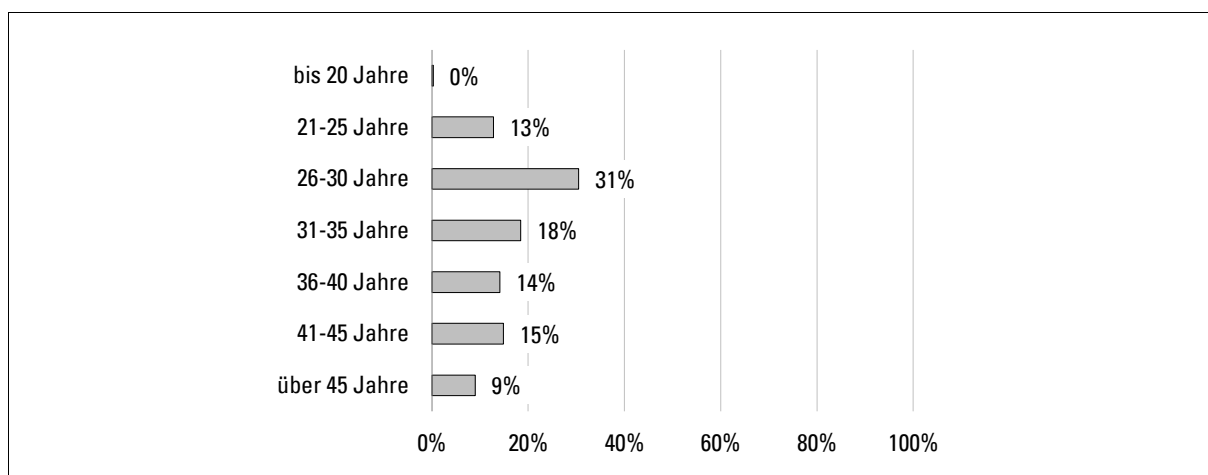


Abbildung A.2.2-2: Allgemeine Fragen zur Person [E I-Item 1.2] – Alter
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

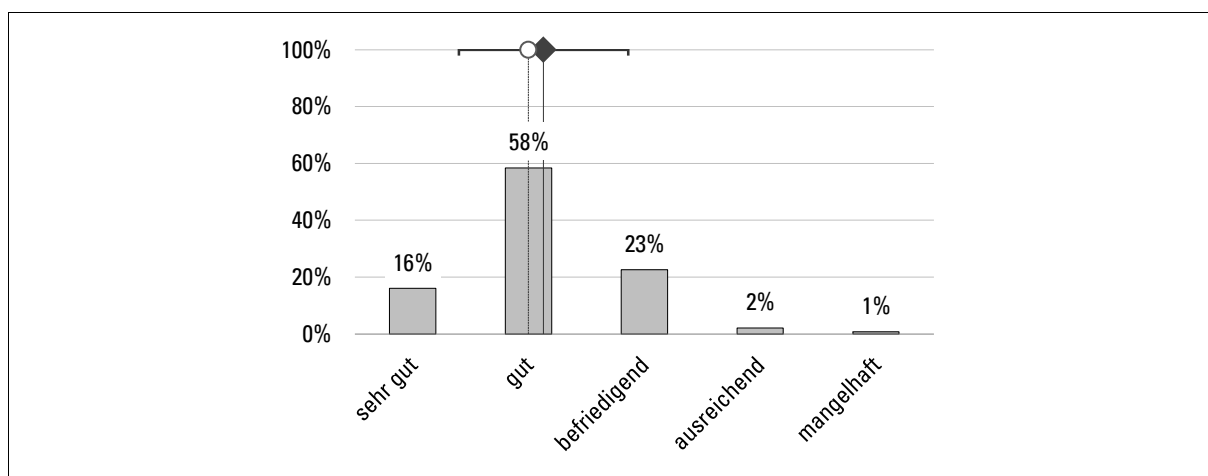


Abbildung A.2.2-3: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.1] – Psychologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

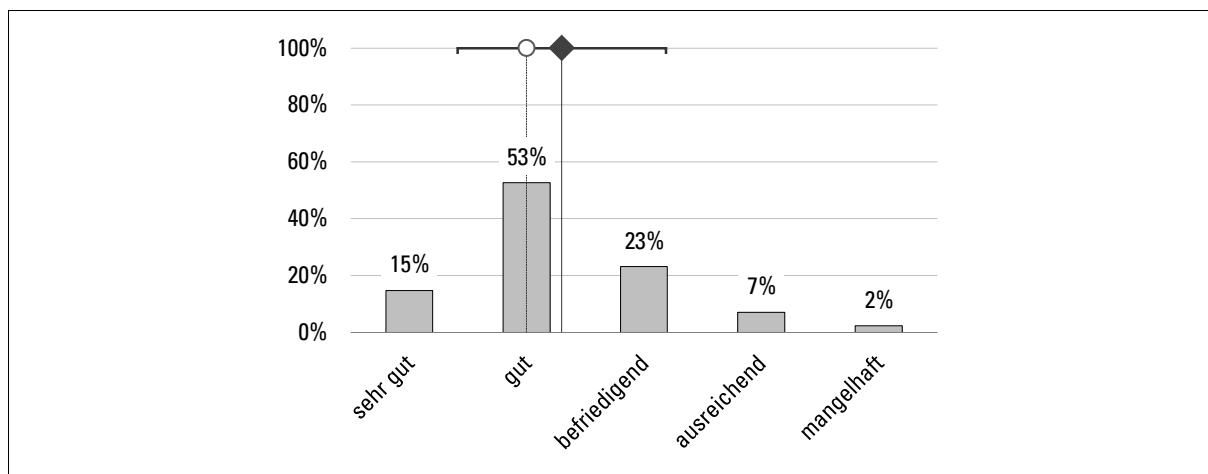


Abbildung A.2.2-4: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.2] – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

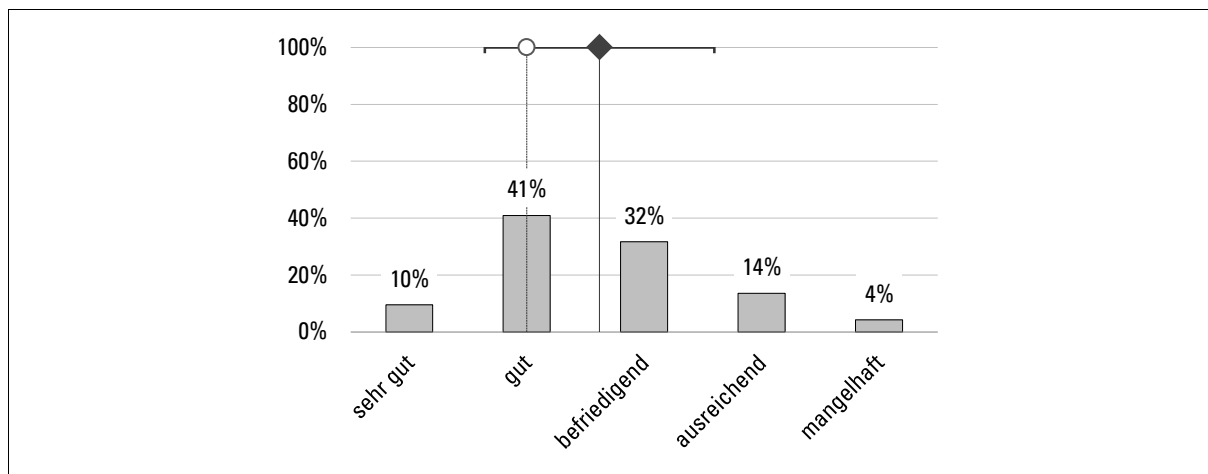


Abbildung A.2.2-5: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.3] – Pflegewissenschaft I
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

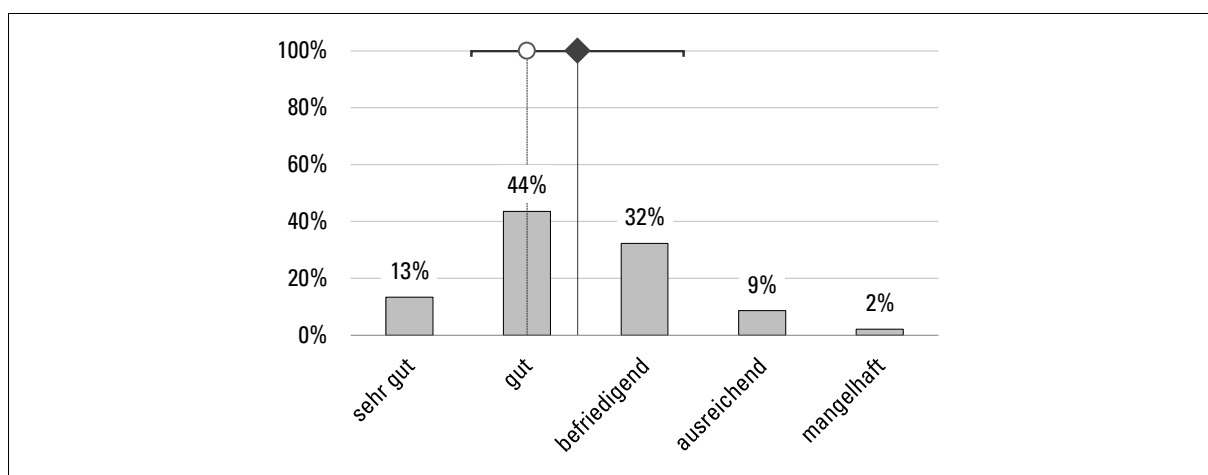


Abbildung A.2.2-6: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.4] – Soziologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

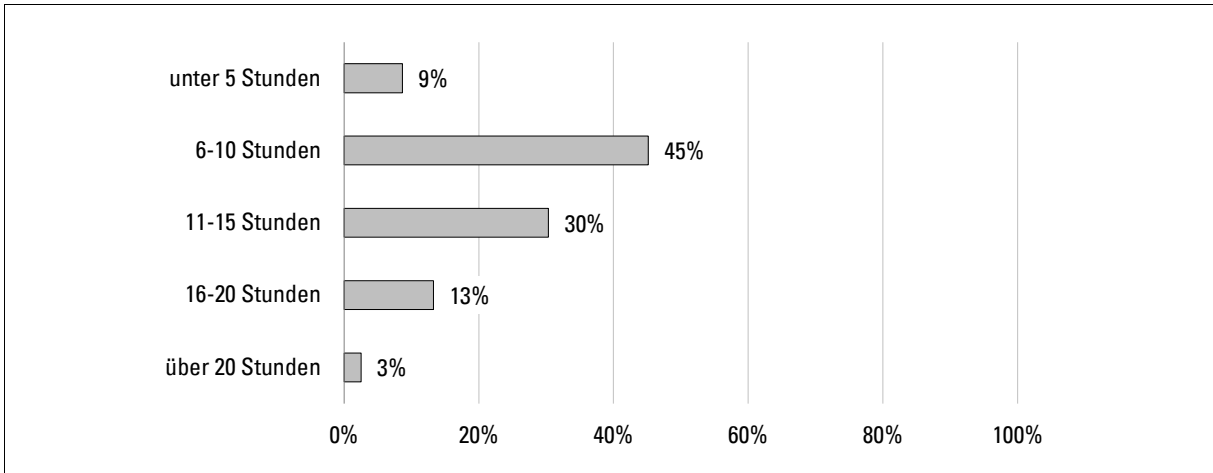


Abbildung A.2.2-7: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E I-Item 4.1] – Aufwand an Stunden (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

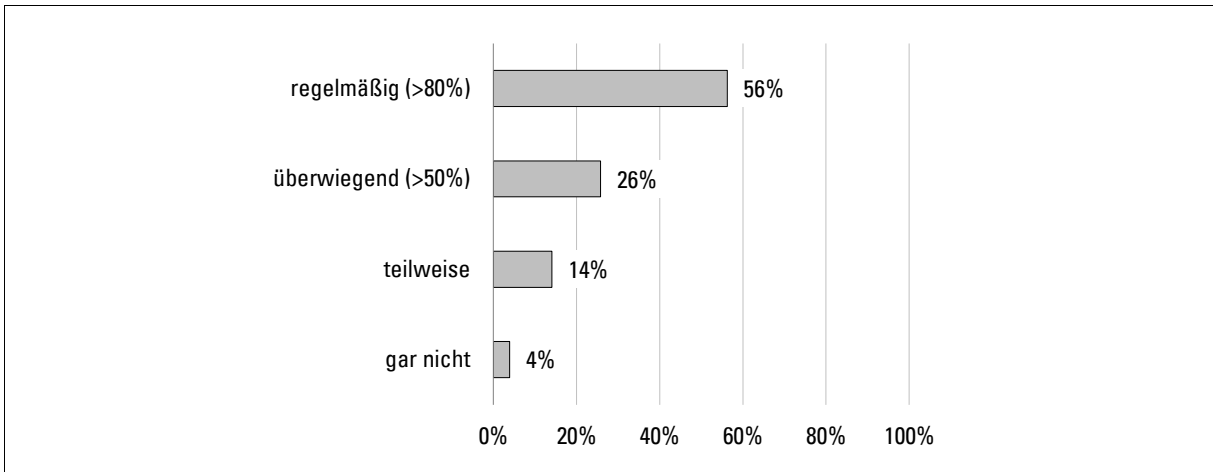


Abbildung A.2.2-8: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E I-Item 4.2] – Teilnahme an Präsenzphasen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

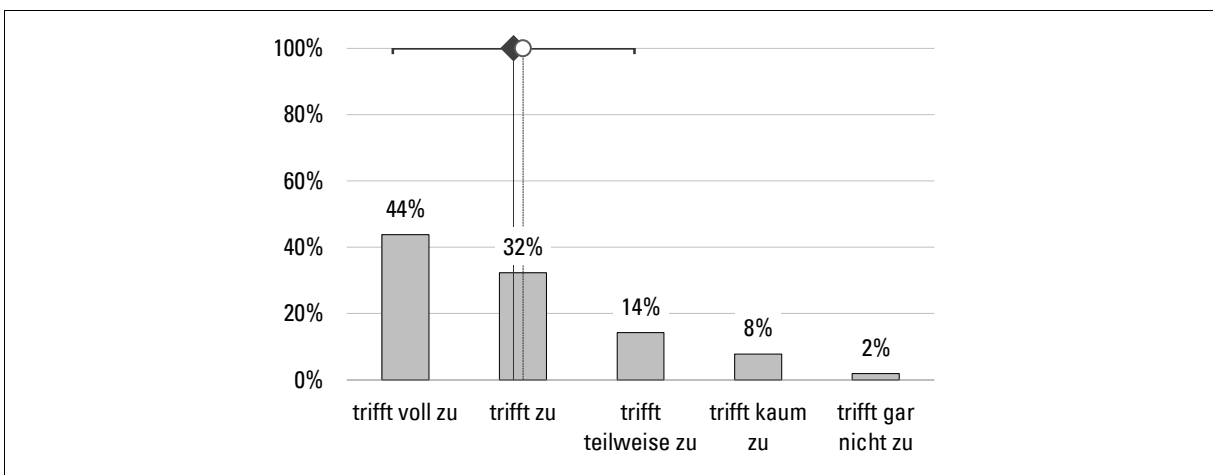


Abbildung A.2.2-9: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.3] – Unterstützung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

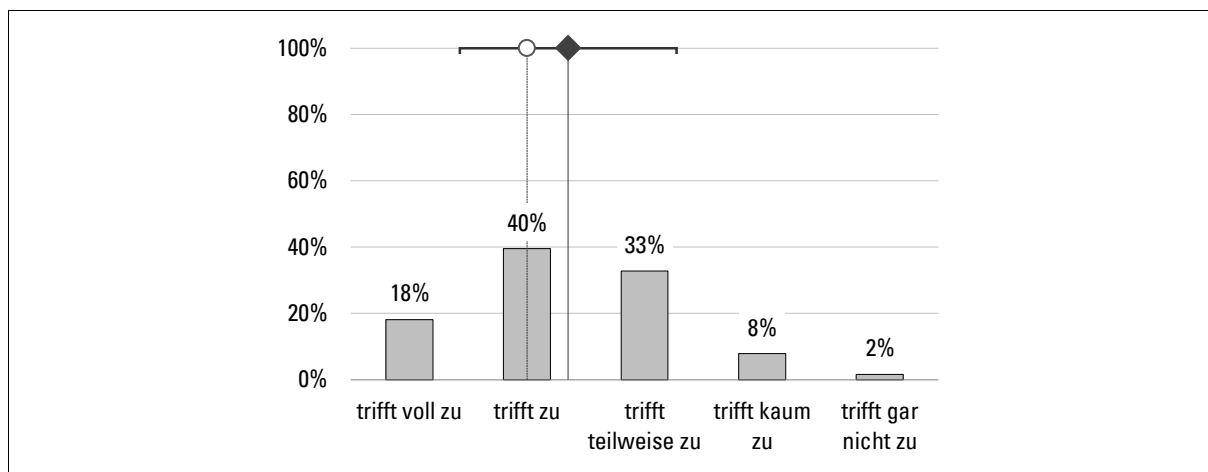


Abbildung A.2.2-10: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.4] – Bemessung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

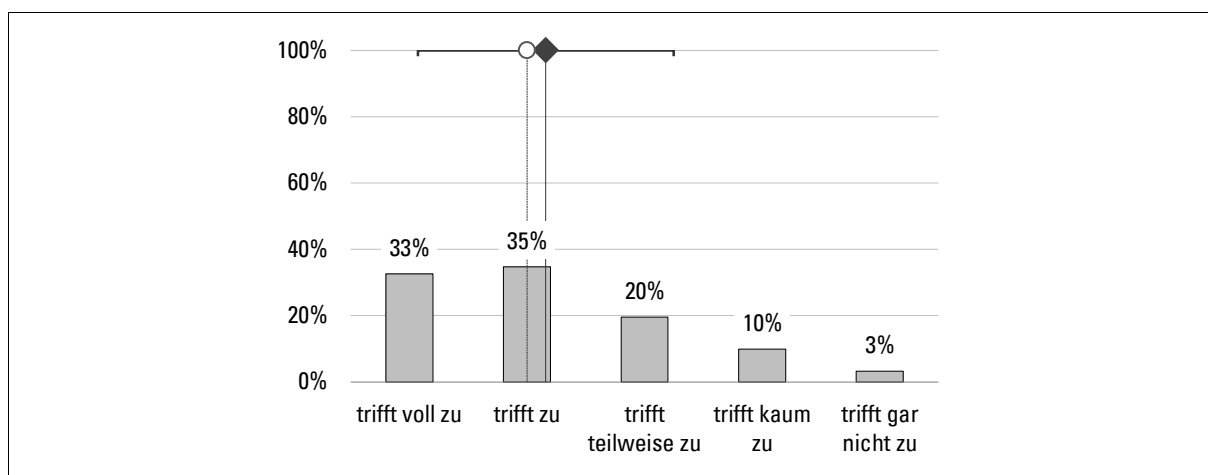


Abbildung A.2.2-11: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E I-Item 4.5] – Unterstützung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

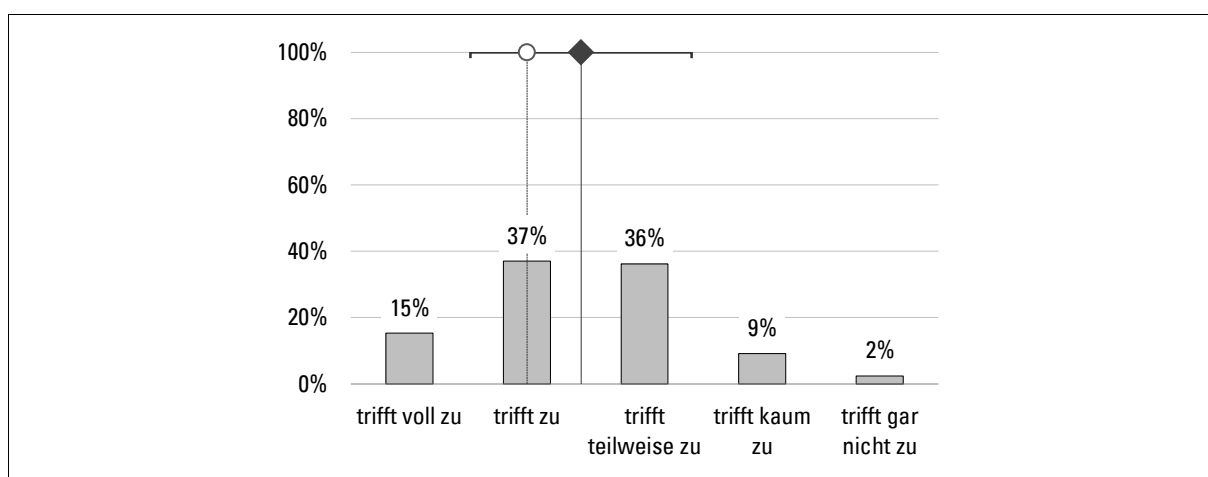


Abbildung A.2.2-12: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E I-Item 4.6] – Bemessung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

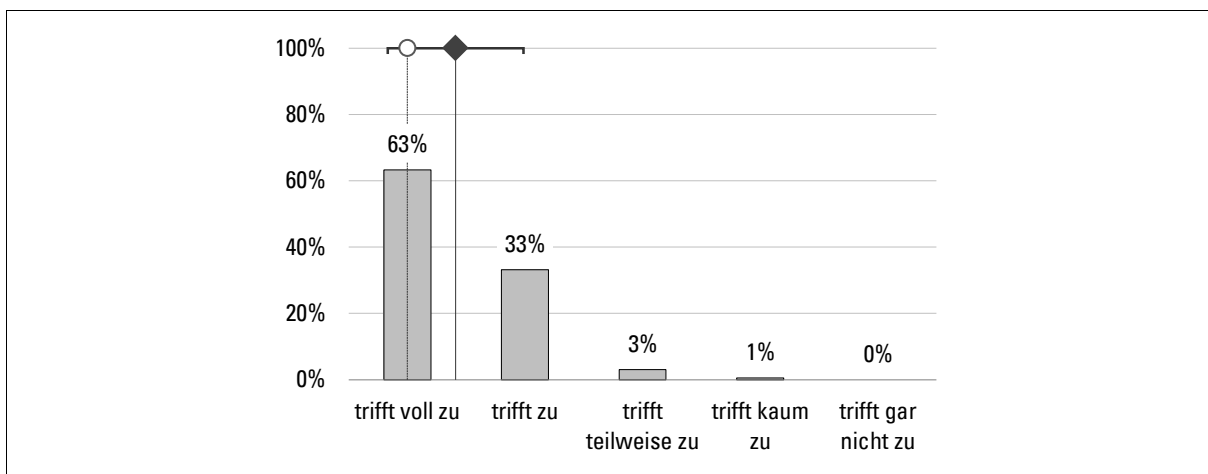


Abbildung A.2.2-13: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.1] – Anspruch des Studiums (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

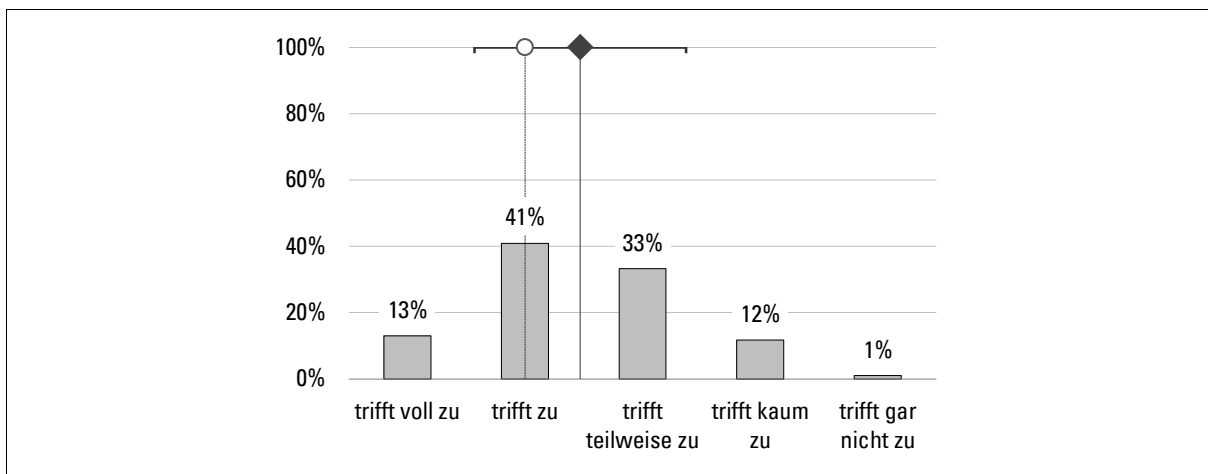


Abbildung A.2.2-14: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.2] – Aufbereitung des Studienmaterials (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

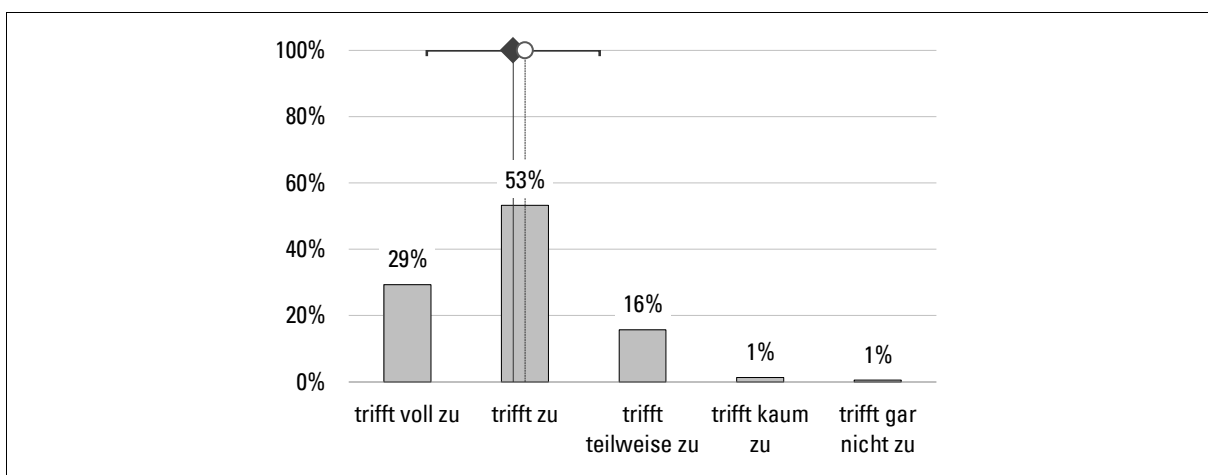


Abbildung A.2.2-15: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.3] – Lehrbeauftragte (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

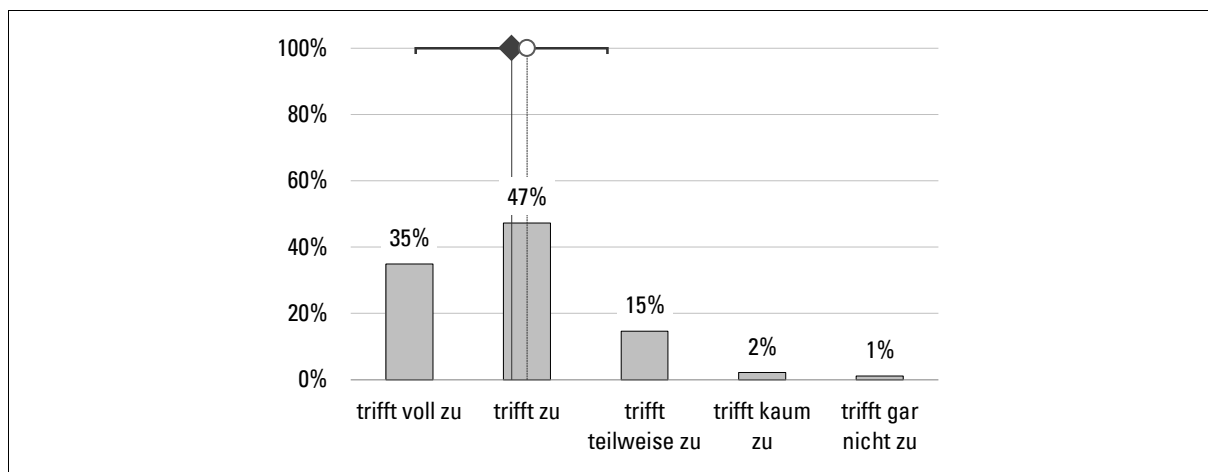


Abbildung A.2.2-16: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.4] – Beratung und Betreuung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

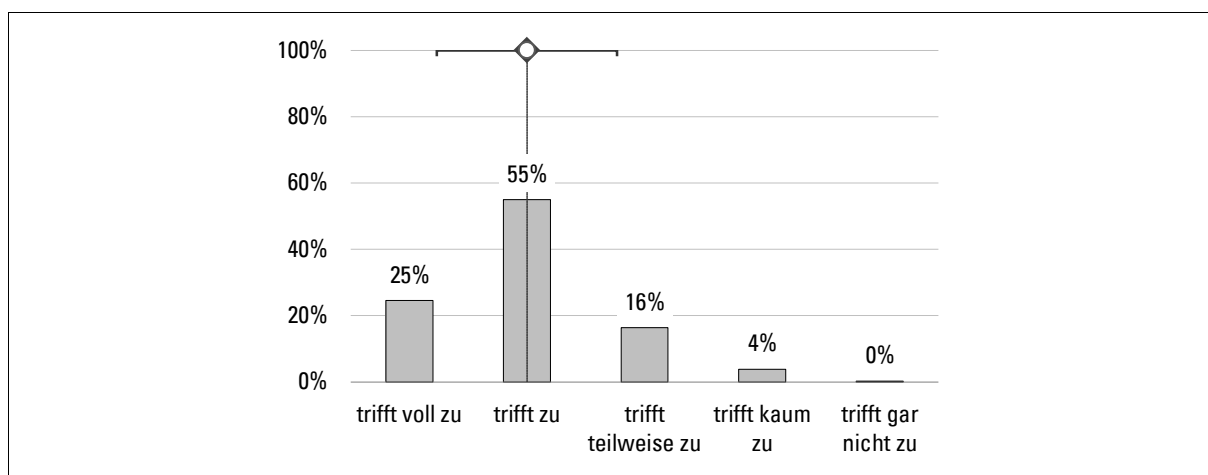


Abbildung A.2.2-17: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.5] – Prüfungsanforderungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

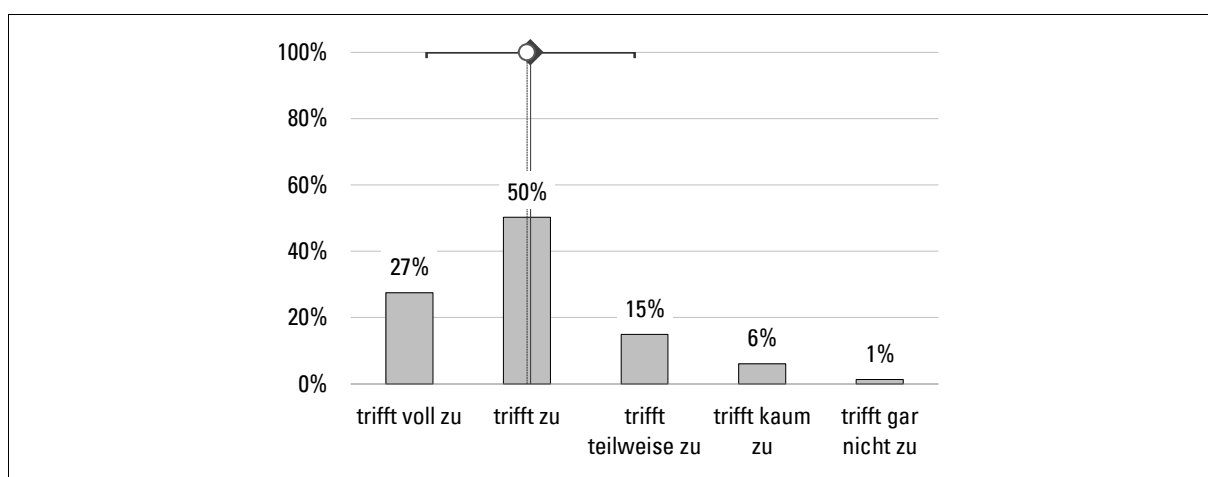


Abbildung A.2.2-18: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.6] – Organisation der Präsenzphasen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

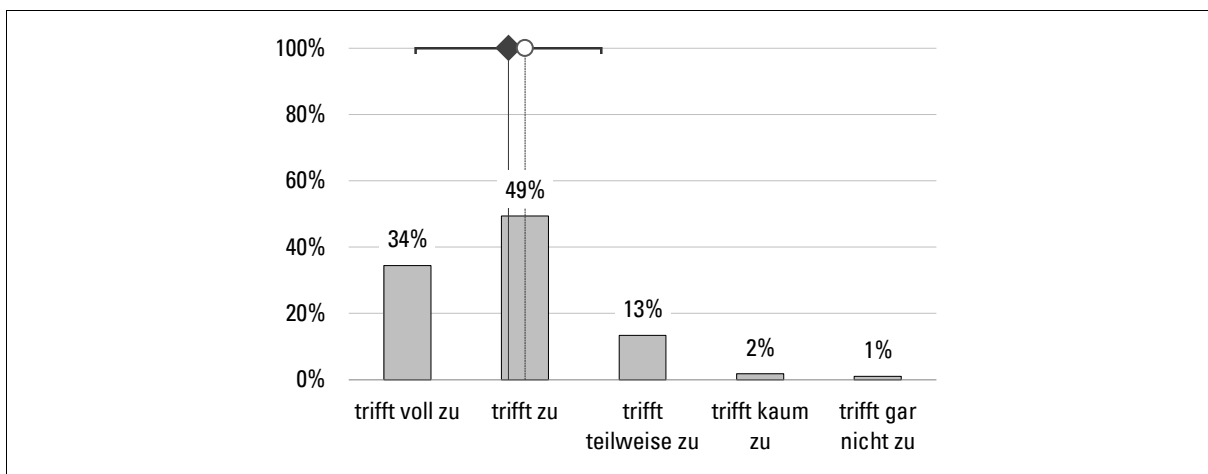


Abbildung A.2.2-19: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.7] – Rahmenablaufplan (bzw. Studienplan) (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

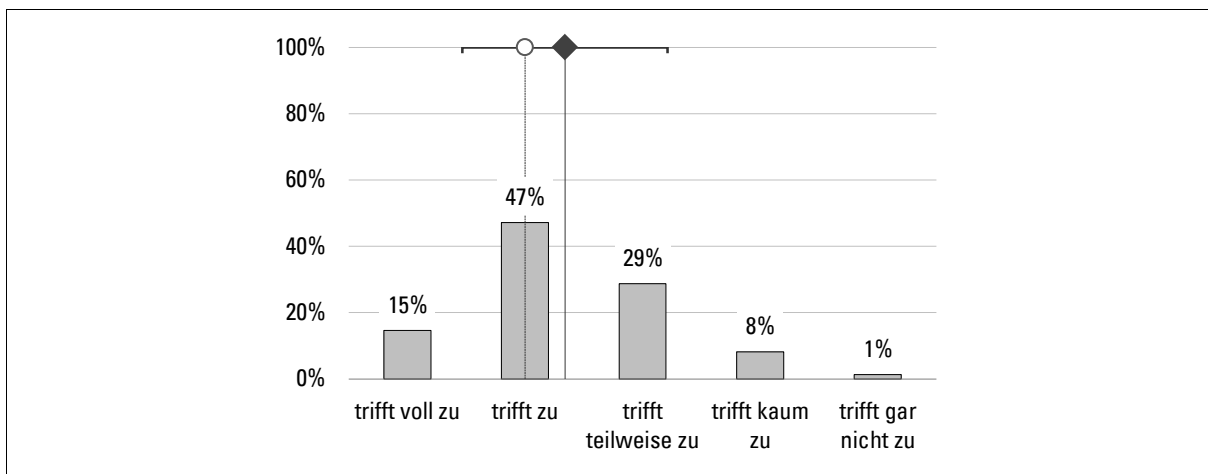


Abbildung A.2.2-20: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.8] – Anforderungen und Interessen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

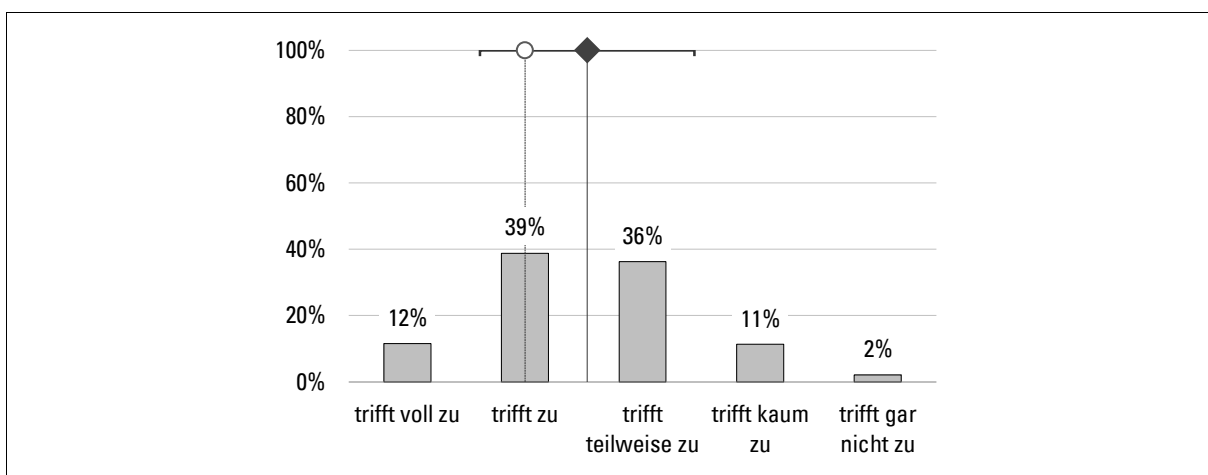


Abbildung A.2.2-21: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.9] – Anforderungen und Verpflichtungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

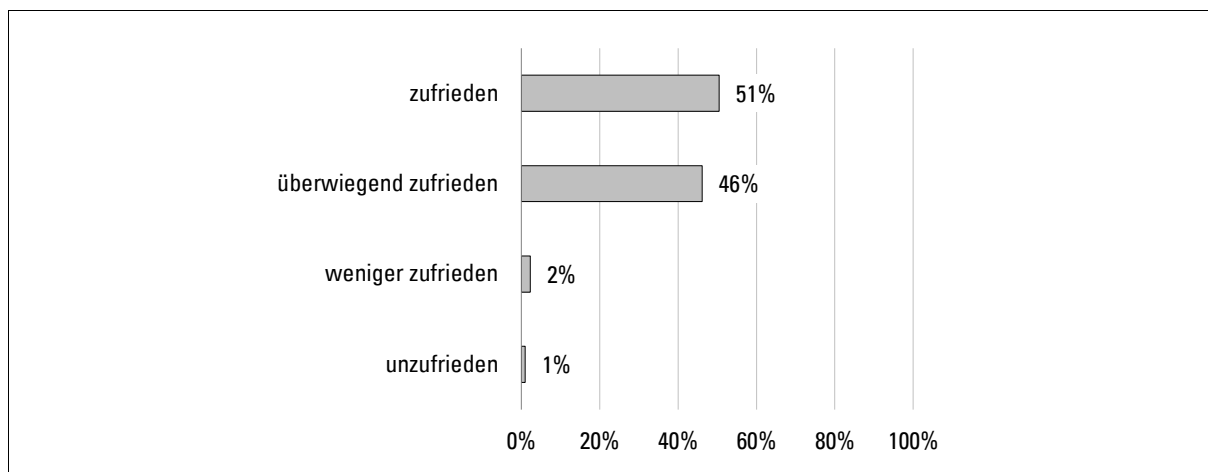


Abbildung A.2.2-22: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.10] – Zufriedenheit mit Studienangebot (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.3 Grafiken | Hauptstudium (E II)

A.2.3.1 Identische Items | 2010 bis 2013

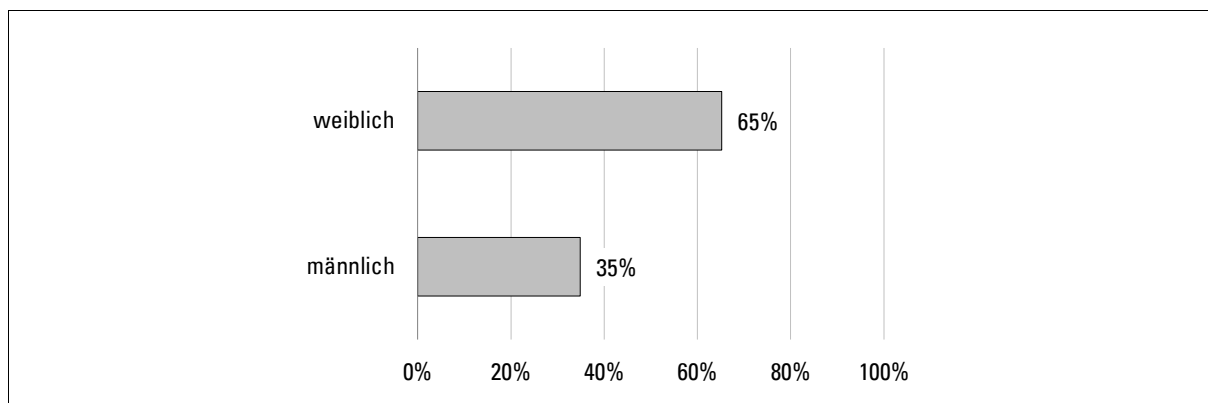


Abbildung A.2.3-1: Allgemeine Fragen zur Person [E II-FB 2 Item 1.1] – Geschlecht (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

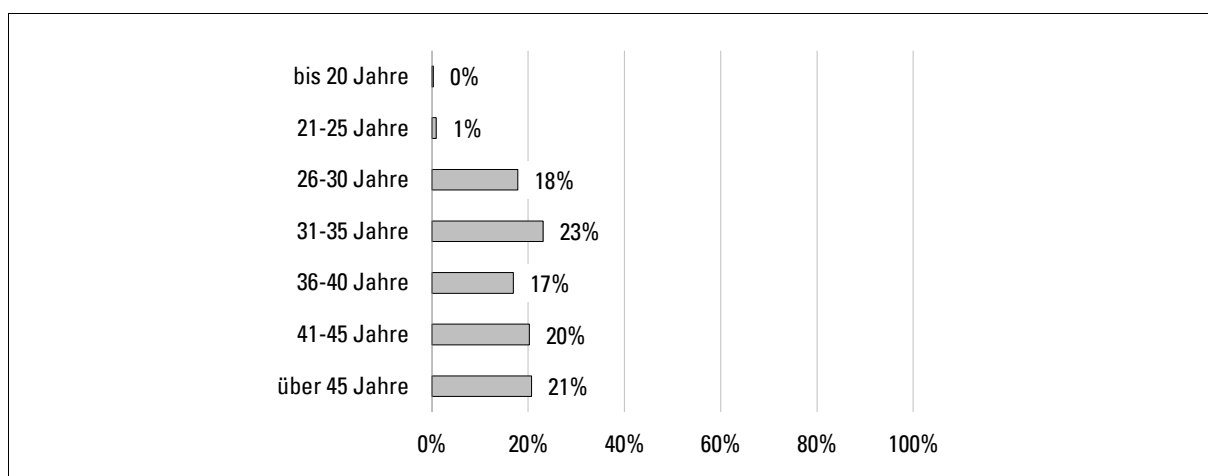


Abbildung A.2.3-2: Allgemeine Fragen zur Person [E II-FB 2 Item 1.2] – Alter (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

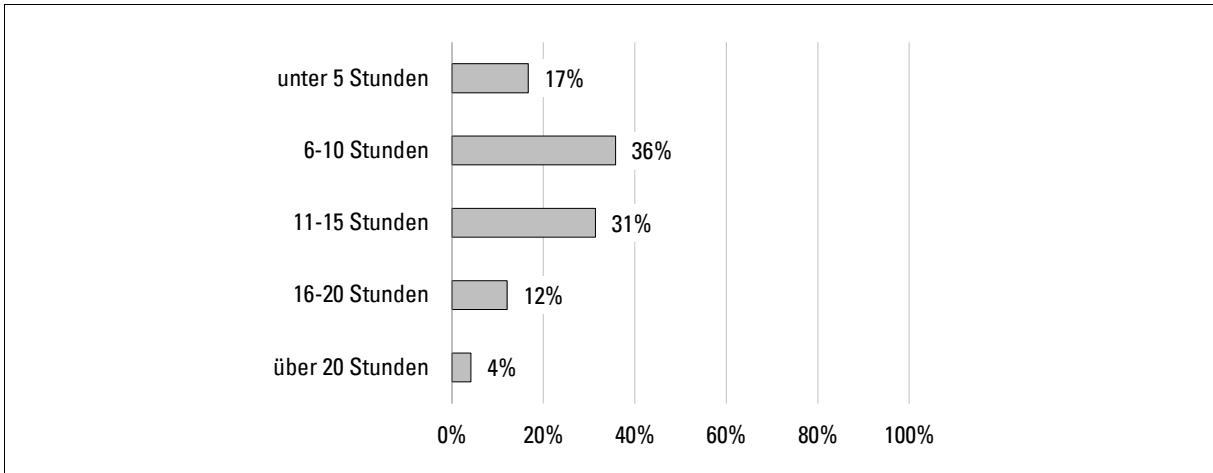


Abbildung A.2.3-3: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E II-FB 2 Item 4.1] – Aufwand an Stunden (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

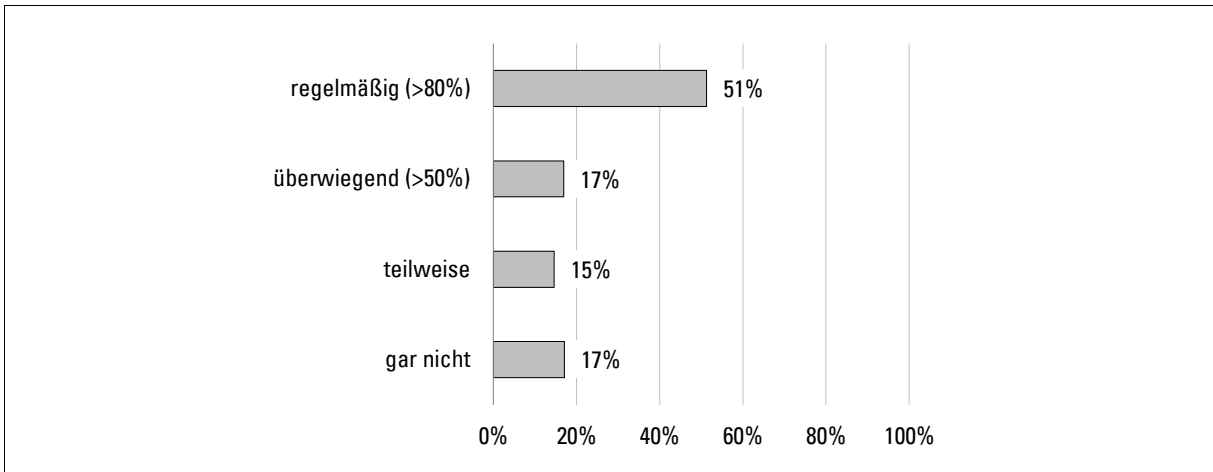


Abbildung A.2.3-4: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E II-FB 2 Item 4.2] – Teilnahme an Präsenzphasen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

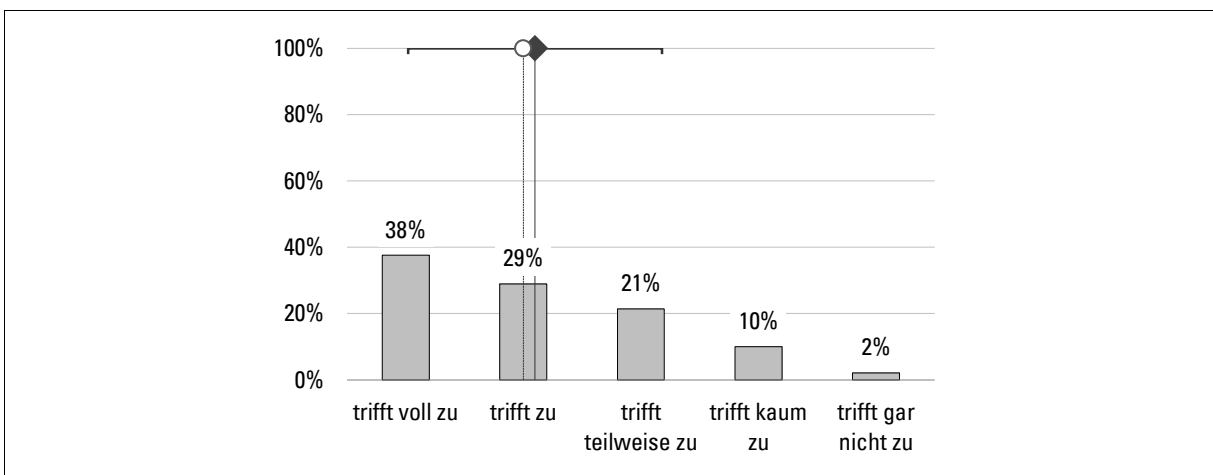


Abbildung A.2.3-5: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E II-FB 2 Item 4.3] – Unterstützung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

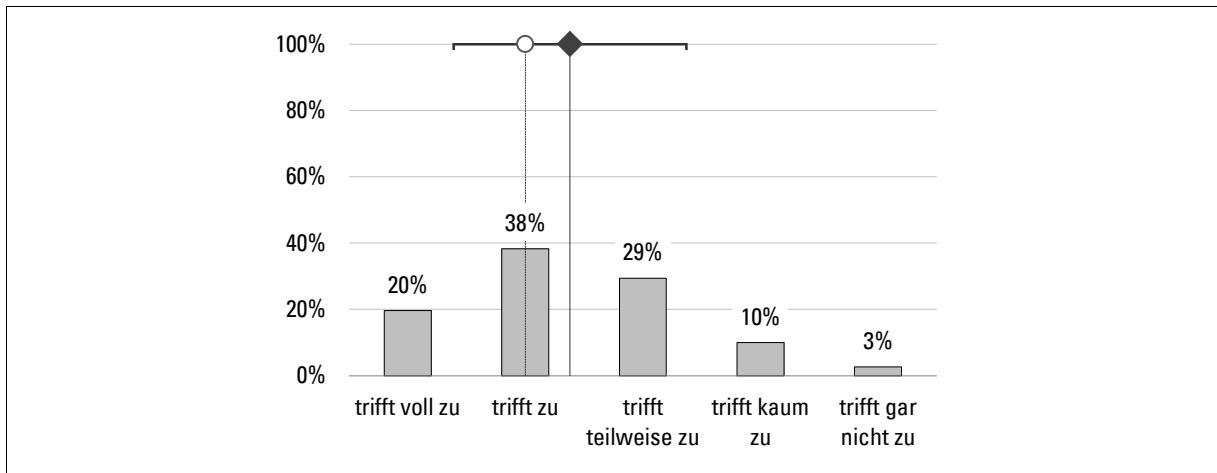


Abbildung A.2.3-6: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E II-FB 2 Item 4.4] – Bemessung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

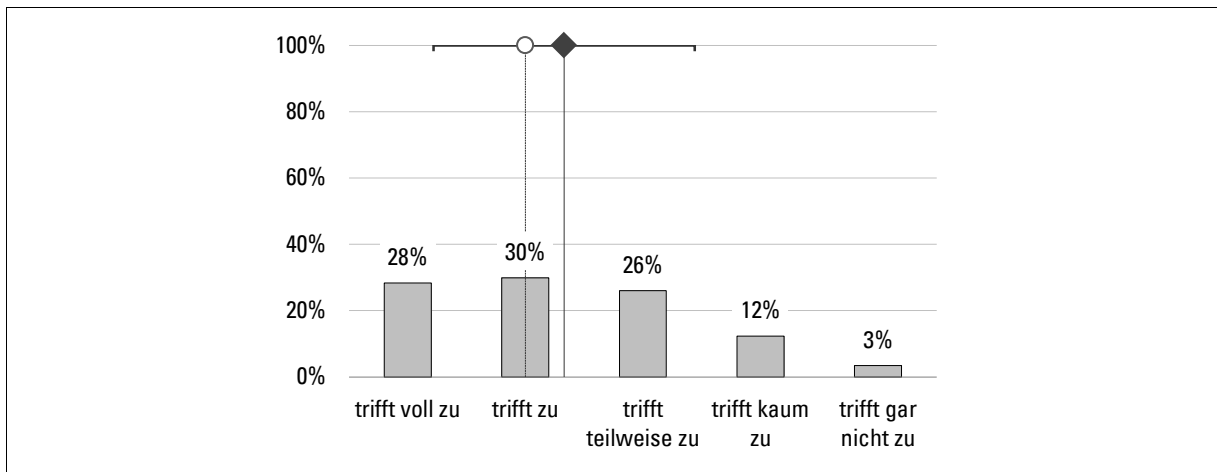


Abbildung A.2.3-7: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E II-FB 2 Item 4.5] – Unterstützung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

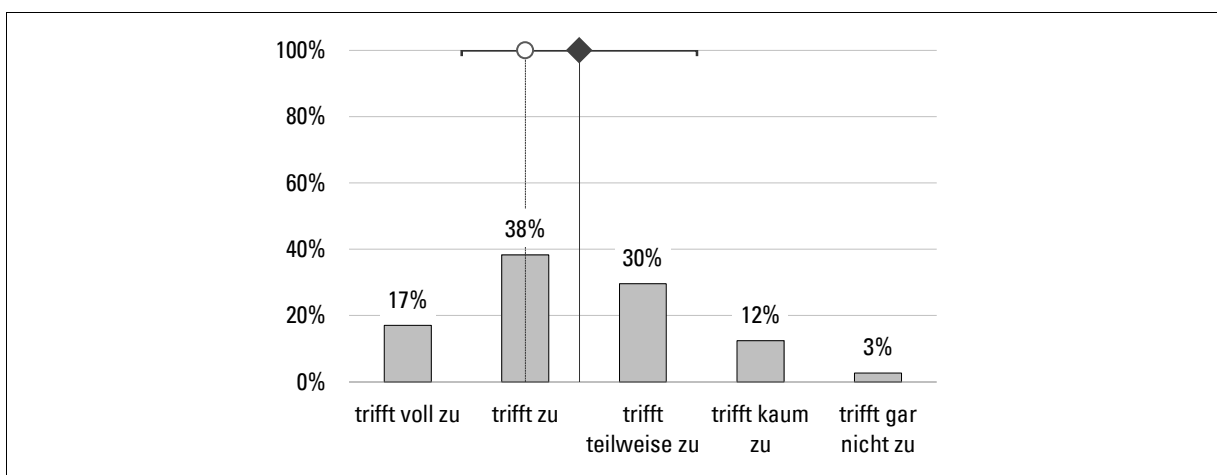


Abbildung A.2.3-8: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E II-FB 2 Item 4.6] – Bemessung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

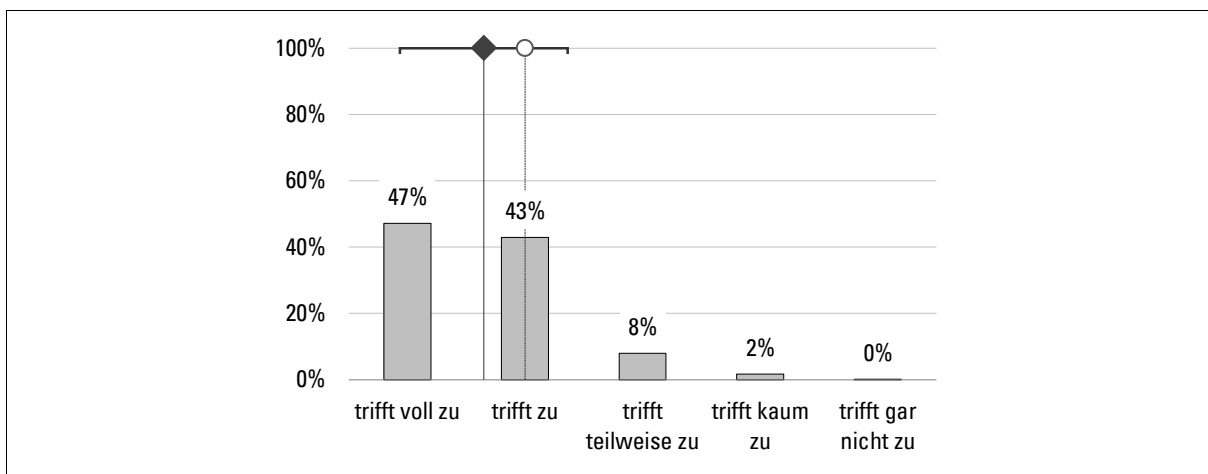


Abbildung A.2.3-9: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.1] – Anspruch des Studiums (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

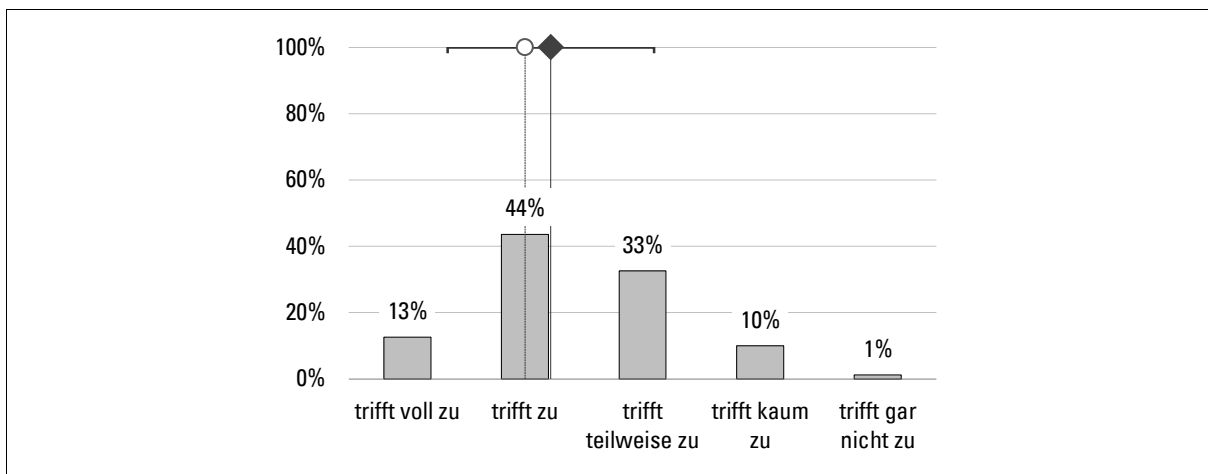


Abbildung A.2.3-10: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.2] – Aufbereitung des Studienmaterials (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

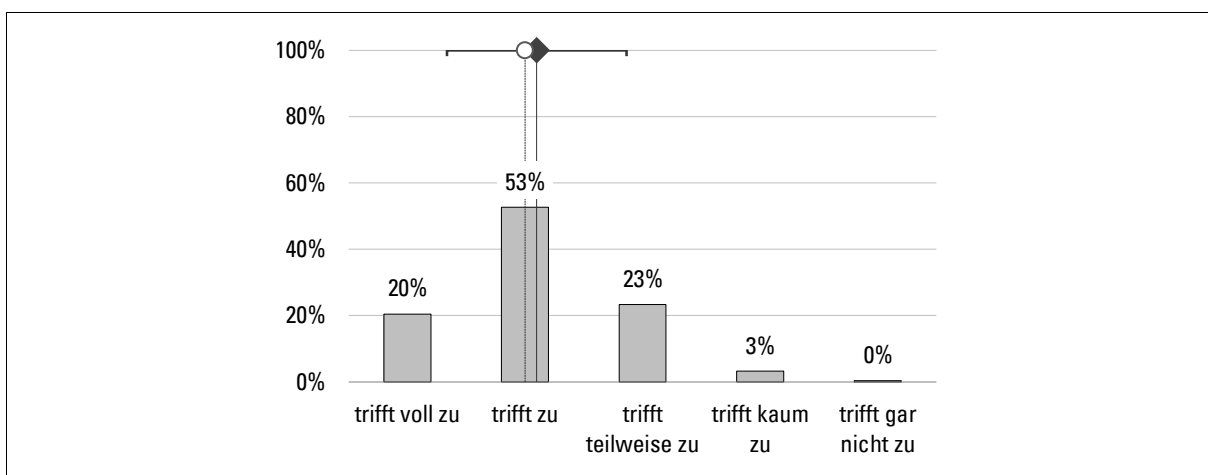


Abbildung A.2.3-11: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.3] – Lehrbeauftragte (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

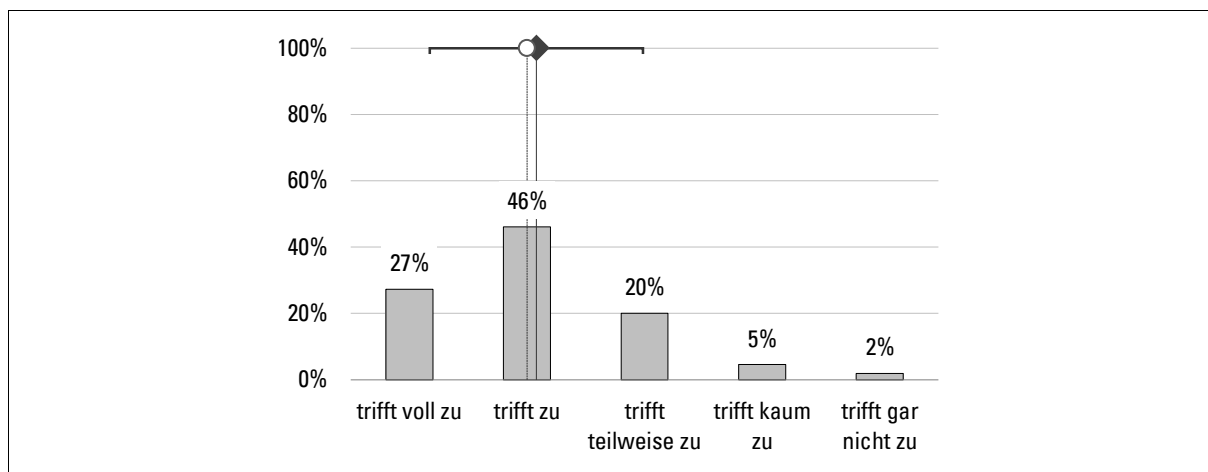


Abbildung A.2.3-12: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.4] – Beratung und Betreuung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

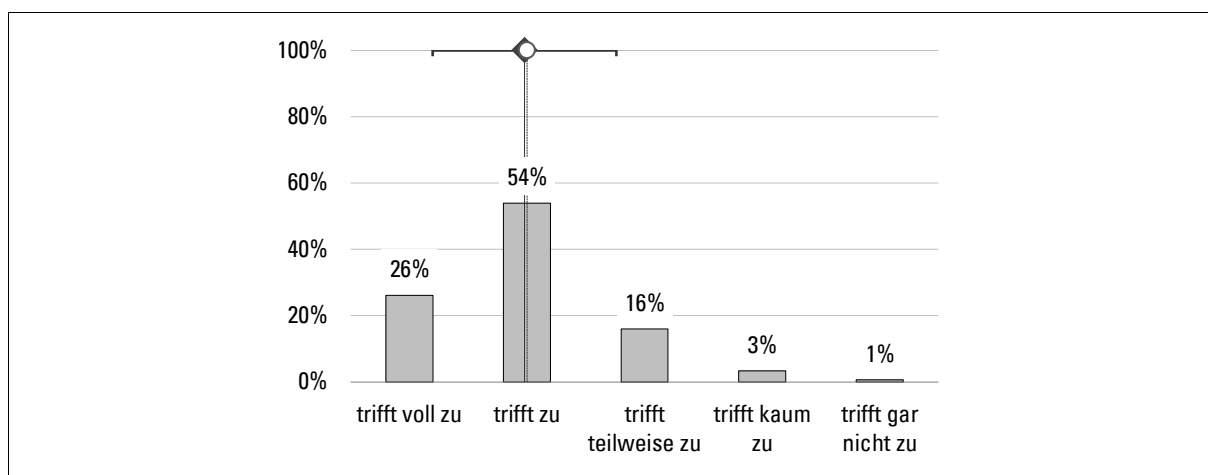


Abbildung A.2.3-13: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.5] – Prüfungsanforderungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

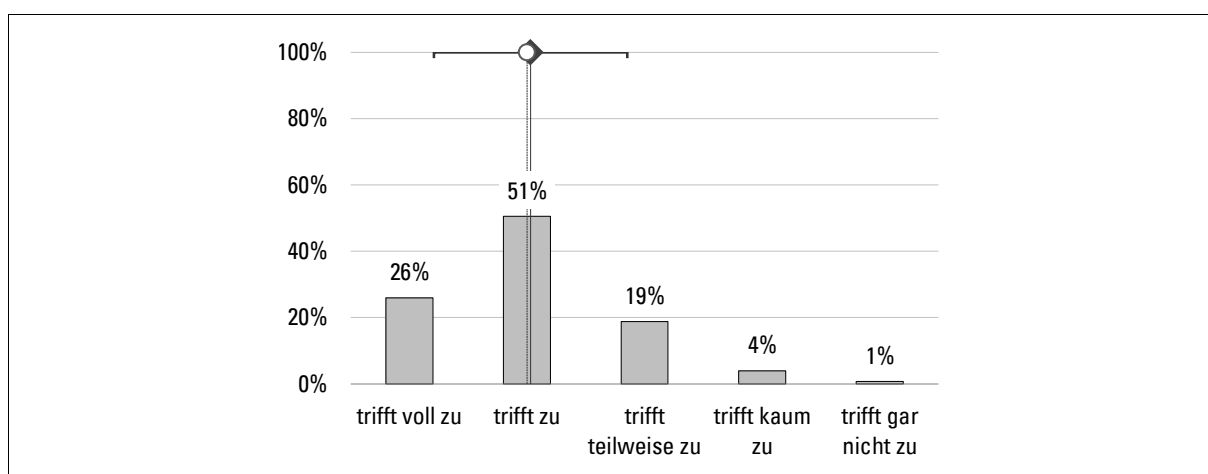


Abbildung A.2.3-14: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.6] – Organisation der Präsenzphasen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

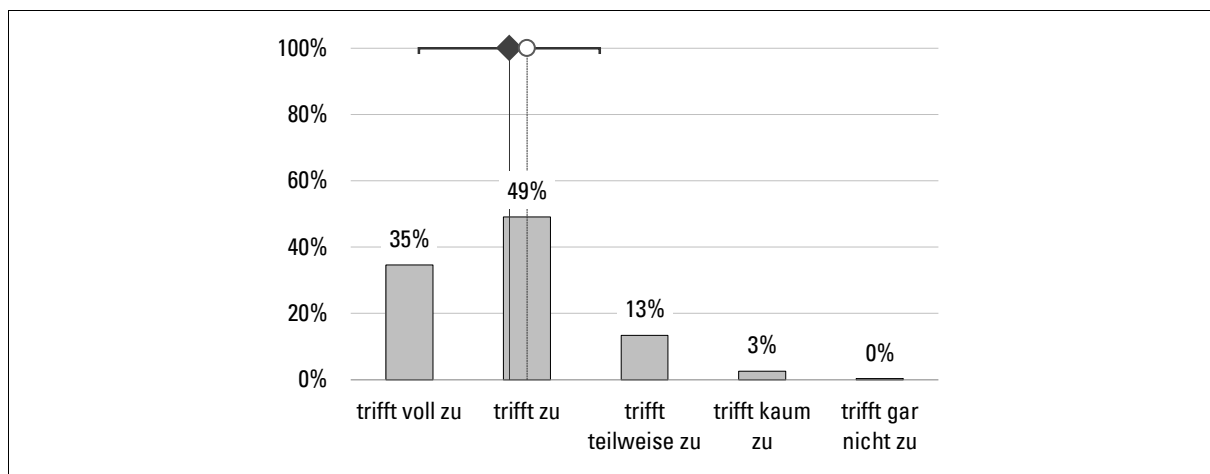


Abbildung A.2.3-15: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.7] – Rahmenablaufplan (bzw. Studienplan) (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

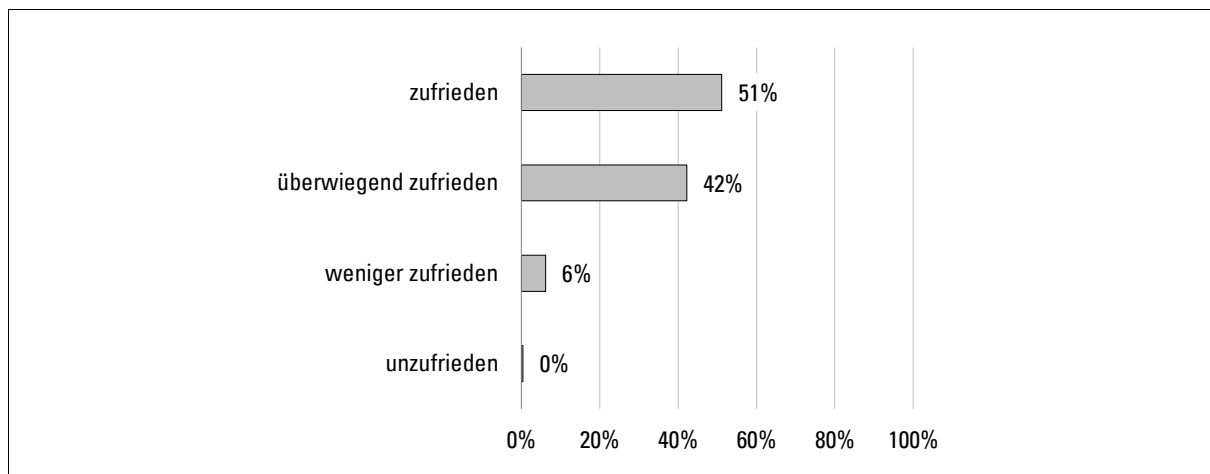


Abbildung A.2.3-16: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.8] – Zufriedenheit mit Studienangebot (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.3.2 Unterschiedliche Items | bis FS 2011

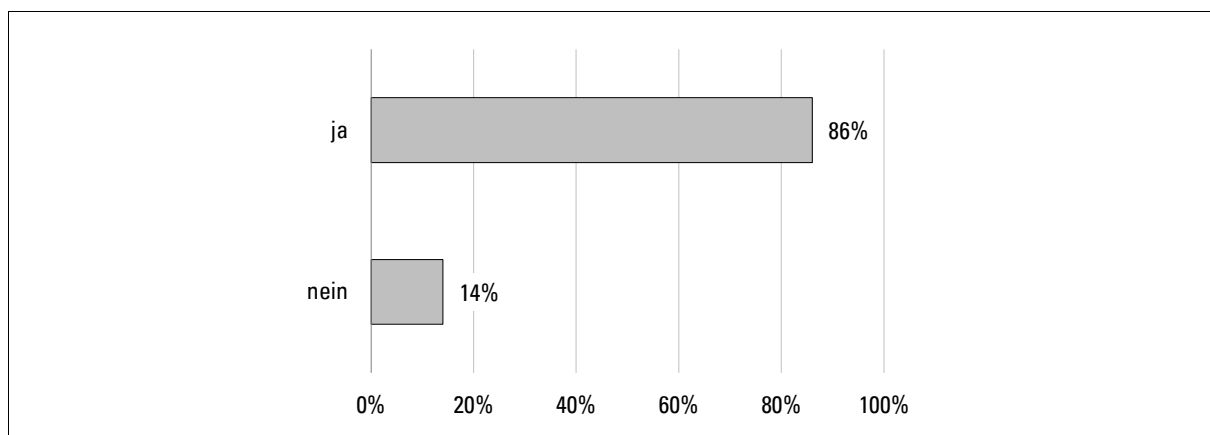


Abbildung A.2.3-17: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.1] – Bearbeitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

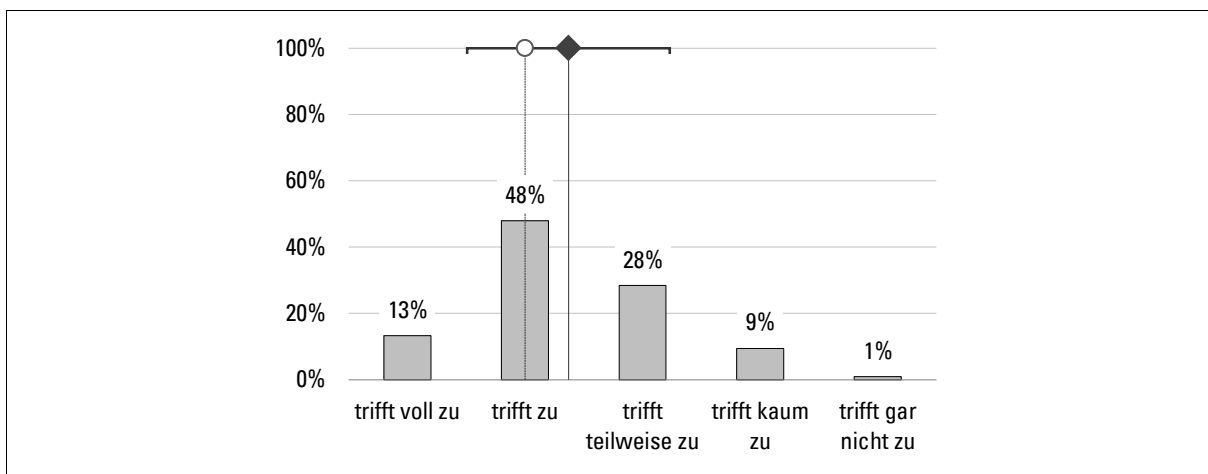


Abbildung A.2.3-18: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.2] – Qualitätsmerkmal Fachlichkeit (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

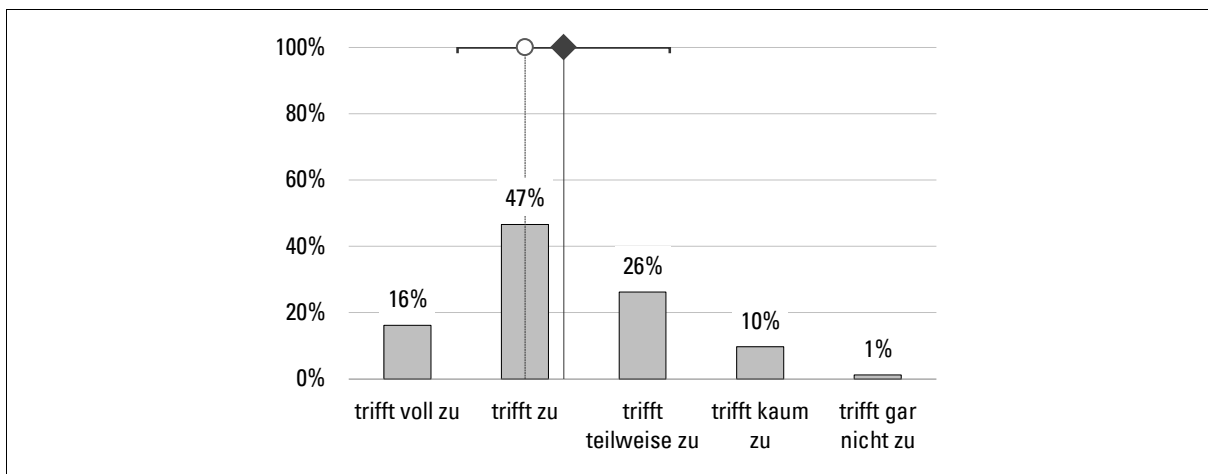


Abbildung A.2.3-19: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.3] – Qualitätsmerkmal Aufbereitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

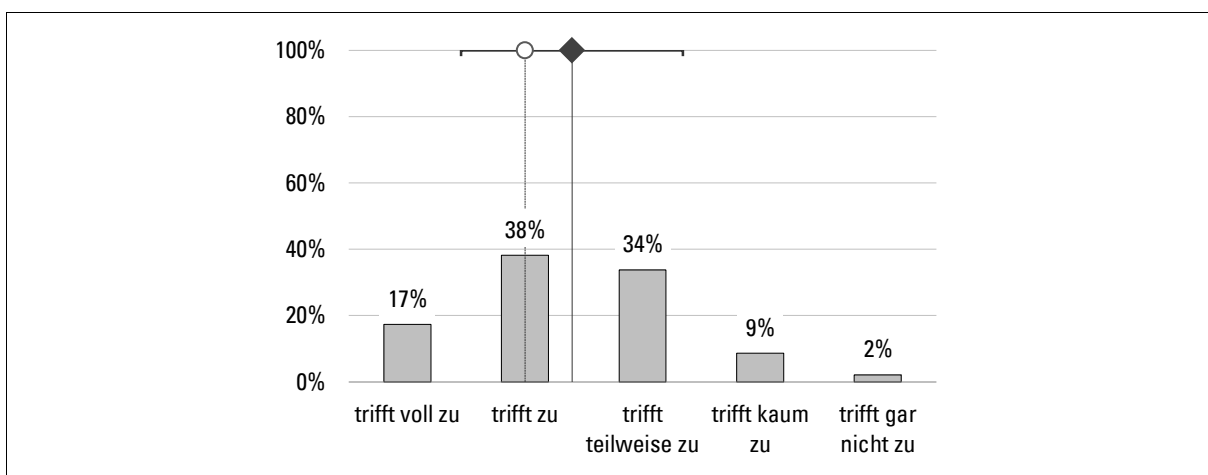


Abbildung A.2.3-20: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.4] – Qualitätsmerkmal Prüfungsvorbereitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.3.3 Unterschiedliche Items | ab HS 2011

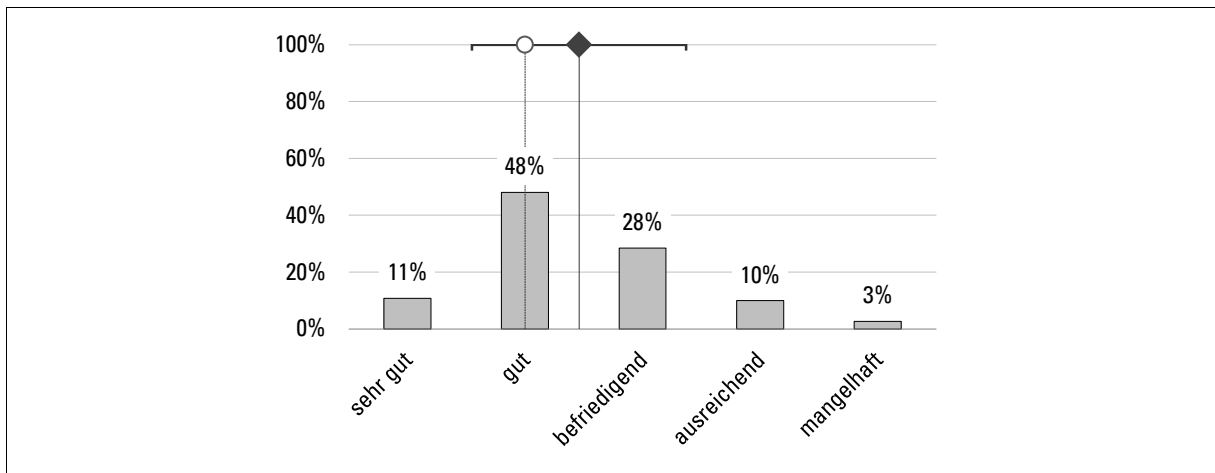


Abbildung A.2.3-21: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.1] – Pflichtfach Recht der Pflege (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

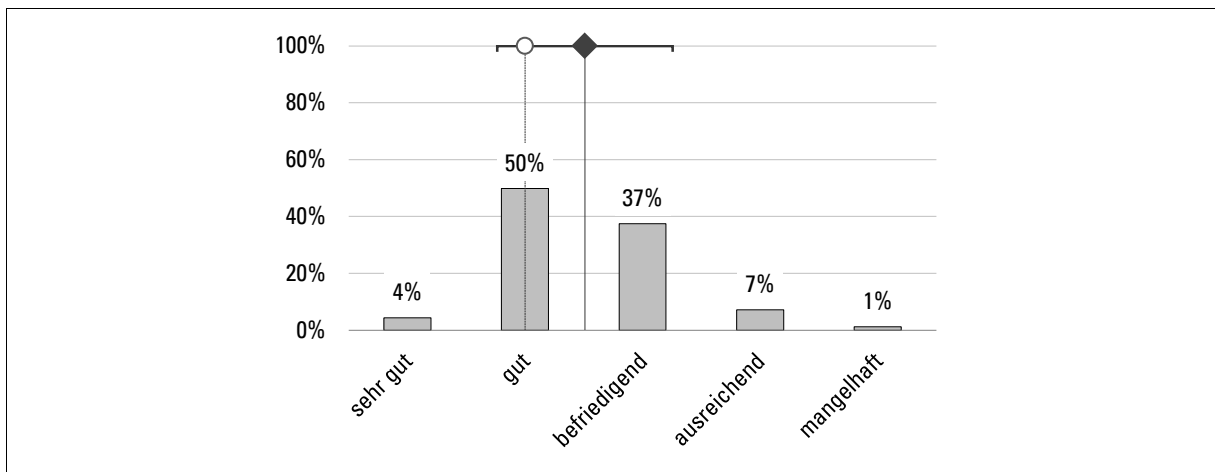


Abbildung A.2.3-22: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.2] – Pflichtfach Gesundheitswissenschaft (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

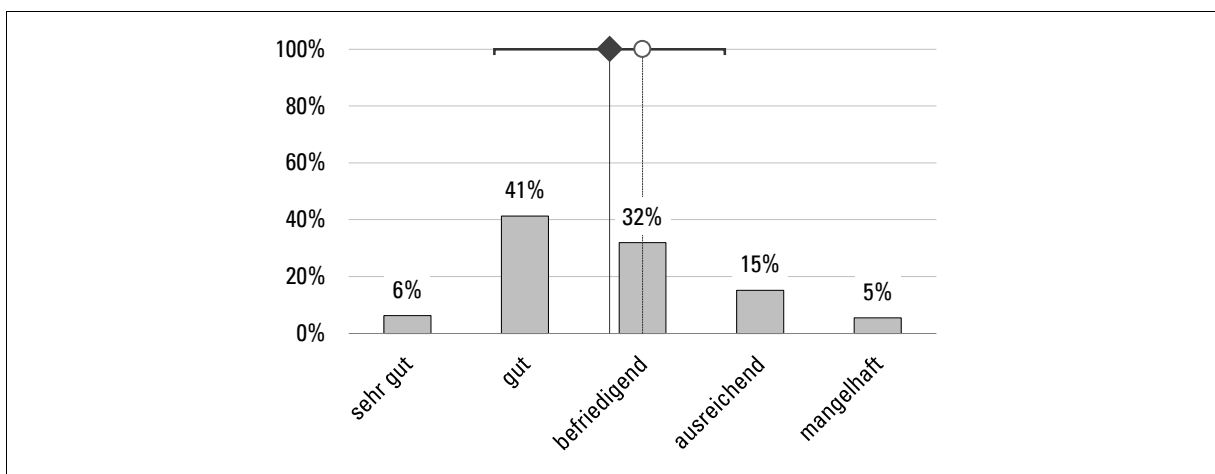


Abbildung A.2.3-23: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.3] – Pflichtfach Gesundheitsökonomie und -politik (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

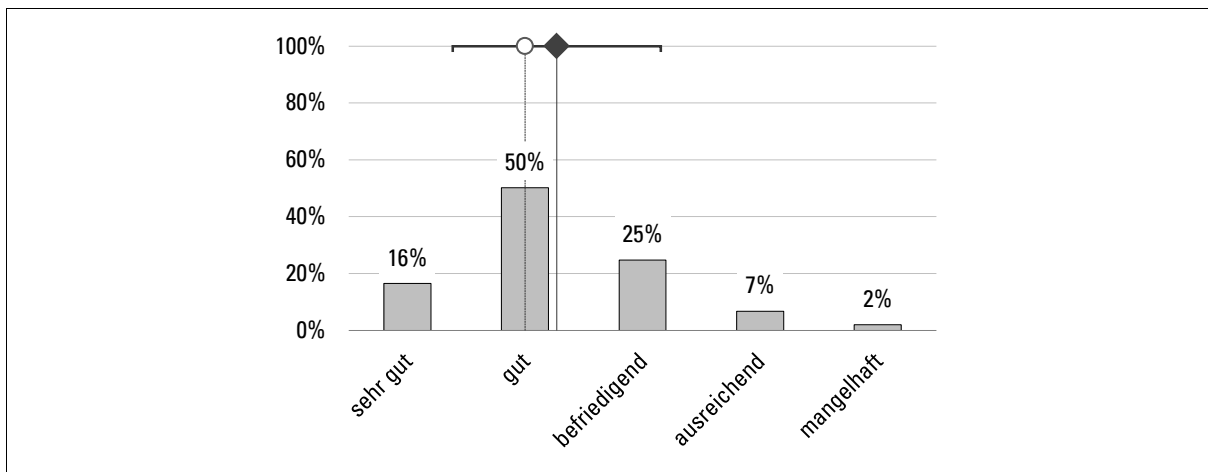


Abbildung A.2.3-24: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.4] – Pflichtfach Empirische Methoden (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

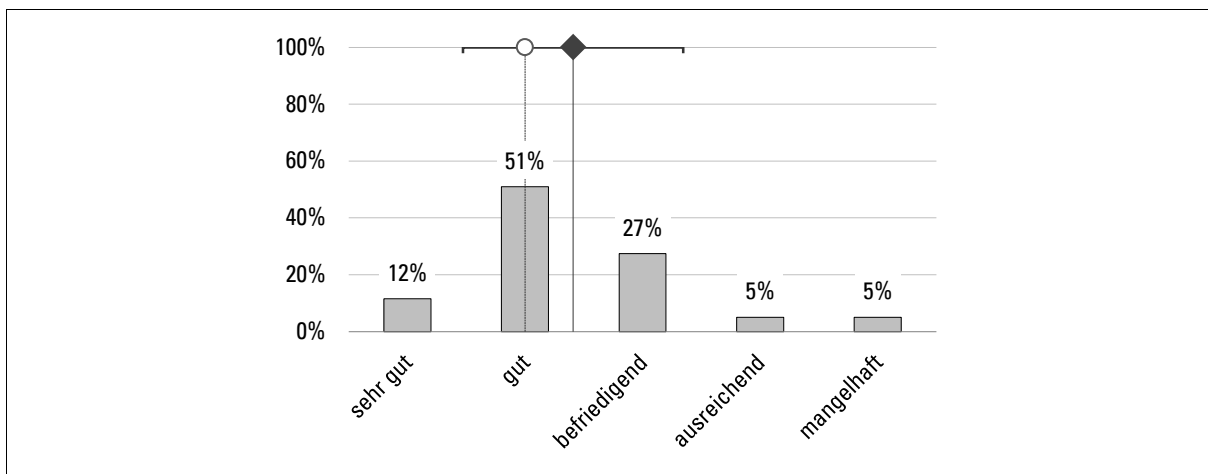


Abbildung A.2.3-25: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.5] – Pflichtfach Pflegemanagement I (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

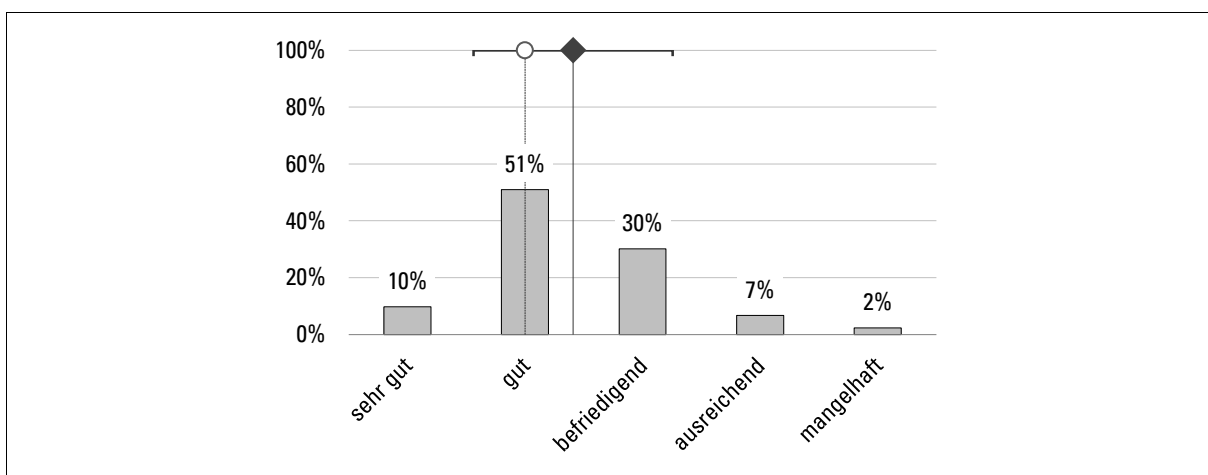


Abbildung A.2.3-26: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.6] – Pflichtfach Pflegewissenschaft II (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

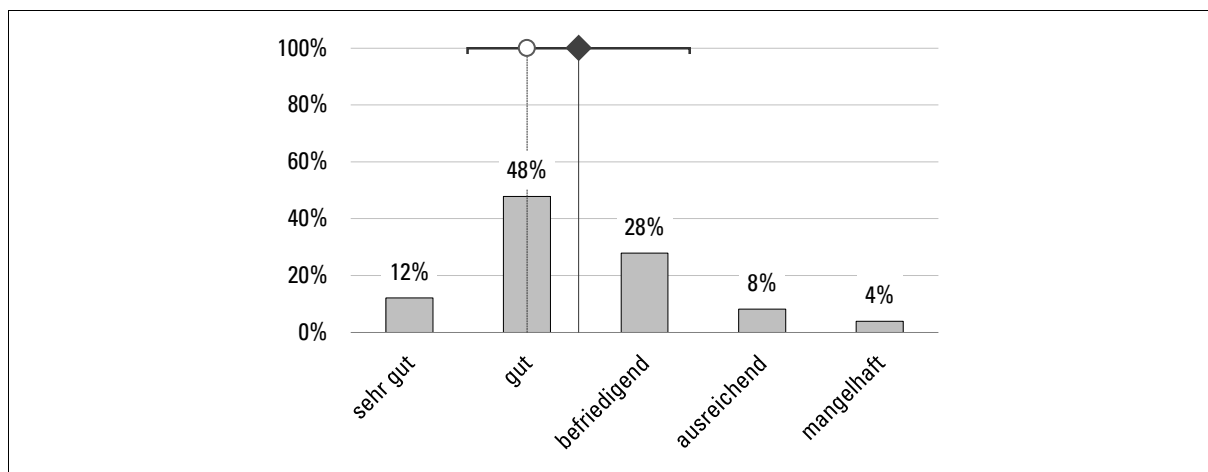


Abbildung A.2.3-27: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.7] – Pflichtfach Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

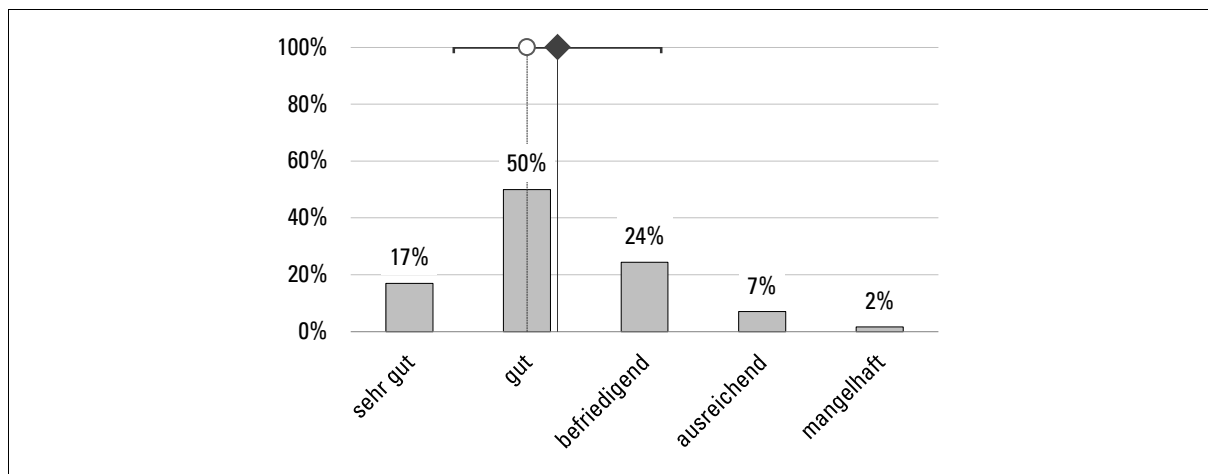


Abbildung A.2.3-28: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.8] – Pflichtfach Methoden und Techniken (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

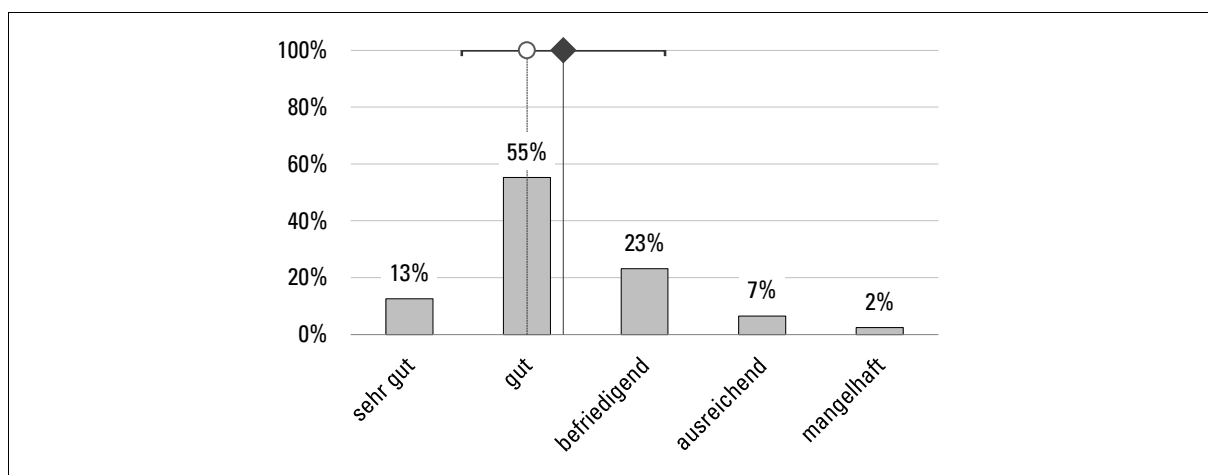


Abbildung A.2.3-29: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.9] – Pflichtfach Pflegemanagement II (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

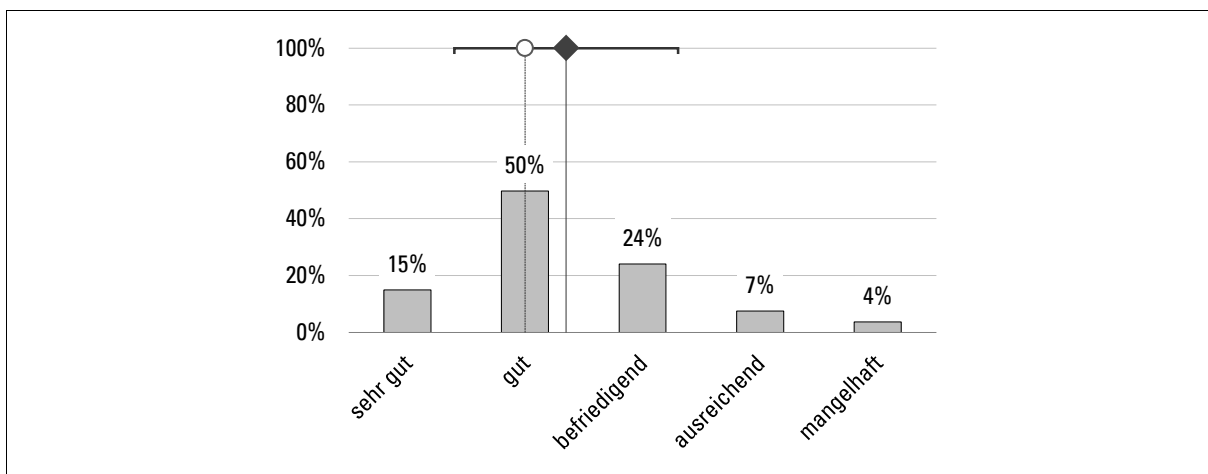


Abbildung A.2.3-30: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.10] – Pflichtfach Informations- und Kommunikationstechnologien (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

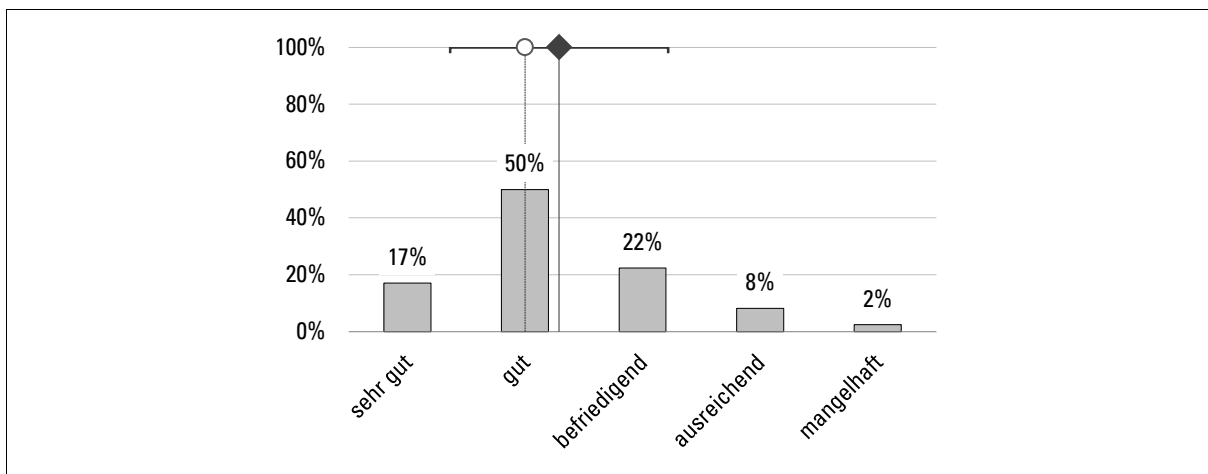


Abbildung A.2.3-31: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.11] – Pflichtfach Arbeitswissenschaft (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

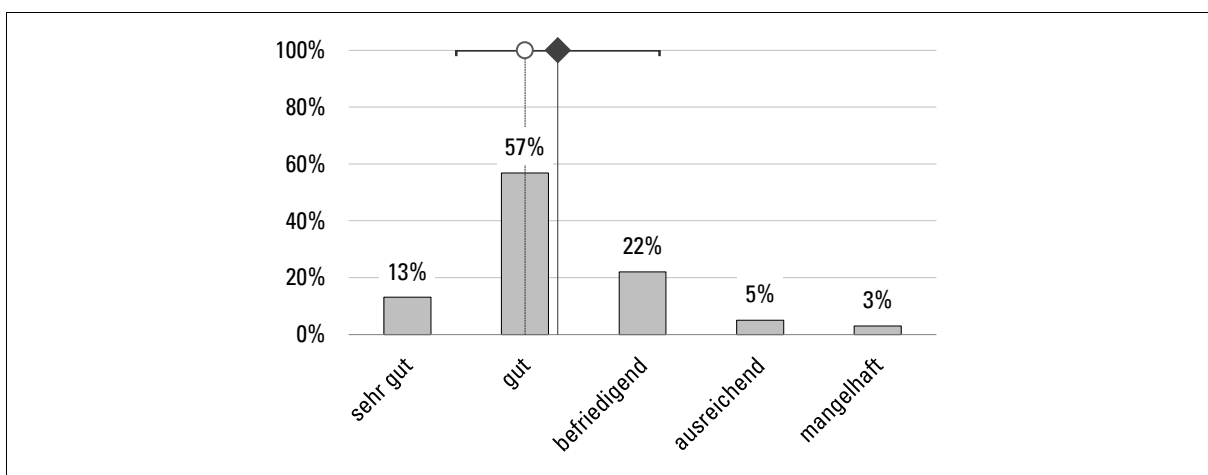


Abbildung A.2.3-32: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.1] – Wahlpflichtfach Personalmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

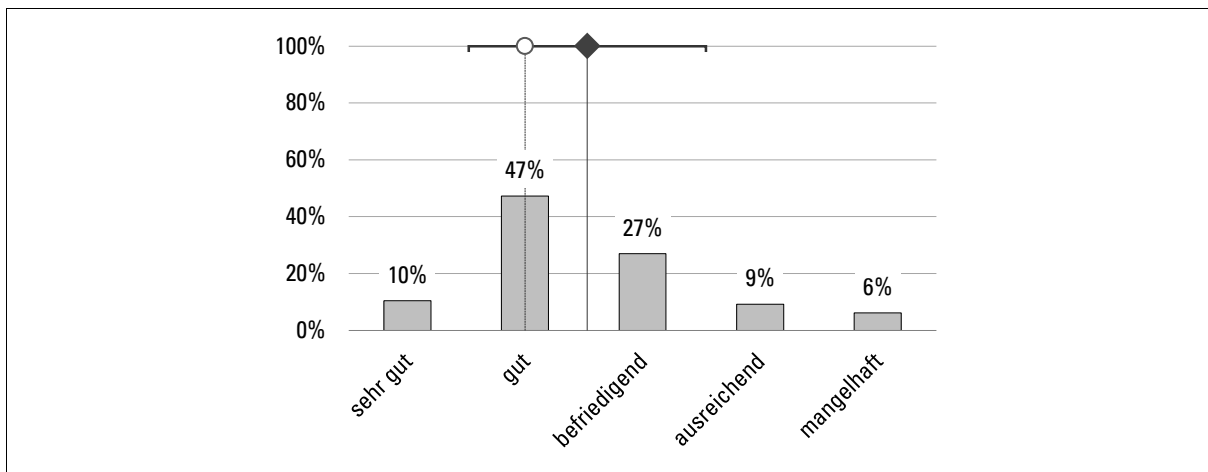


Abbildung A.2.3-33: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.2] – Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

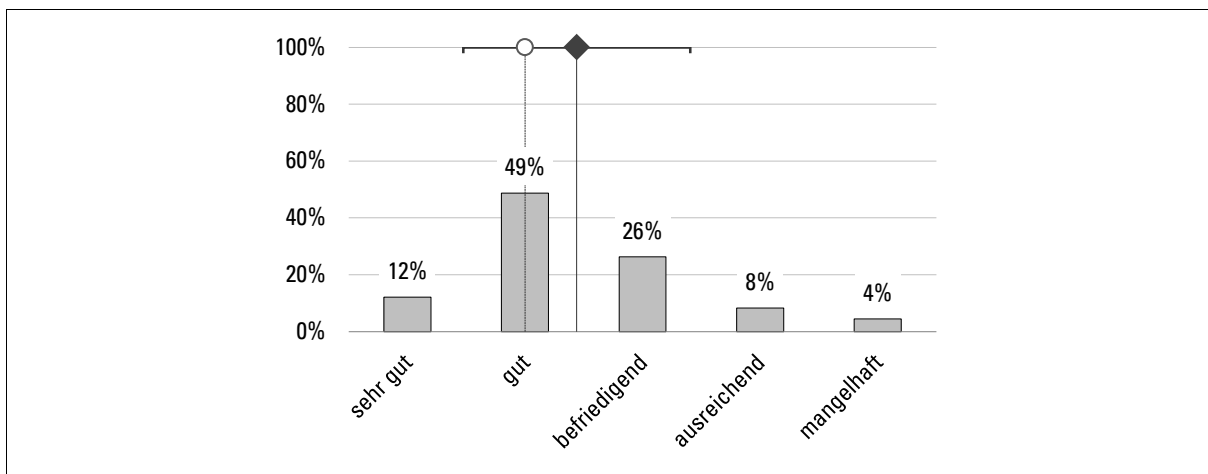


Abbildung A.2.3-34: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.3] – Wahlpflichtfach Organisationsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

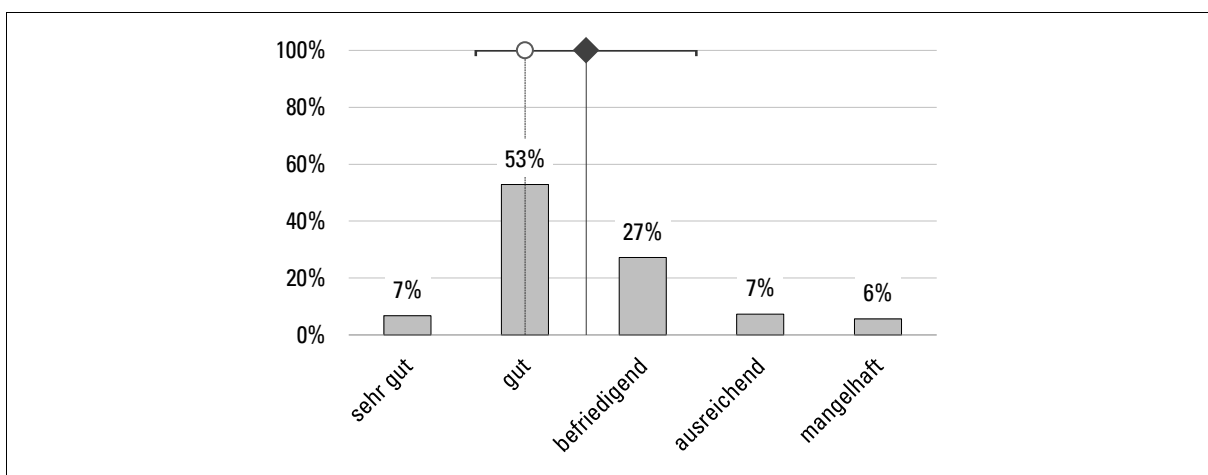


Abbildung A.2.3-35: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.1] – Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

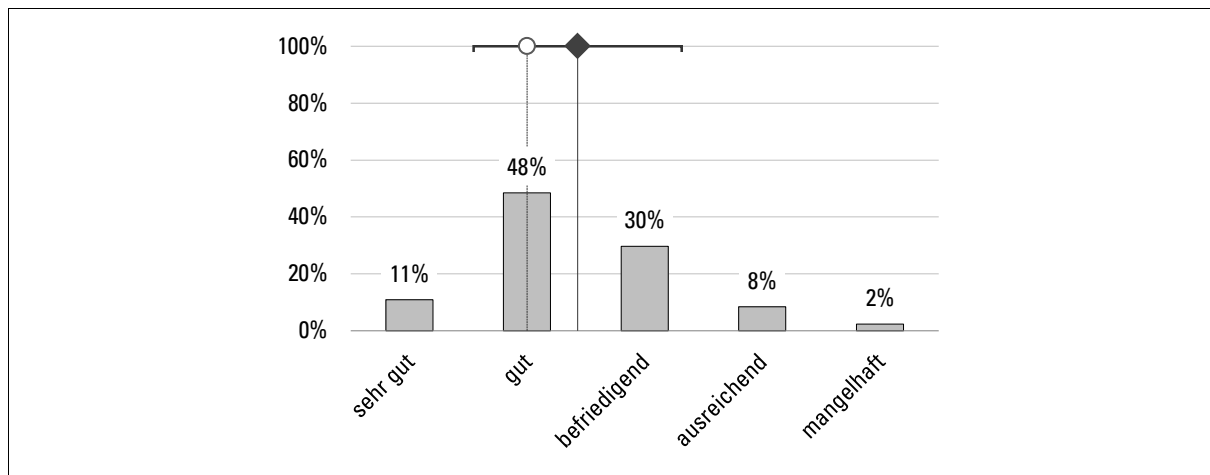


Abbildung A.2.3-36: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.2] – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

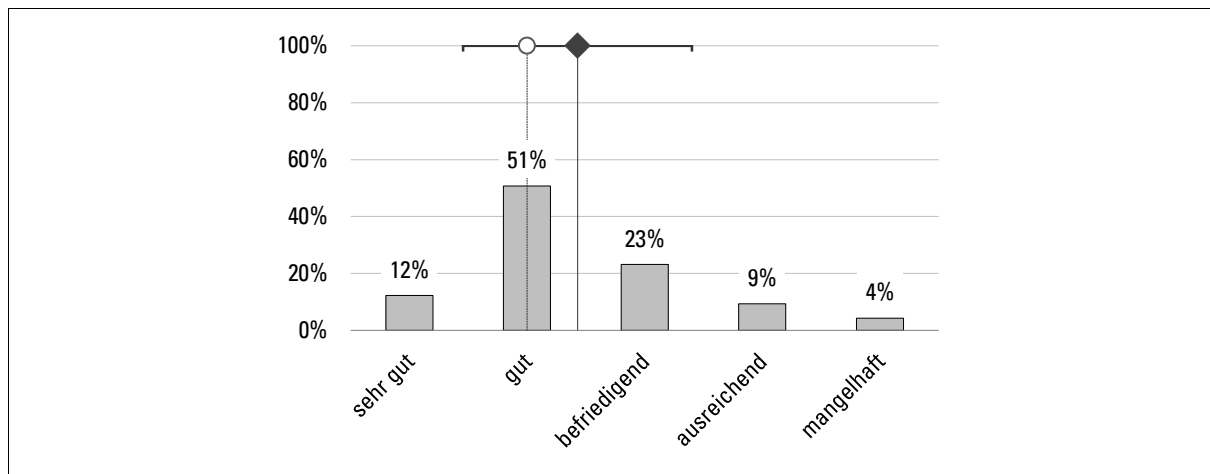


Abbildung A.2.3-37: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.3] – Studienschwerpunkt Ambulante Dienste (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

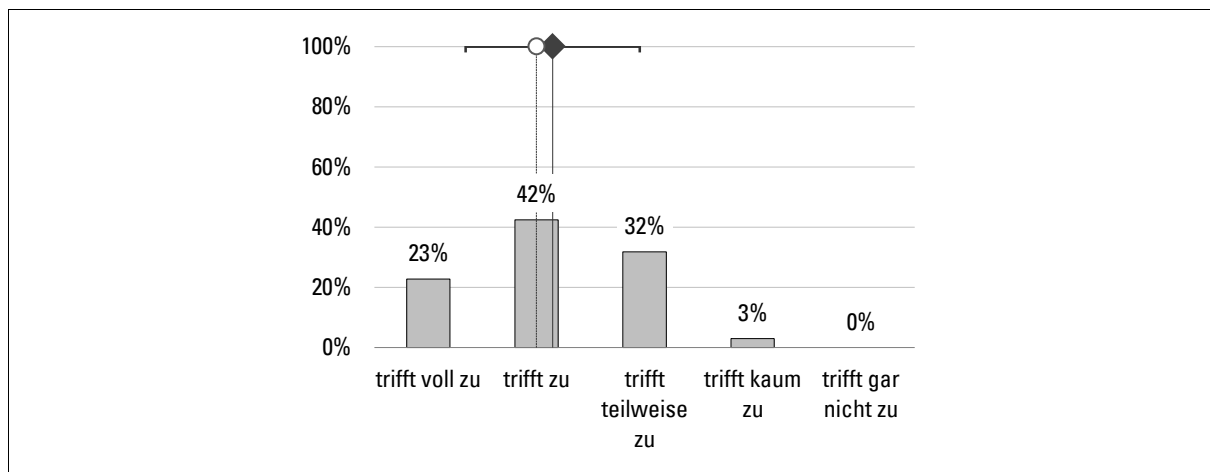


Abbildung A.2.3-38: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 1 Item 9.8] – Anforderungen und Verpflichtungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.4 Grafiken | Absolventen

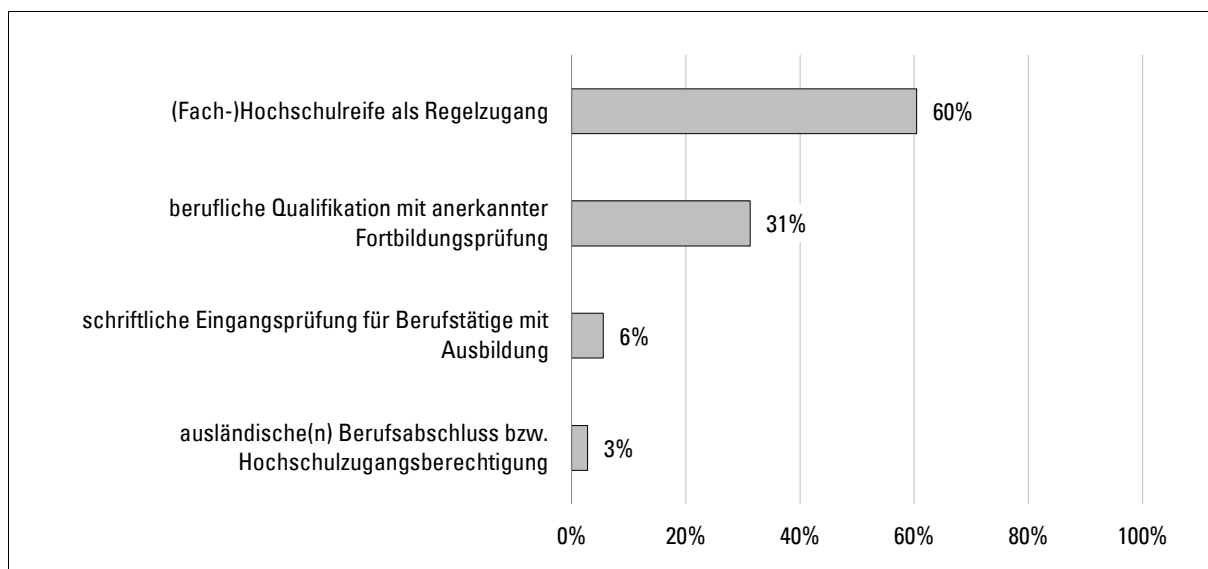


Abbildung A.2.4-1: Angaben zum Studium [Item 2.2] – Hochschulzugang
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

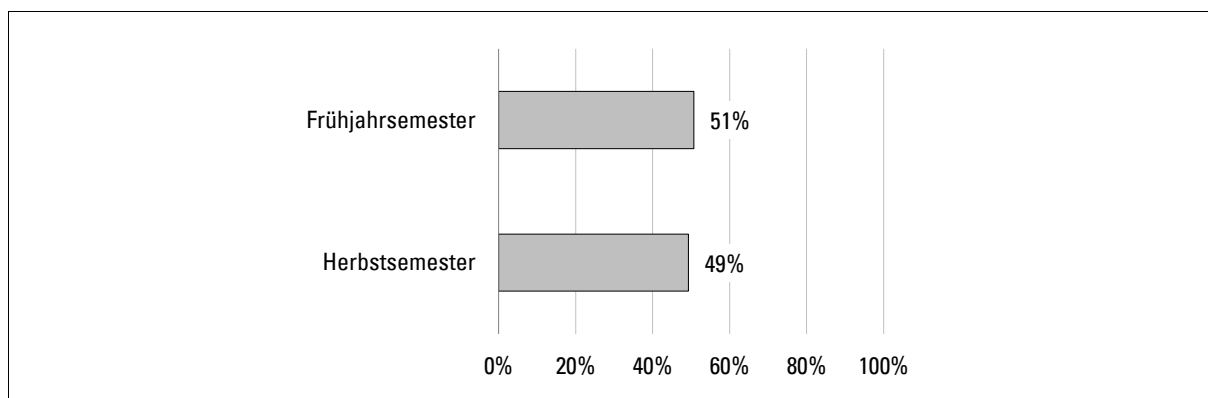


Abbildung A.2.4-2: Angaben zum Studium [Item 2.3] – Beginn des Studiums [Semester]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

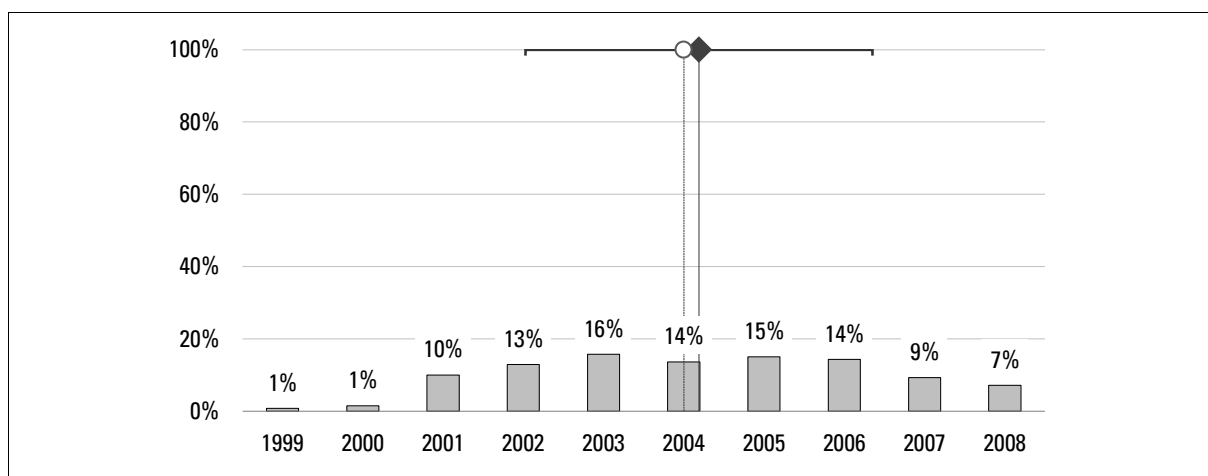


Abbildung A.2.4-3: Angaben zum Studium [Item 2.4] – Beginn des Studiums [Jahr]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

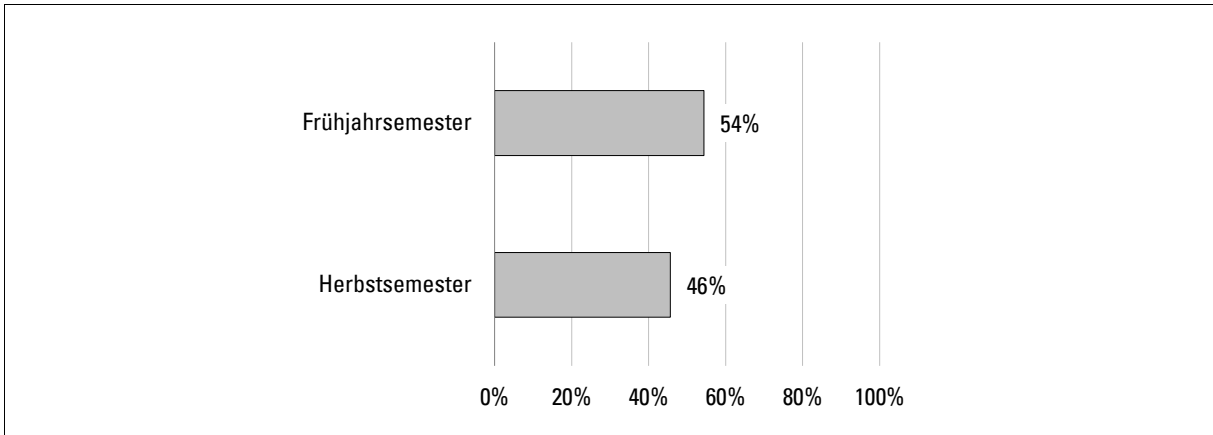


Abbildung A.2.4-4: Angaben zum Studium [Item 2.5] – Beendigung des Studiums [Semester] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

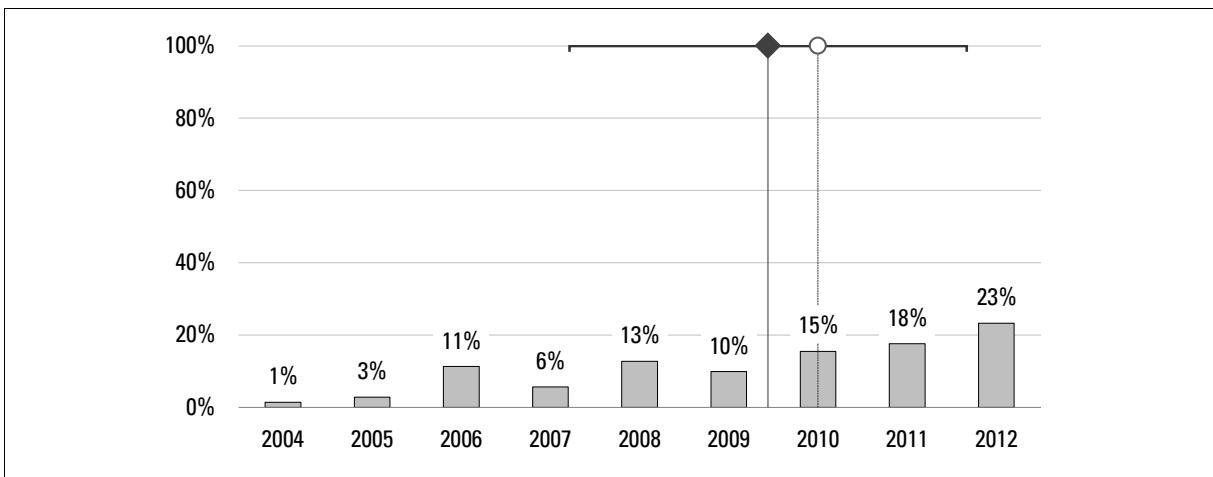


Abbildung A.2.4-5: Angaben zum Studium [Item 2.6] – Beendigung des Studiums [Jahr] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

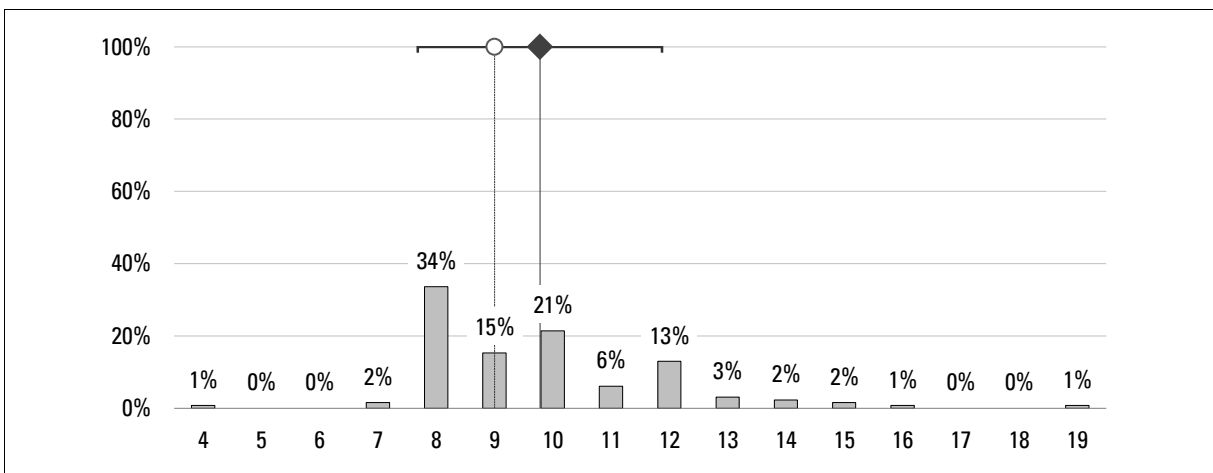


Abbildung A.2.4-6: Angaben zum Studium [Item 2.7] – Anzahl Semester (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

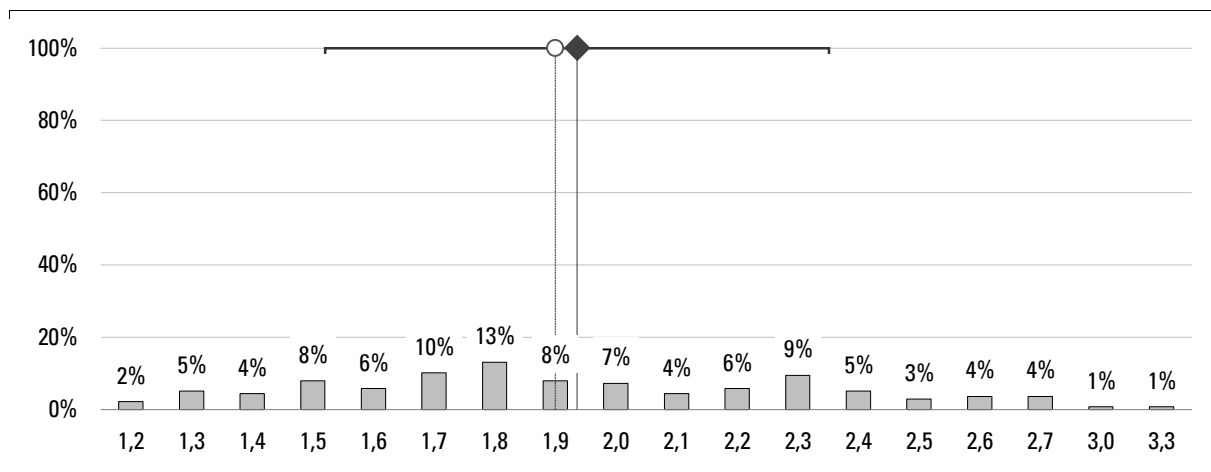


Abbildung A.2.4-7: Angaben zum Studium [Item 2.8] – Note (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

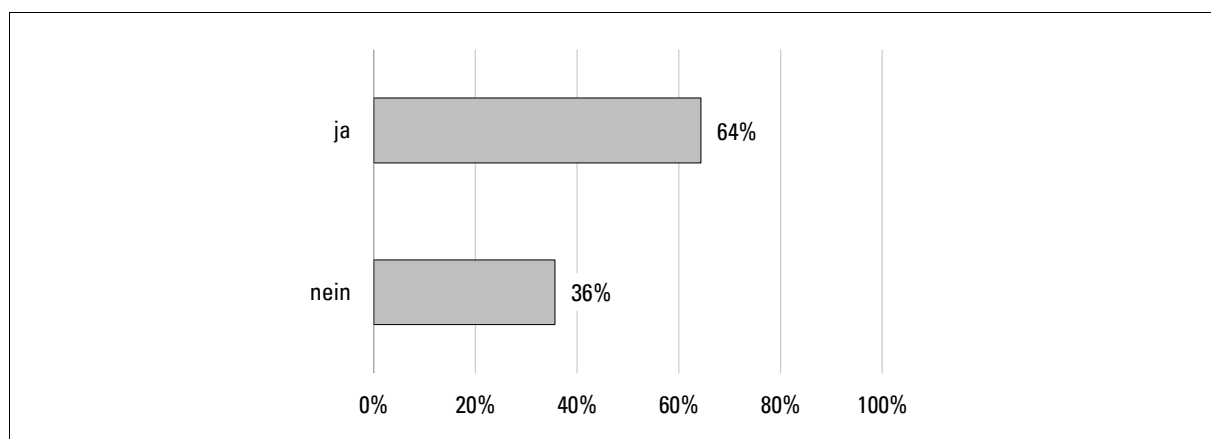


Abbildung A.2.4-8: Angaben zum Studium [Item 2.9] – Teilzeit (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

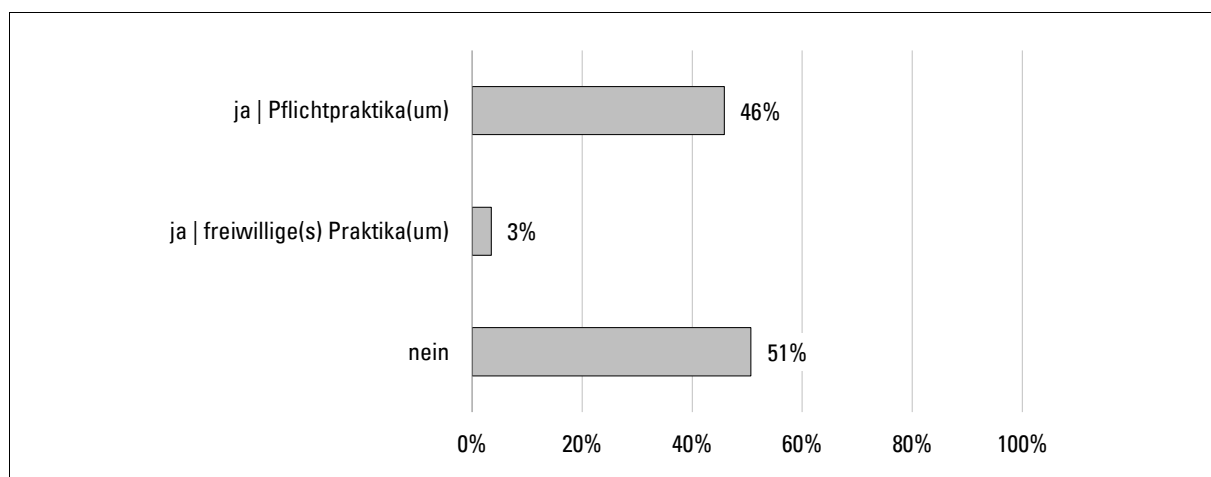


Abbildung A.2.4-9: Angaben zum Studium [Item 2.10a–c] – Berufspraktikum (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

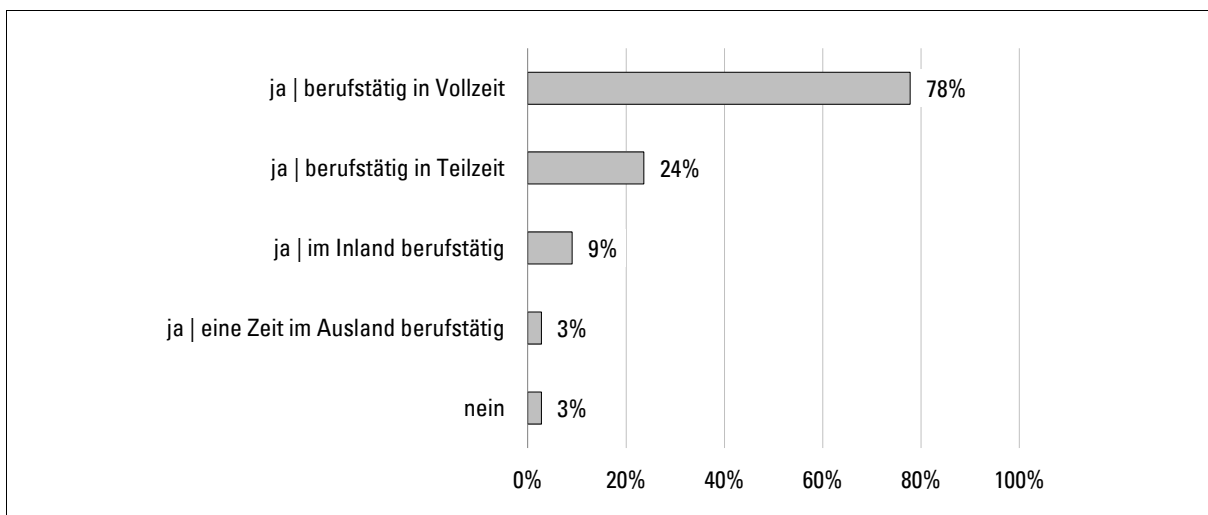


Abbildung A.2.4-10: Angaben zum Studium [Item 2.11a–e] – Berufliche Erfahrungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

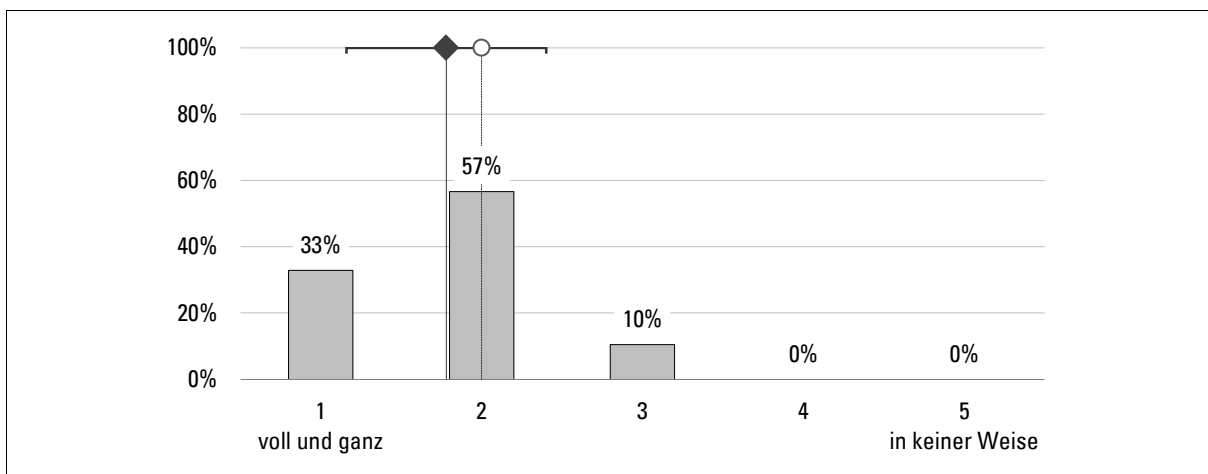


Abbildung A.2.4-11: Einschätzung des Studiums [Item 3.2] – Zufriedenheit (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

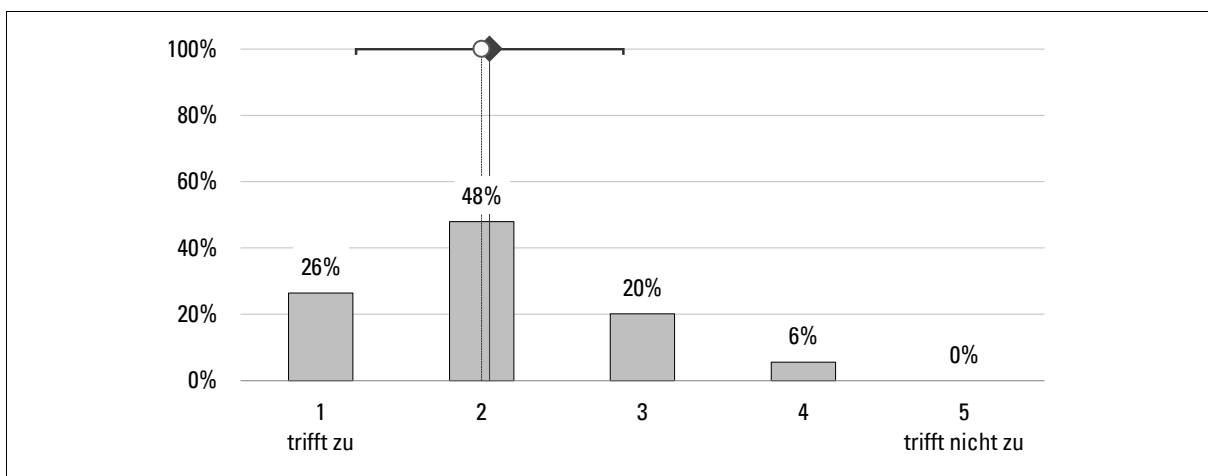


Abbildung A.2.4-12: Einschätzung des Studiums [Item 3.7] – Studienmaterial (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

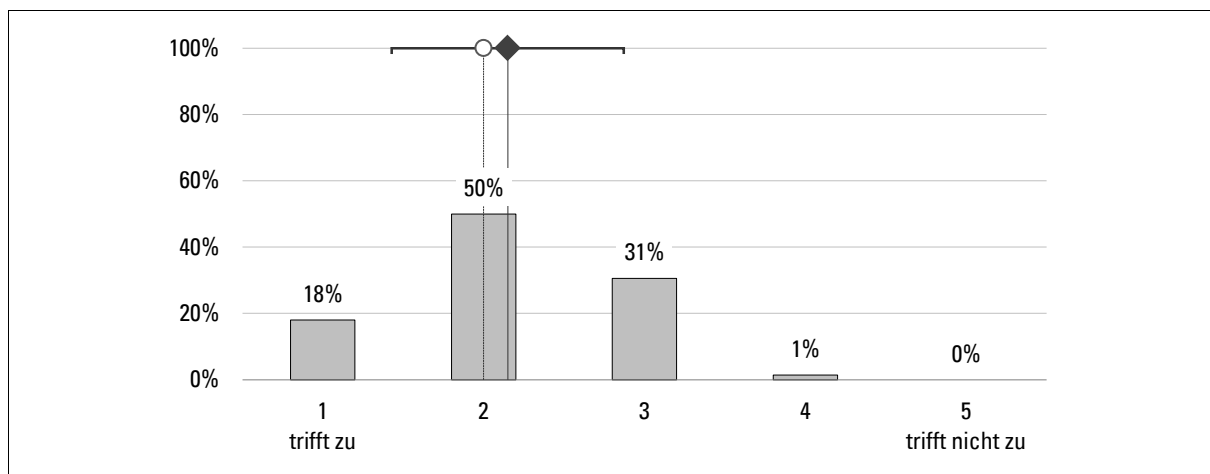


Abbildung A.2.4-13: Einschätzung des Studiums [Item 3.8] – Lehrbeauftragte (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

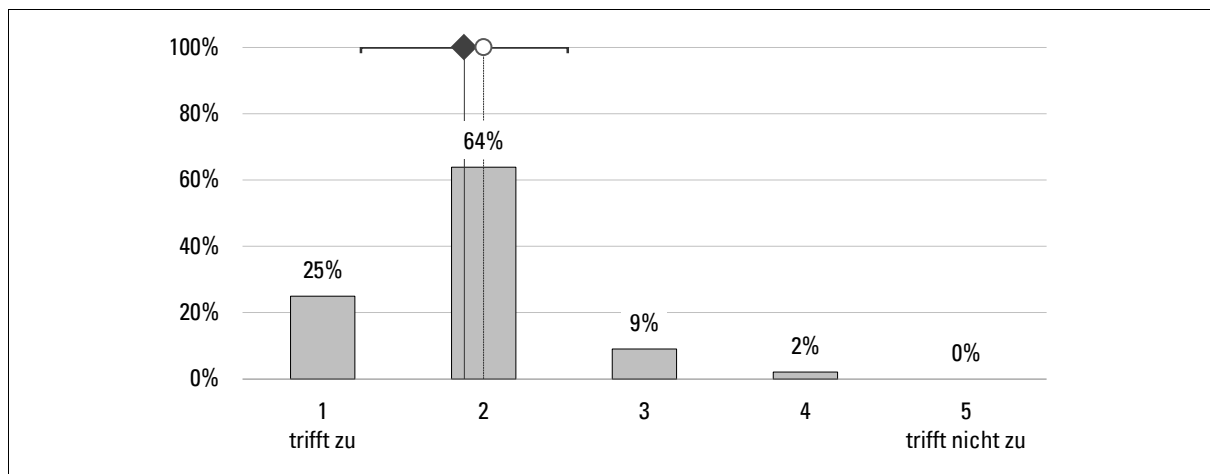


Abbildung A.2.4-14: Einschätzung des Studiums [Item 3.9] – Prüfungsanforderungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

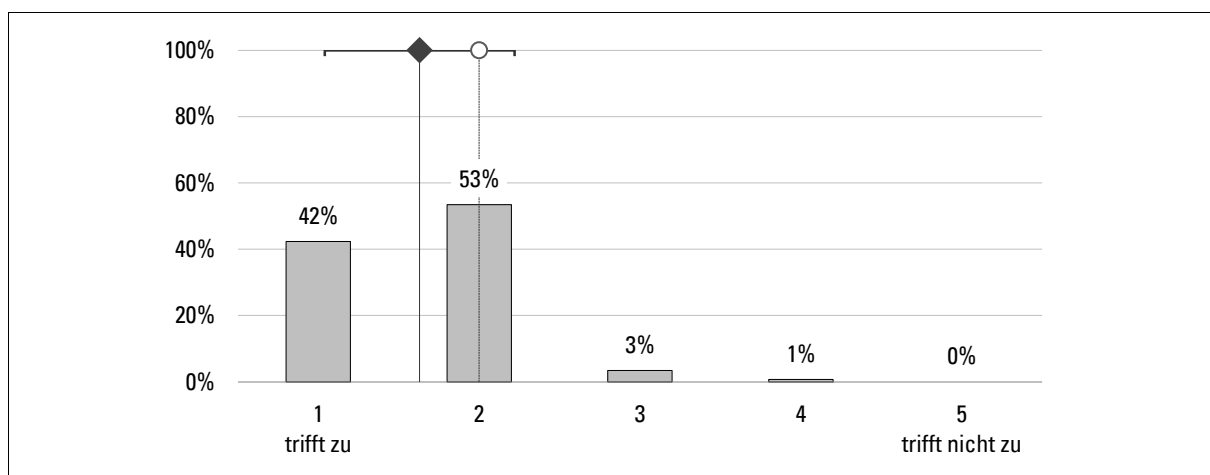


Abbildung A.2.4-15: Einschätzung des Studiums [Item 3.10] – Studienplan (bzw. Rahmenablaufplan) (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

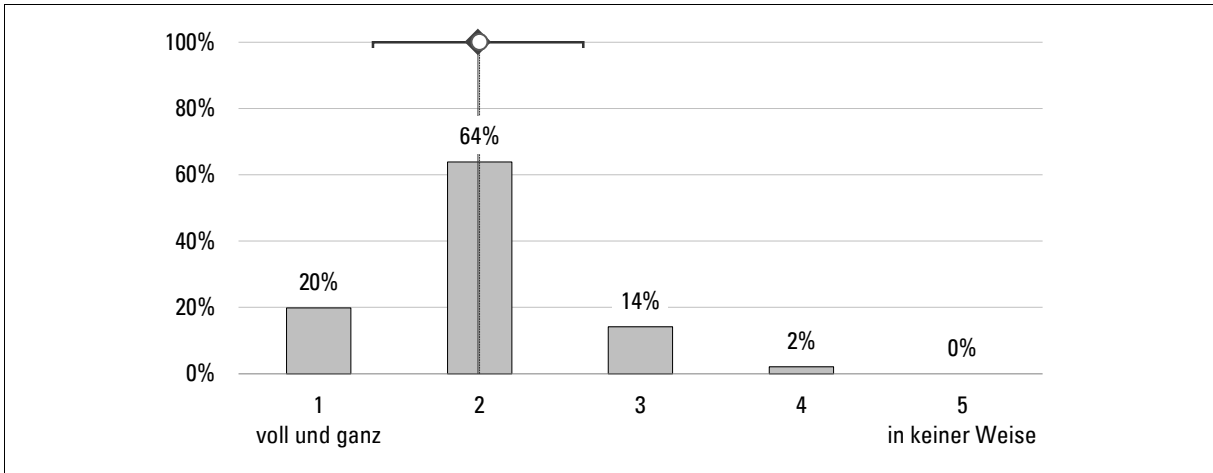


Abbildung A.2.4-16: Einschätzung des Studiums [Item 3.11] – Fachliche Erwartungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

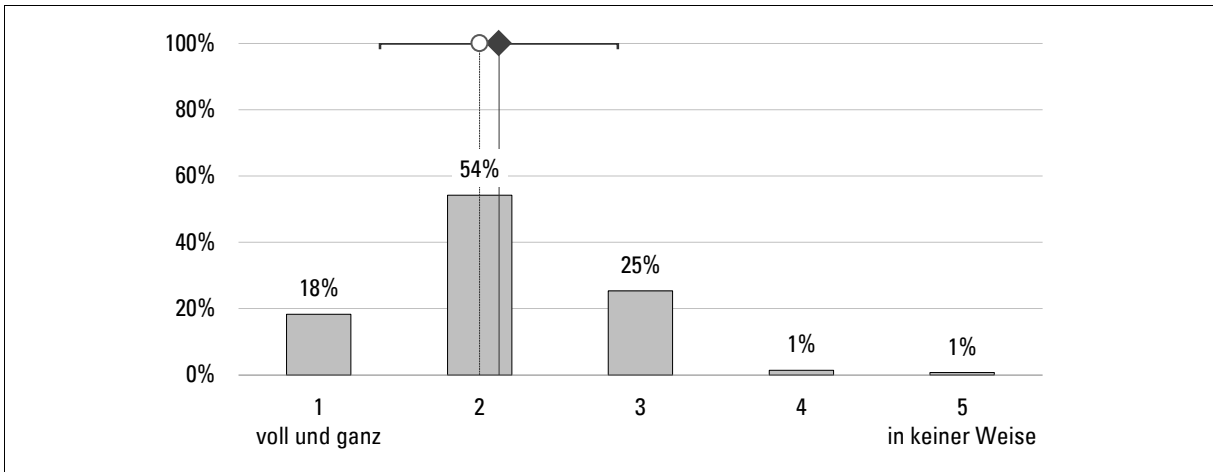


Abbildung A.2.4-17: Einschätzung des Studiums [Item 3.12] – Berufliche Anforderungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

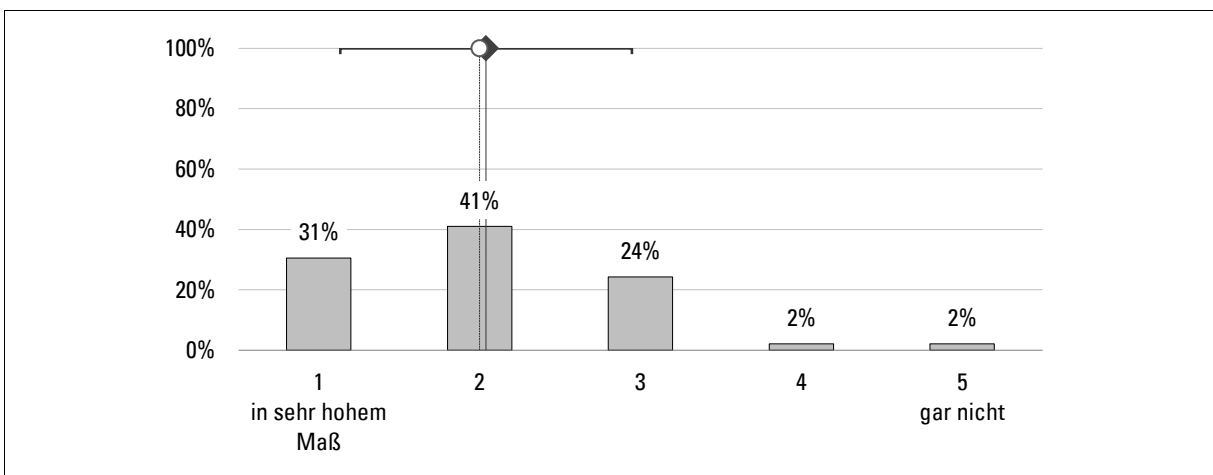


Abbildung A.2.4-18: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.1] – Erworbene Qualifikationen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

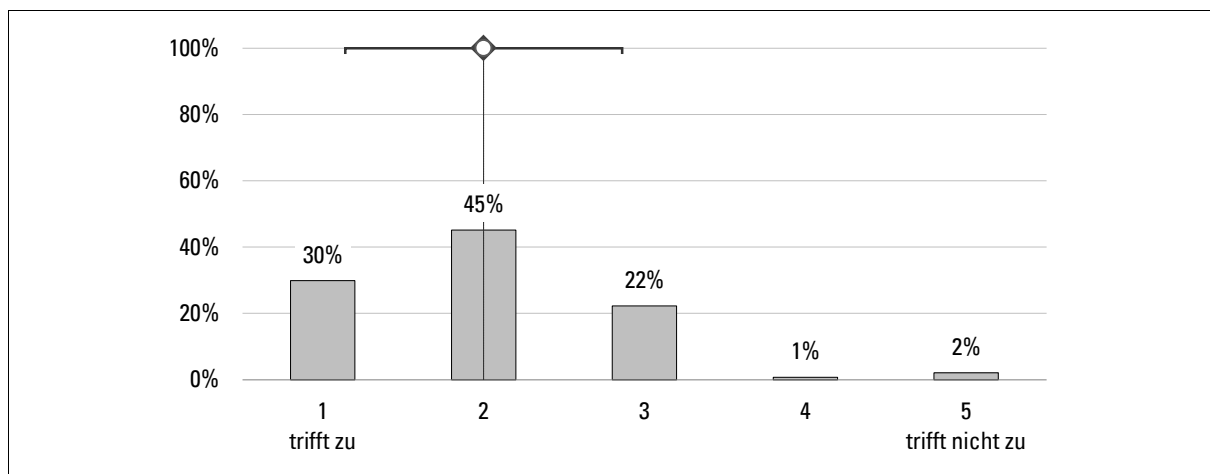


Abbildung A.2.4-19: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.2] – Berufliche Praxis (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

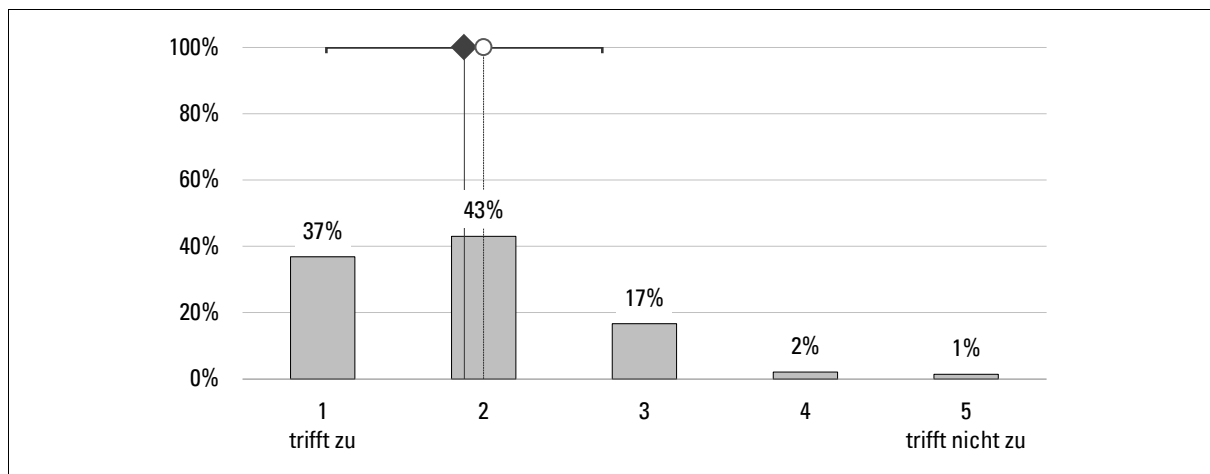


Abbildung A.2.4-20: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.3] – Berufliche Anforderungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

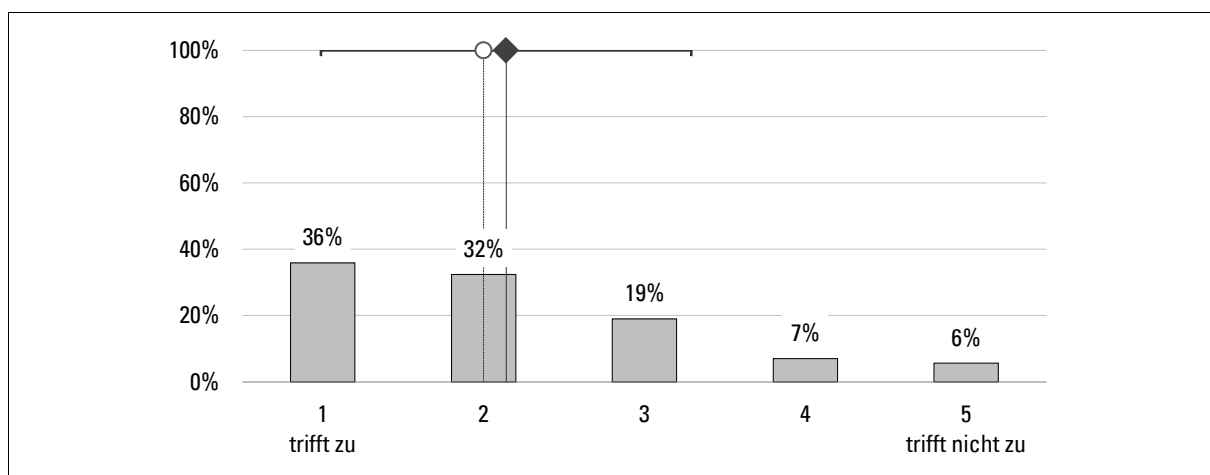


Abbildung A.2.4-21: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.4] – Berufsbegleitendes Fernstudium (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

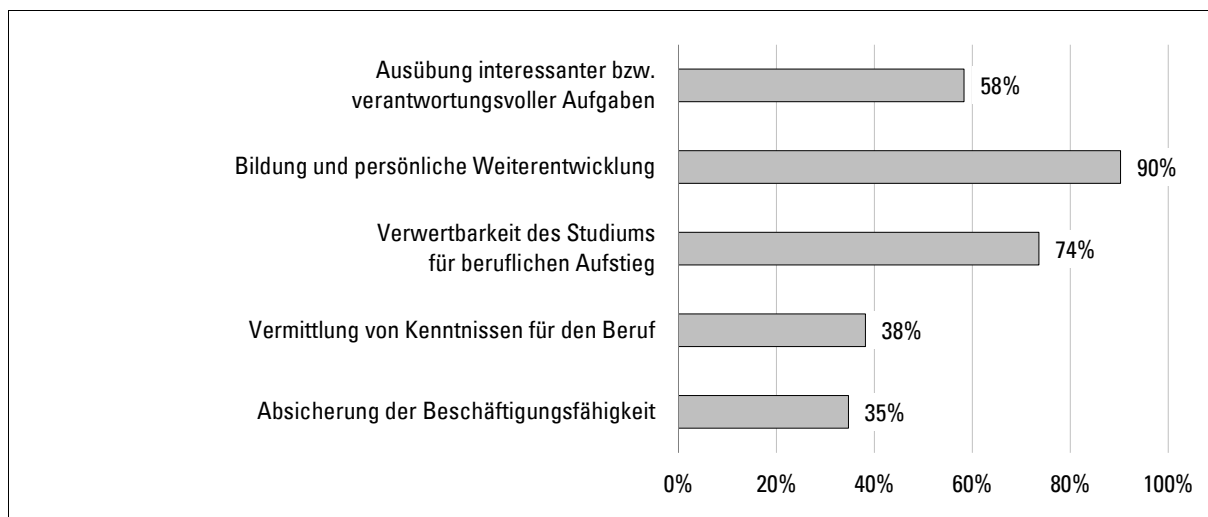


Abbildung A.2.4-22: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1a–e] – Wert des Studiums (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

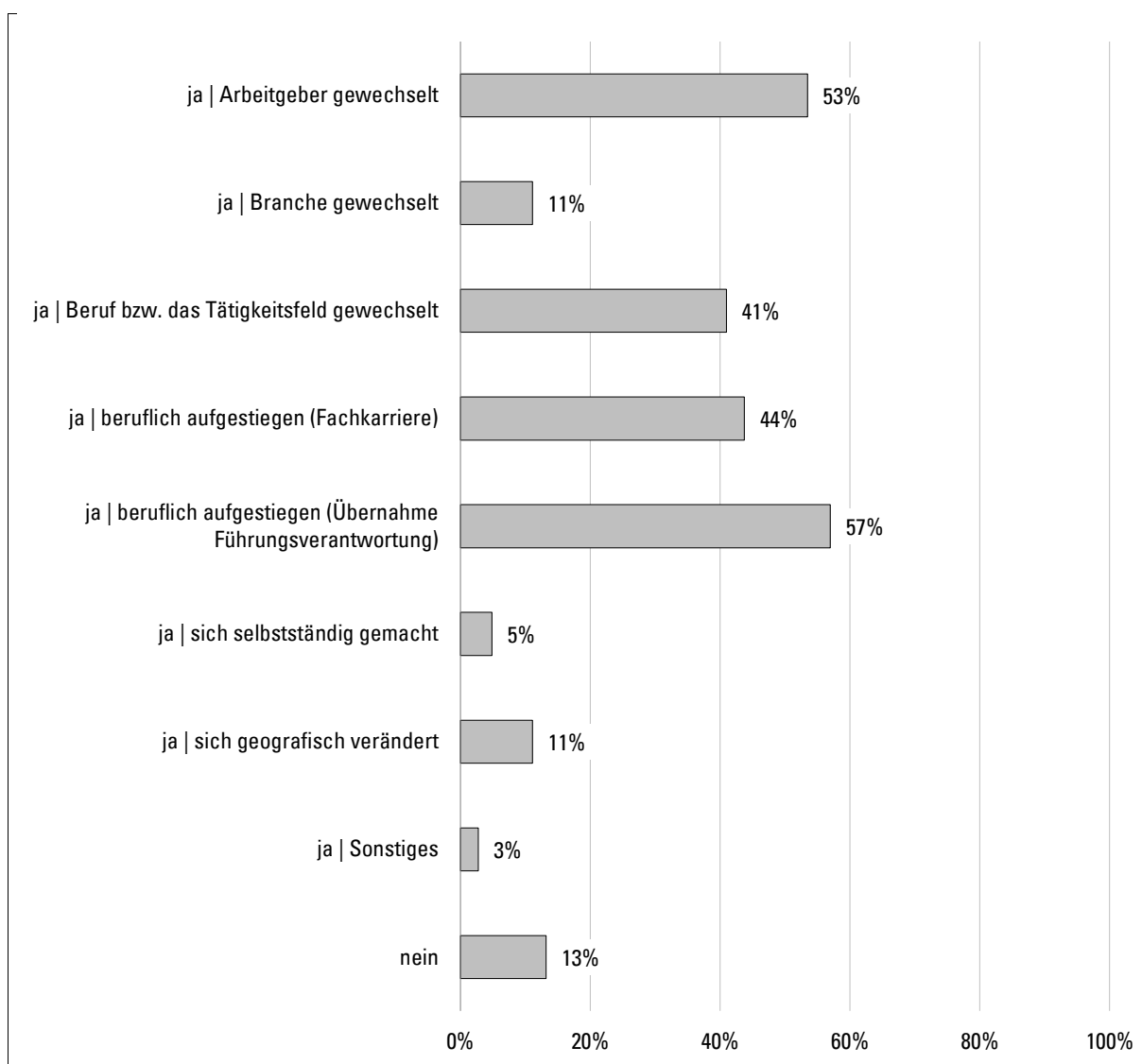


Abbildung A.2.4-23: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2a–i] – Berufliche Veränderung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

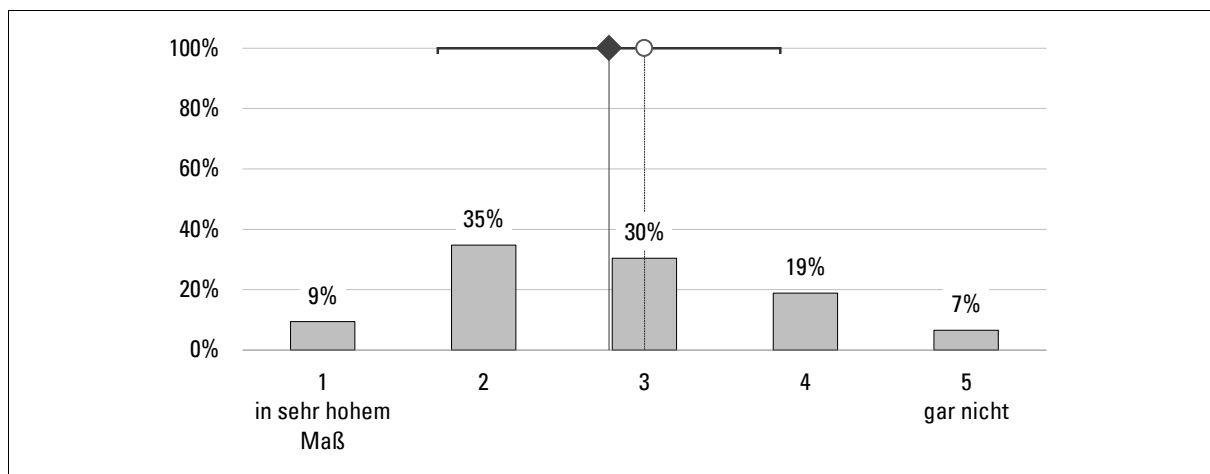


Abbildung A.2.4-24: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.15] – Berufliche Position [vor dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

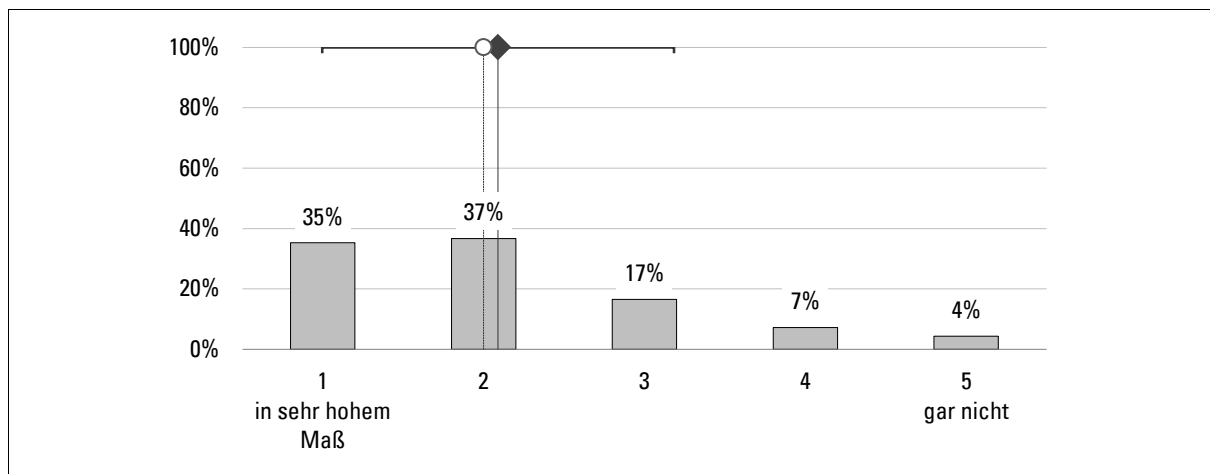


Abbildung A.2.4-25: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.16] – Berufliche Position [nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

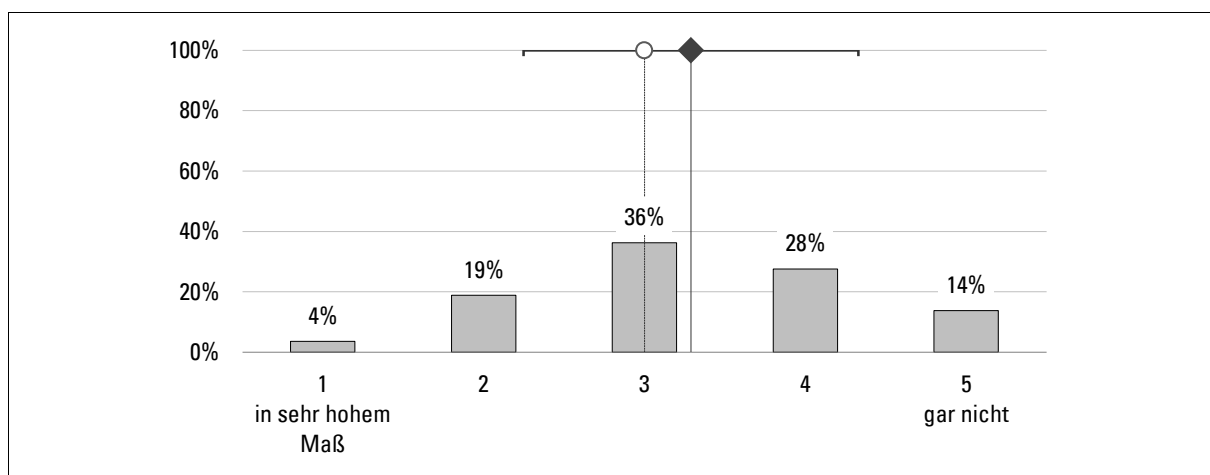


Abbildung A.2.4-26: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.17] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten [vor dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

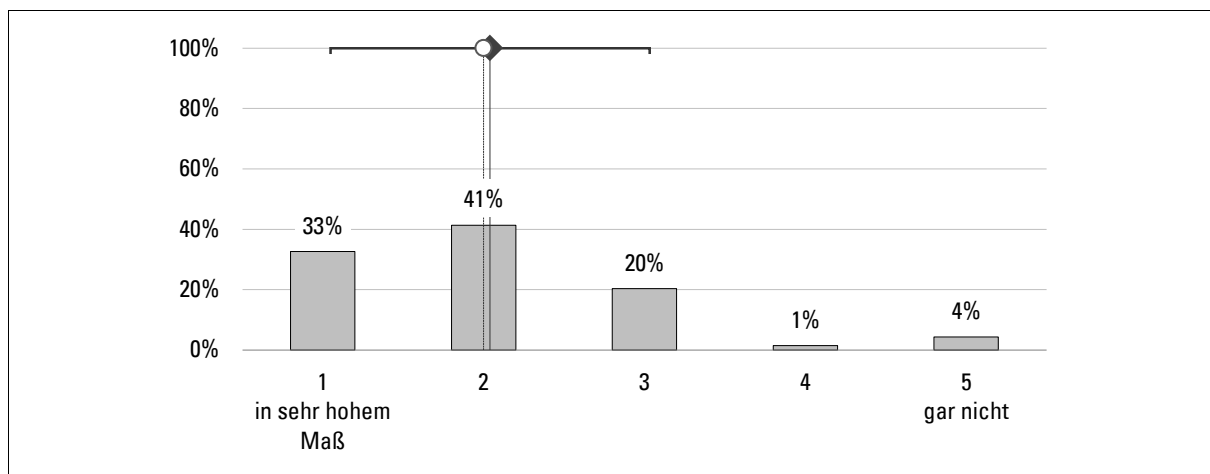


Abbildung A.2.4-27: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.18] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten [nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

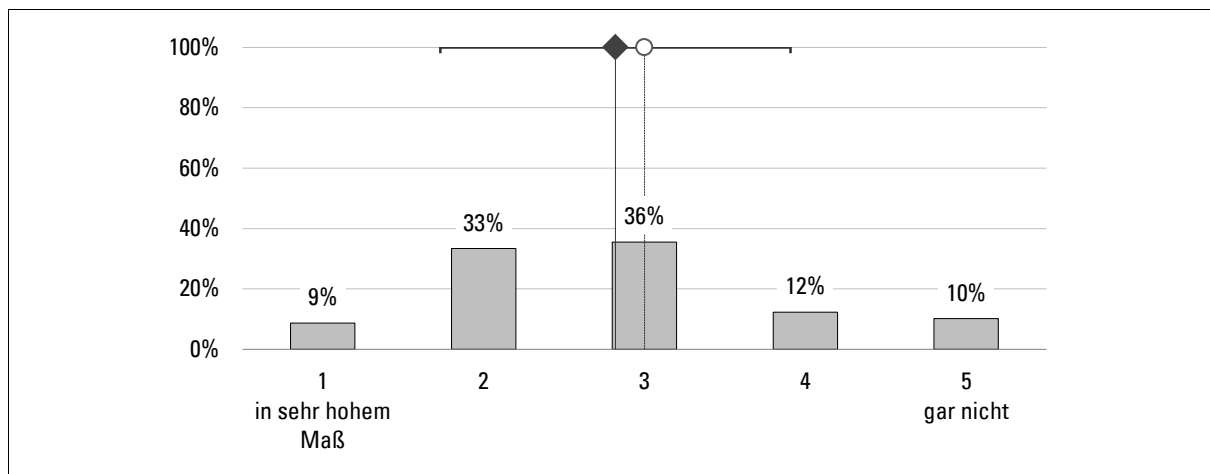


Abbildung A.2.4-28: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.19] – Arbeitsaufgaben [vor dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

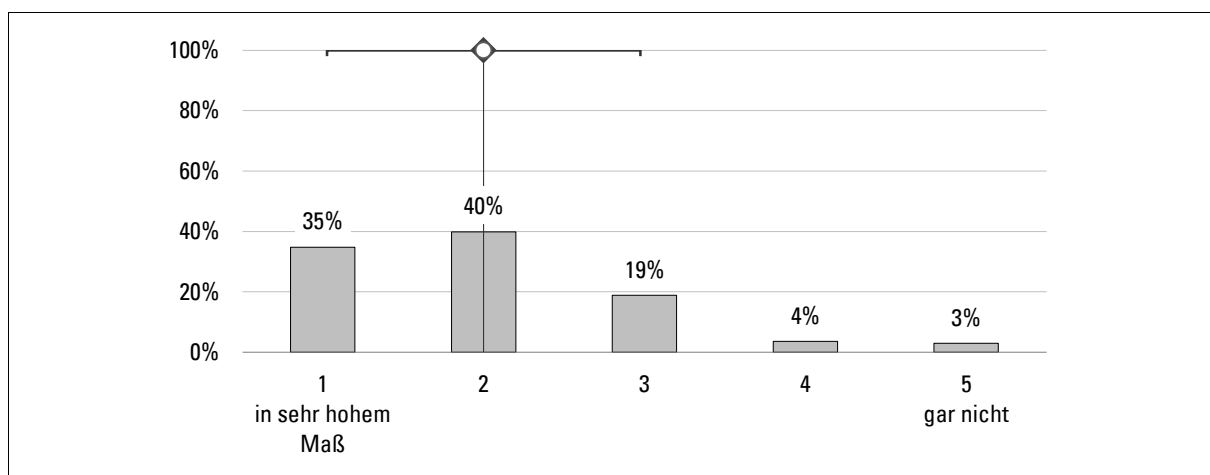


Abbildung A.2.4-29: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.20] – Arbeitsaufgaben [nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

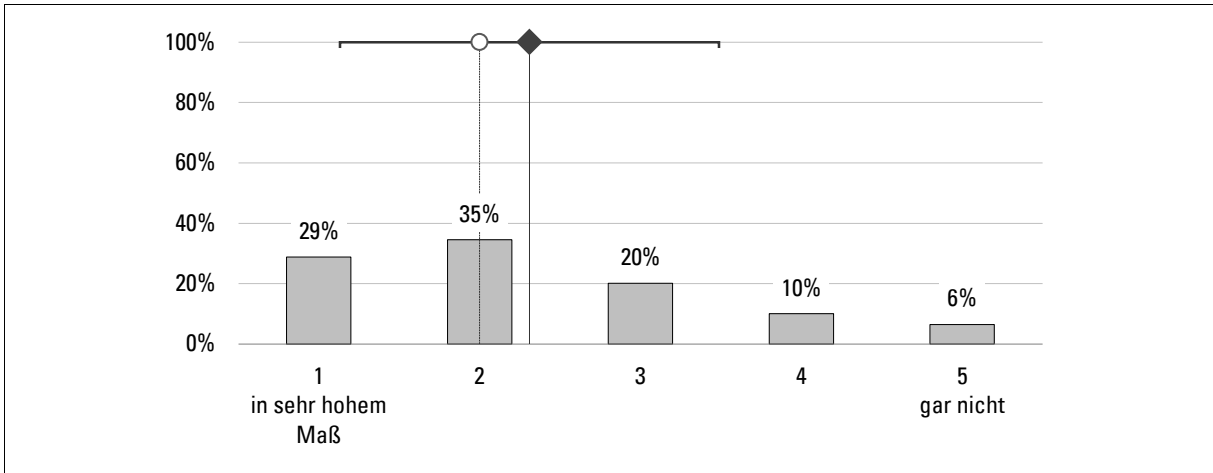


Abbildung A.2.4-30: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.21] – Berufliche Situation [Angemessenheit] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

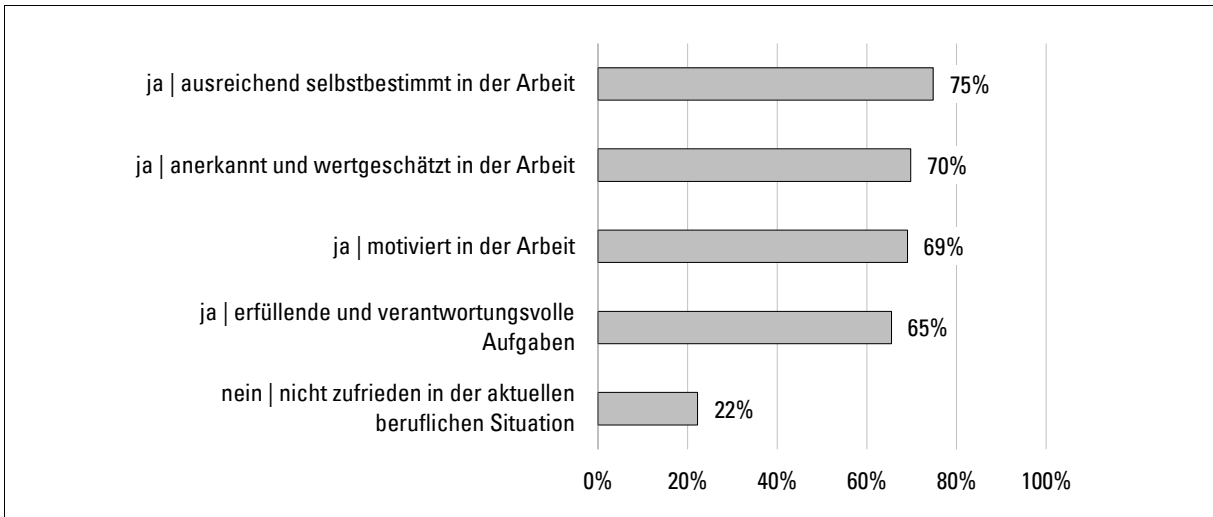


Abbildung A.2.4-31: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23a–e] – Berufliche Situation [Zufriedenheit] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

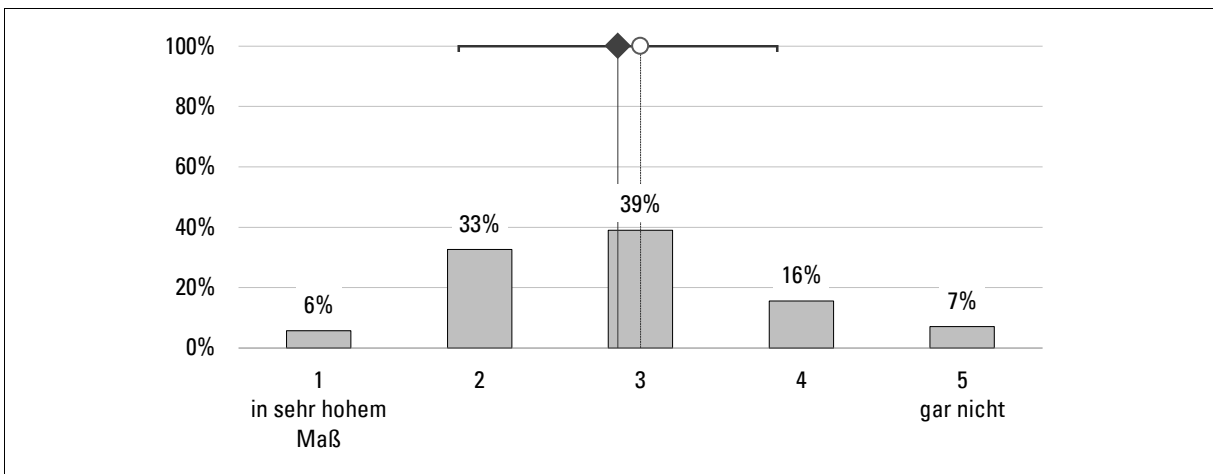


Abbildung A.2.4-32: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.24] – Berufliche Situation [Zufriedenheit – vor dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

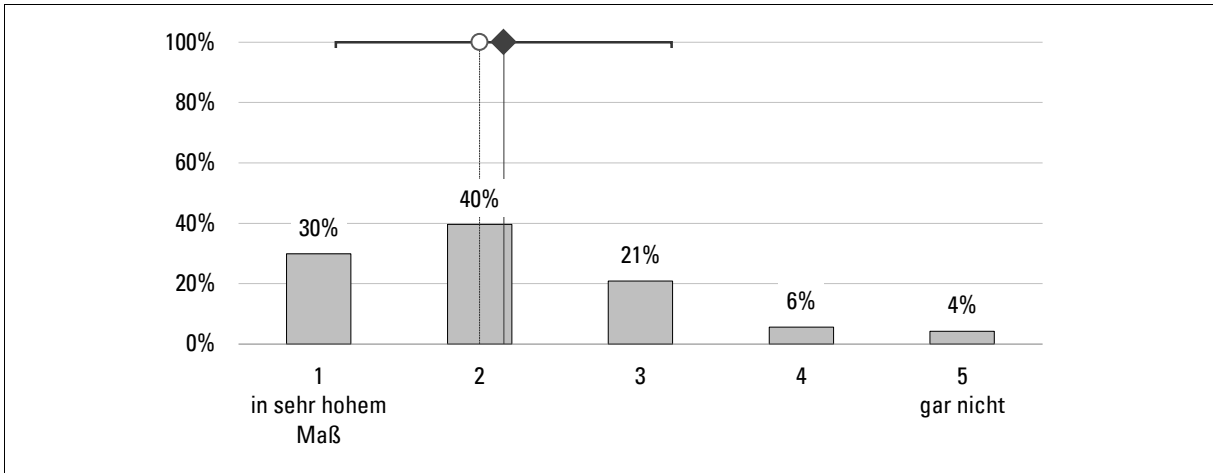


Abbildung A.2.4-33: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.25] – Berufliche Situation [Zufriedenheit – nach dem Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

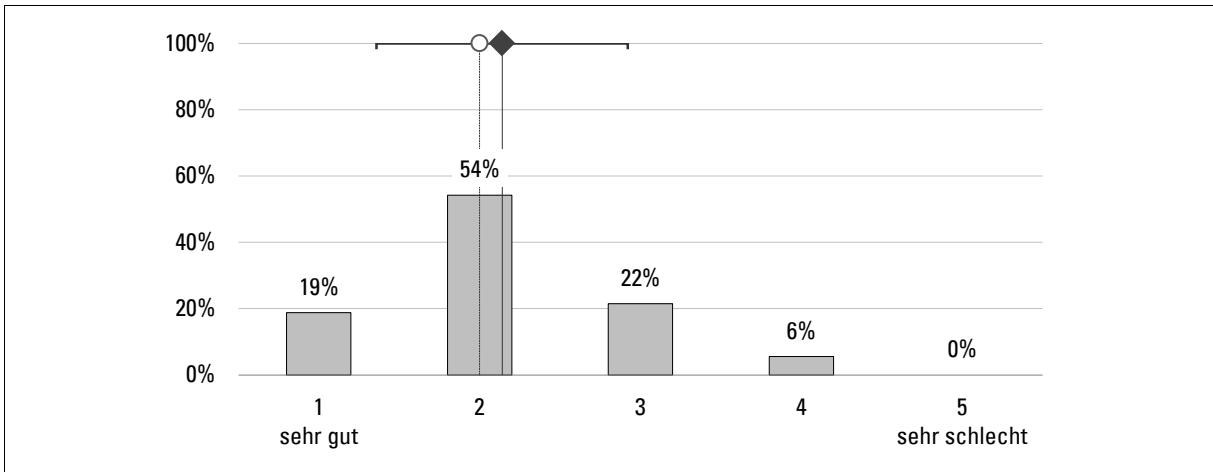


Abbildung A.2.4-34: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.1] – Fachkompetenz [Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

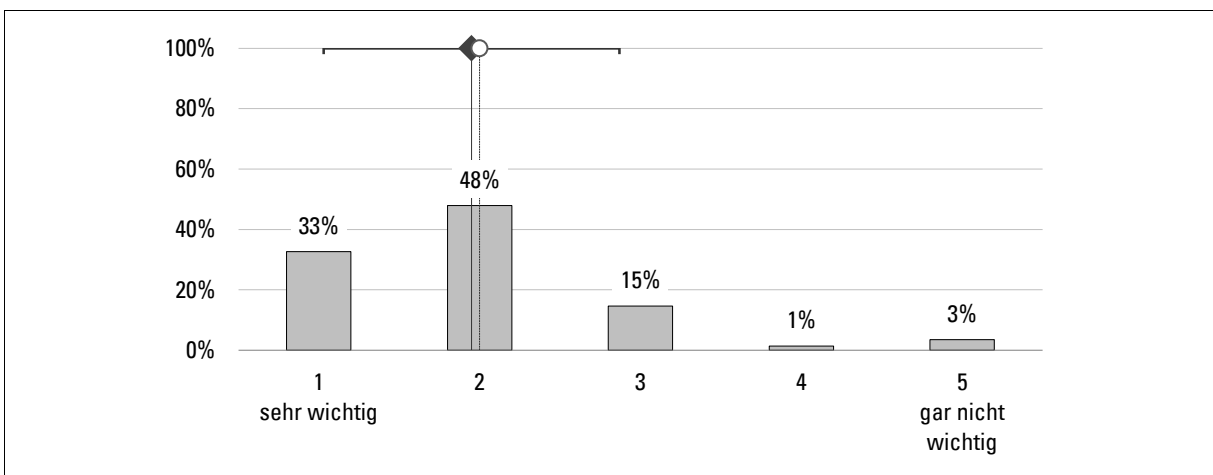


Abbildung A.2.4-35: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.2] – Fachkompetenz [Berufliche Position] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

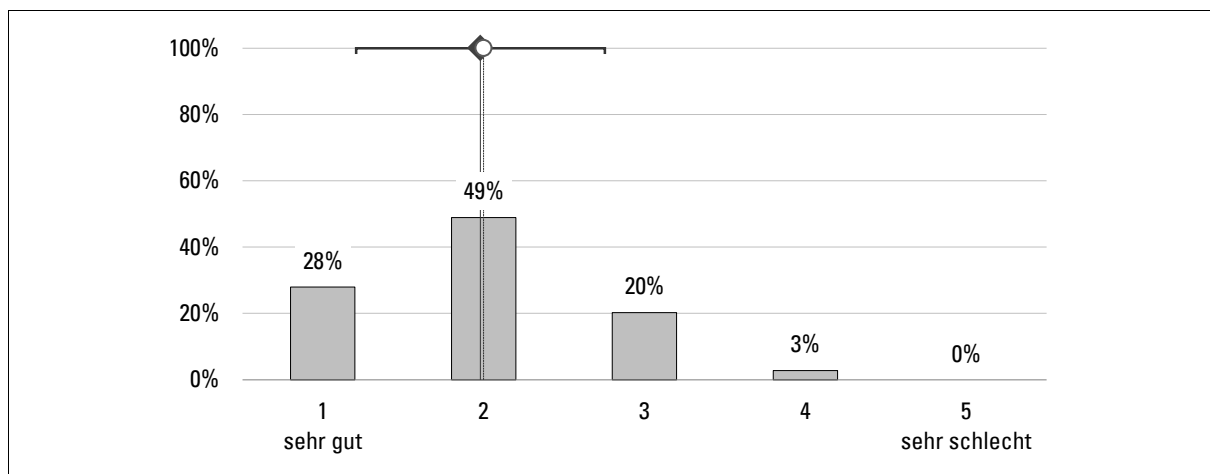


Abbildung A.2.4-36: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.3] – Methodenkompetenz [Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

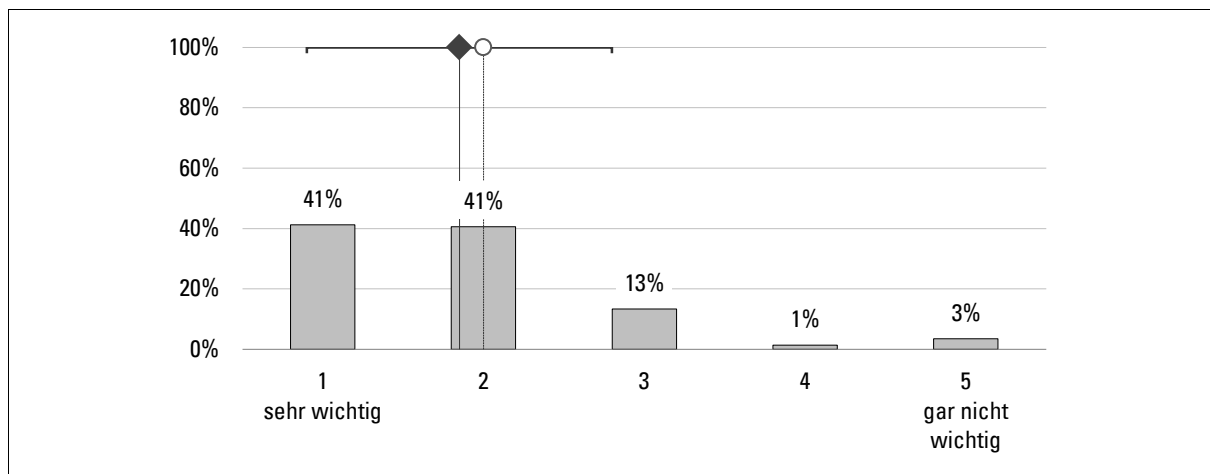


Abbildung A.2.4-37: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.4] – Methodenkompetenz [Berufliche Position] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

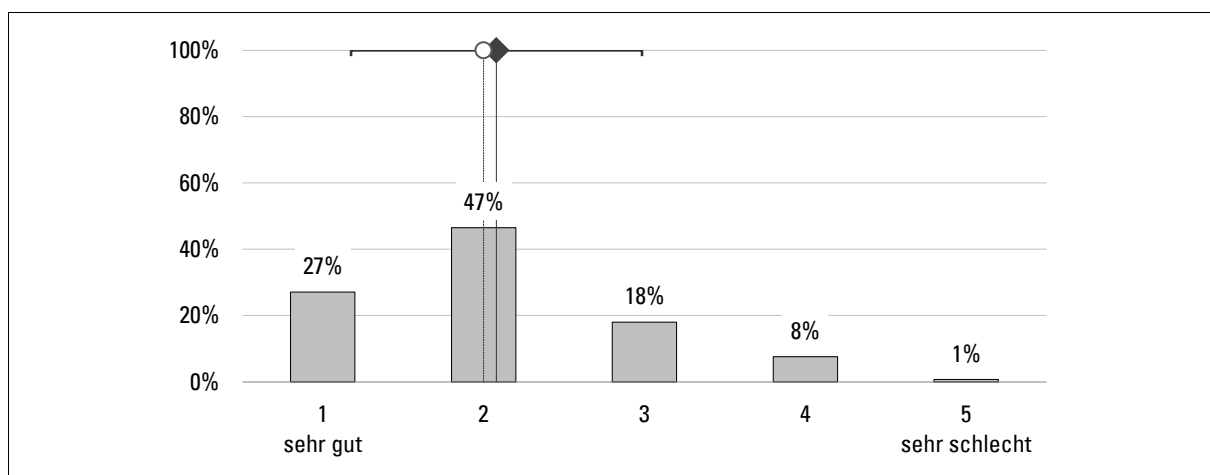


Abbildung A.2.4-38: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.5] – Selbstkompetenz [Studium] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

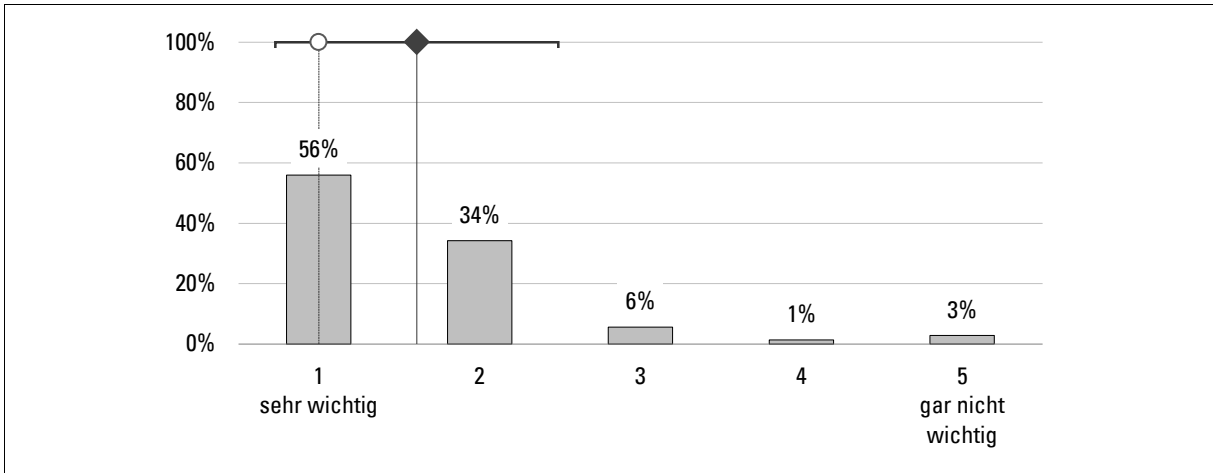


Abbildung A.2.4-39: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.6] – Selbstkompetenz [Berufliche Position] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

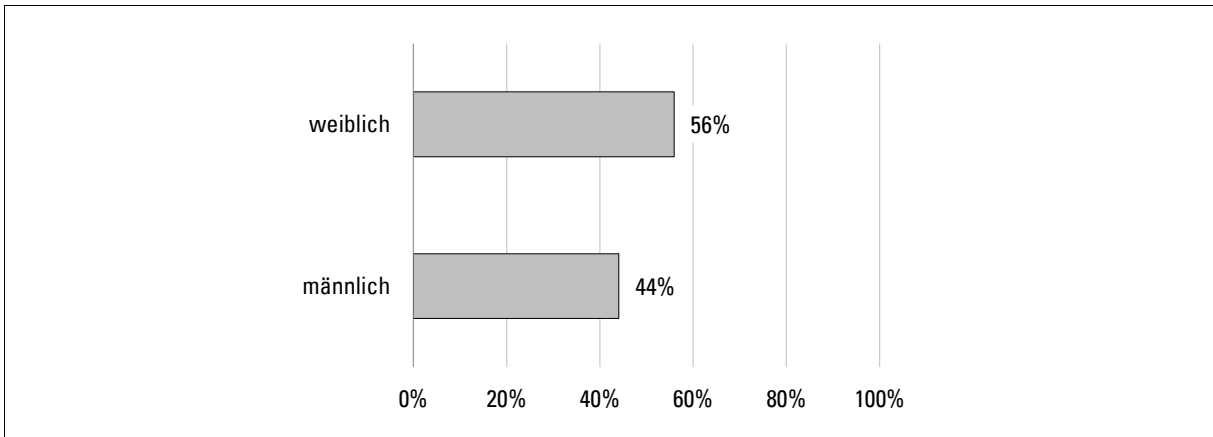


Abbildung A.2.4-40: Fragen zur Person [Item 7.1] – Geschlecht (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

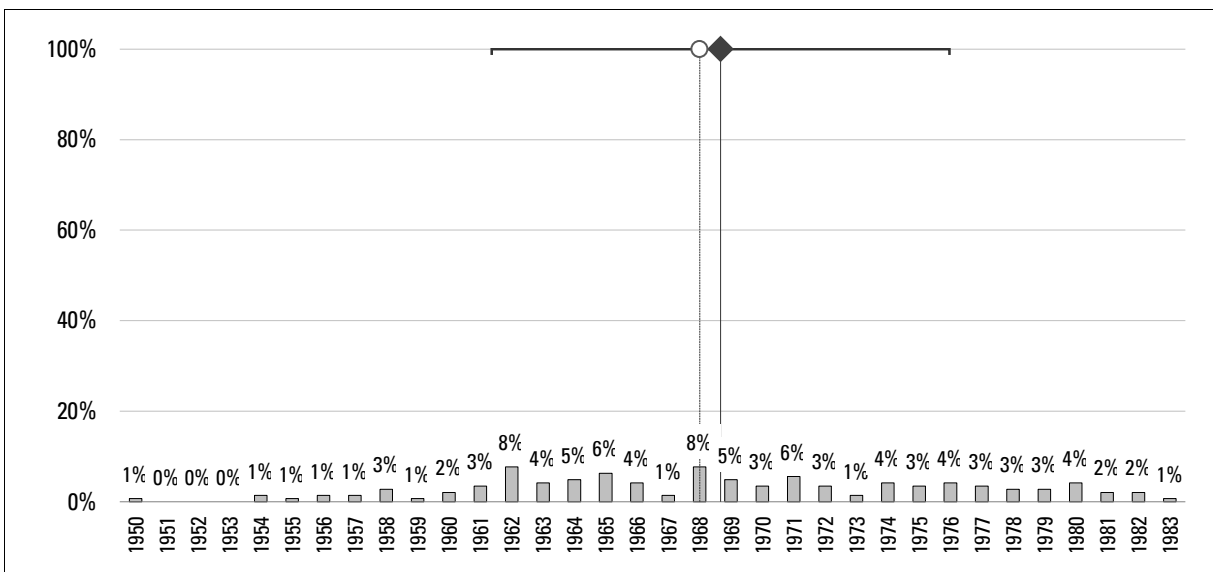


Abbildung A.2.4-41: Fragen zur Person [Item 7.2] – Geburtsjahr (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

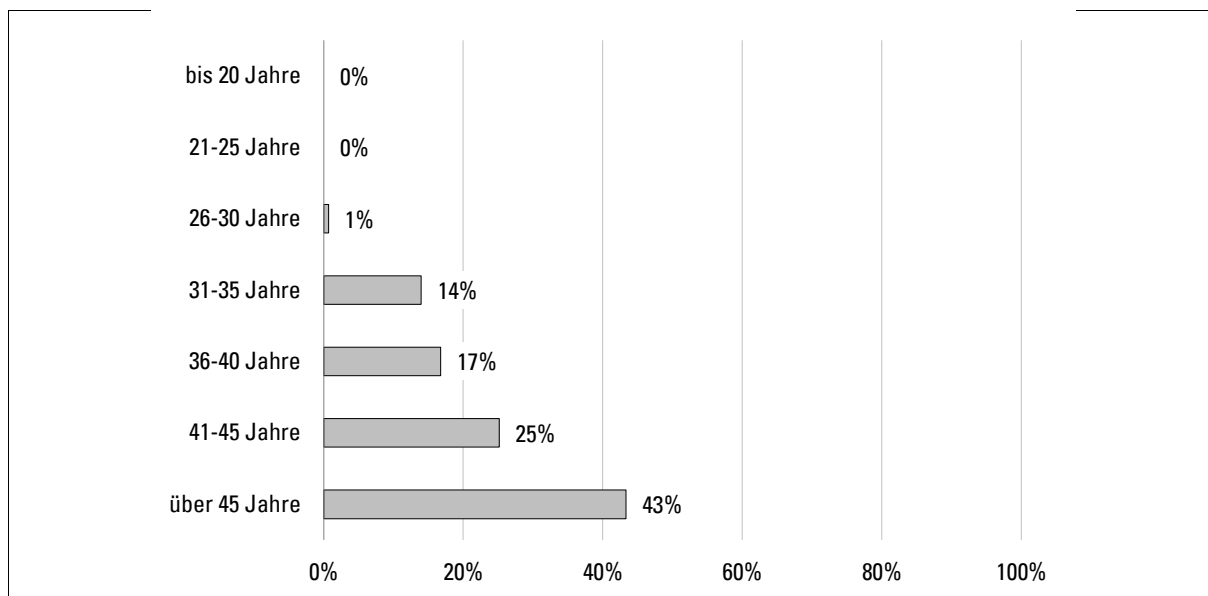


Abbildung A.2.4-42: Fragen zur Person [Item 7.2] – Alter
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

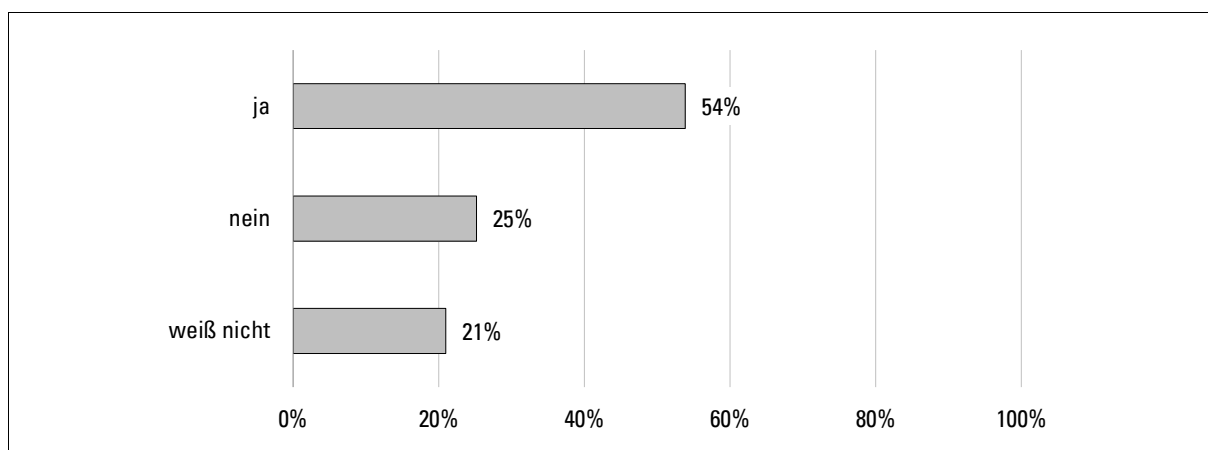


Abbildung A.2.4-43: Fragen zur Person [Item 7.12] – Weiterbildung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

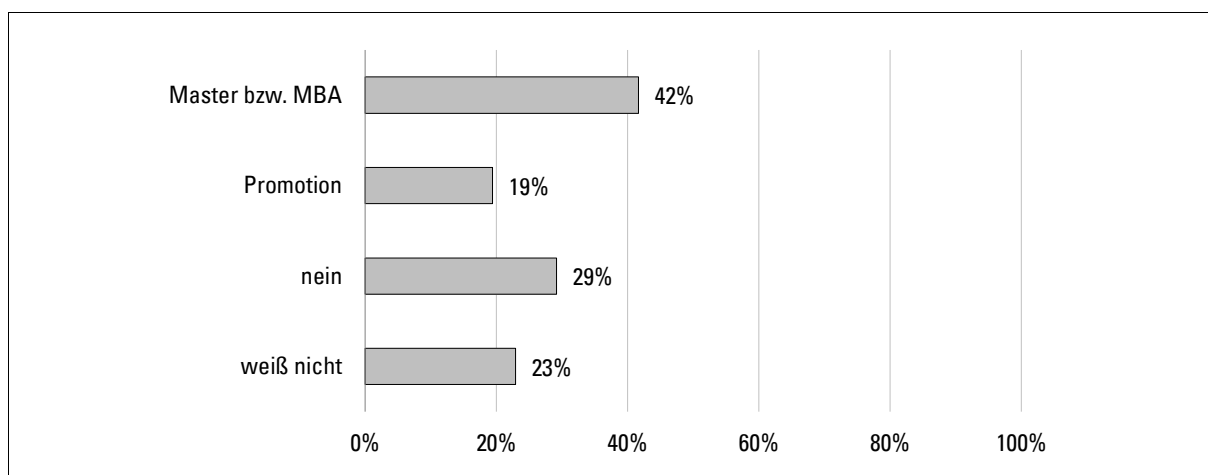


Abbildung A.2.4-44: Fragen zur Person [Item 7.14a–d] – Wissenschaftlicher Abschluss
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

A.2.5 Häufigkeitstabellen | Grundstudium (E I)

Allgemeine Fragen zur Person Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	262	66,7	70,4	70,4
	männlich	110	28,0	29,6	100,0
	Gesamt	372	94,7	100,0	
Fehlend	System	21	5,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-1: Allgemeine Fragen zur Person [E I-Item 1.1] – Geschlecht
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Allgemeine Fragen zur Person Alter					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 20 Jahre	1	,3	,3	,3
	21-25 Jahre	50	12,7	12,8	13,1
	26-30 Jahre	119	30,3	30,5	43,6
	31-35 Jahre	72	18,3	18,5	62,1
	36-40 Jahre	55	14,0	14,1	76,2
	41-45 Jahre	58	14,8	14,9	91,0
	über 45 Jahre	35	8,9	9,0	100,0
	Gesamt	390	99,2	100,0	
Fehlend	System	3	,8		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-2: Allgemeine Fragen zur Person [E I-Item 1.2] – Alter
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Psychologie					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	61	15,5	16,1	16,1
	gut	222	56,5	58,4	74,5
	befriedigend	86	21,9	22,6	97,1
	ausreichend	8	2,0	2,1	99,2
	mangelhaft	3	,8	,8	100,0
	Gesamt	380	96,7	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	8	2,0		
	System	5	1,3		
	Gesamt	13	3,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-3: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.1] – Psychologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Allg. BWL/Rechnungswesen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	56	14,2	14,7	14,7
	gut	200	50,9	52,6	67,4
	befriedigend	88	22,4	23,2	90,5
	ausreichend	27	6,9	7,1	97,6
	mangelhaft	9	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	380	96,7	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	9	2,3		
	System	4	1,0		
	Gesamt	13	3,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-4: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.2] – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Pflegewissenschaft I					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	36	9,2	9,6	9,6
	gut	154	39,2	41,0	50,5
	befriedigend	119	30,3	31,6	82,2
	ausreichend	51	13,0	13,6	95,7
	mangelhaft	16	4,1	4,3	100,0
	Gesamt	376	95,7	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	12	3,1		
	System	5	1,3		
	Gesamt	17	4,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-5: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.3] – Pflegewissenschaft I
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Soziologie					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	51	13,0	13,4	13,4
	gut	166	42,2	43,6	57,0
	befriedigend	123	31,3	32,3	89,2
	ausreichend	33	8,4	8,7	97,9
	mangelhaft	8	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	381	96,9	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	6	1,5		
	System	6	1,5		
	Gesamt	12	3,1		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-6: Qualität des Studienmaterials [E I-Item 3.4] – Soziologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Selbststudium Stunden pro Woche					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unter 5 Stunden	34	8,7	8,7	8,7
	6-10 Stunden	177	45,0	45,2	53,8
	11-15 Stunden	119	30,3	30,4	84,2
	16-20 Stunden	52	13,2	13,3	97,4
	über 20 Stunden	10	2,5	2,6	100,0
	Gesamt	392	99,7	100,0	
Fehlend	System	1	,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-7: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E I-Item 4.1] – Aufwand an Stunden
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzstudium Teilnahme an den Präsenzphasen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regelmäßig (>80 %)	216	55,0	56,3	56,3
	überwiegend (>50 %)	99	25,2	25,8	82,0
	teilweise	54	13,7	14,1	96,1
	gar nicht	15	3,8	3,9	100,0
	Gesamt	384	97,7	100,0	
Fehlend	System	9	2,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-8: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E I-Item 4.2] – Teilnahme an Präsenzphasen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums eine wichtige Unterstützung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	163	41,5	43,8	43,8
	trifft zu	120	30,5	32,3	76,1
	trifft teilweise zu	53	13,5	14,2	90,3
	trifft kaum zu	29	7,4	7,8	98,1
	trifft gar nicht zu	7	1,8	1,9	100,0
	Gesamt	372	94,7	100,0	
Fehlend	System	21	5,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-9: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.3] – Unterstützung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums ausreichend bemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	67	17,0	18,2	18,2
	trifft zu	146	37,2	39,6	57,7
	trifft teilweise zu	121	30,8	32,8	90,5
	trifft kaum zu	29	7,4	7,9	98,4
	trifft gar nicht zu	6	1,5	1,6	100,0
	Gesamt	369	93,9	100,0	
Fehlend	System	24	6,1		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-10: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E I-Item 4.4] – Bemessung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Prüfungen eine wichtige Unterstützung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	122	31,0	32,6	32,6
	trifft zu	130	33,1	34,8	67,4
	trifft teilweise zu	73	18,6	19,5	86,9
	trifft kaum zu	37	9,4	9,9	96,8
	trifft gar nicht zu	12	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	374	95,2	100,0	
Fehlend	System	19	4,8		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-11: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E I-Item 4.5] – Unterstützung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Prüfungen ausreichend bemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	57	14,5	15,3	15,3
	trifft zu	138	35,1	37,0	52,3
	trifft teilweise zu	135	34,4	36,2	88,5
	trifft kaum zu	34	8,7	9,1	97,6
	trifft gar nicht zu	9	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	373	94,9	100,0	
Fehlend	System	20	5,1		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-12: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E I-Item 4.6] – Bemessung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studium ist anspruchsvoll					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	248	63,1	63,3	63,3
	trifft zu	130	33,1	33,2	96,4
	trifft teilweise zu	12	3,1	3,1	99,5
	trifft kaum zu	2	,5	,5	100,0
	Gesamt	392	99,7	100,0	
Fehlend	System	1	,3		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-13: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.1] – Anspruch des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studienmaterial ist insgesamt gut aufbereitet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	51	13,0	13,0	13,0
	trifft zu	160	40,7	40,9	54,0
	trifft teilweise zu	130	33,1	33,2	87,2
	trifft kaum zu	46	11,7	11,8	99,0
	trifft gar nicht zu	4	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	391	99,5	100,0	
Fehlend	System	2	,5		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-14: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.2] – Aufbereitung des Studienmaterials
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Die Lehrbeauftragten sind fachlich kompetent und engagiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	114	29,0	29,3	29,3
	trifft zu	207	52,7	53,2	82,5
	trifft teilweise zu	61	15,5	15,7	98,2
	trifft kaum zu	5	1,3	1,3	99,5
	trifft gar nicht zu	2	,5	,5	100,0
	Gesamt	389	99,0	100,0	
Fehlend	System	4	1,0		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-15: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.3] – Lehrbeauftragte
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Zufriedenheit mit der Studienberatung und -betreuung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	129	32,8	34,9	34,9
	trifft zu	175	44,5	47,3	82,2
	trifft teilweise zu	54	13,7	14,6	96,8
	trifft kaum zu	8	2,0	2,2	98,9
	trifft gar nicht zu	4	1,0	1,1	100,0
	Gesamt	370	94,1	100,0	
Fehlend	System	23	5,9		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-16: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.4] – Beratung und Betreuung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Die Prüfungsanforderungen sind insgesamt fair					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	96	24,4	24,6	24,6
	trifft zu	215	54,7	55,0	79,5
	trifft teilweise zu	64	16,3	16,4	95,9
	trifft kaum zu	15	3,8	3,8	99,7
	trifft gar nicht zu	1	,3	,3	100,0
	Gesamt	391	99,5	100,0	
Fehlend	System	2	,5		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-17: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.5] – Prüfungsanforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Mit der Organisation der Präsenzphasen insgesamt zufrieden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	105	26,7	27,5	27,5
	trifft zu	192	48,9	50,3	77,7
	trifft teilweise zu	57	14,5	14,9	92,7
	trifft kaum zu	23	5,9	6,0	98,7
	trifft gar nicht zu	5	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	382	97,2	100,0	
Fehlend	System	11	2,8		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-18: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.6] – Organisation der Präsenzphasen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studium wird durch den Rahmenablaufplan gut strukturiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	134	34,1	34,4	34,4
	trifft zu	192	48,9	49,4	83,8
	trifft teilweise zu	52	13,2	13,4	97,2
	trifft kaum zu	7	1,8	1,8	99,0
	trifft gar nicht zu	4	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	389	99,0	100,0	
Fehlend	System	4	1,0		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-19: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.7] – Rahmenablaufplan (bzw. Studienplan)
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Anforderungen des Studiums mit ... Interessen vereinbaren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	57	14,5	14,6	14,6
	trifft zu	184	46,8	47,2	61,8
	trifft teilweise zu	112	28,5	28,7	90,5
	trifft kaum zu	32	8,1	8,2	98,7
	trifft gar nicht zu	5	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	390	99,2	100,0	
Fehlend	System	3	,8		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-20: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.8] – Anforderungen und Interessen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Anforderungen des Studiums mit ... Verpflichtungen vereinbaren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	45	11,5	11,6	11,6
	trifft zu	151	38,4	38,8	50,4
	trifft teilweise zu	141	35,9	36,2	86,6
	trifft kaum zu	44	11,2	11,3	97,9
	trifft gar nicht zu	8	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	389	99,0	100,0	
Fehlend	System	4	1,0		
Gesamt		393	100,0		

Tabelle A.2.5-21: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.9] – Anforderungen und Verpflichtungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Zufriedenheit insgesamt mit dem Studienangebot					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zufrieden	198	50,4	50,5	50,5
	überwiegend zufrieden	181	46,1	46,2	96,7
	weniger zufrieden	9	2,3	2,3	99,0
	unzufrieden	4	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	392	99,7	100,0	
Fehlend	System	1	,3		
Gesamt		393	100,0		

*Tabelle A.2.5-22: Beurteilung des bisherigen Studiums [E I-Item 5.10] – Zufriedenheit mit Studienangebot
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)*

A.2.6 Häufigkeitstabellen | Hauptstudium (E II)

A.2.6.1 Identische Items | 2010 bis 2013

Allgemeine Fragen zur Person Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	408	61,4	65,2	65,2
	männlich	218	32,8	34,8	100,0
	Gesamt	626	94,1	100,0	
Fehlend	System	39	5,9		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-1: Allgemeine Fragen zur Person [E II-FB 2 Item 1.1] – Geschlecht
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Allgemeine Fragen zur Person Alter					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 20 Jahre	2	,3	,3	,3
	21-25 Jahre	6	,9	,9	1,2
	26-30 Jahre	118	17,7	17,8	19,0
	31-35 Jahre	153	23,0	23,1	42,1
	36-40 Jahre	112	16,8	16,9	59,1
	41-45 Jahre	134	20,2	20,2	79,3
	über 45 Jahre	137	20,6	20,7	100,0
	Gesamt	662	99,5	100,0	
Fehlend	System	3	,5		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-2: Allgemeine Fragen zur Person [E II-FB 2 Item 1.2] – Alter
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Selbststudium Stunden pro Woche					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unter 5 Stunden	109	16,4	16,7	16,7
	6-10 Stunden	234	35,2	35,8	52,4
	11-15 Stunden	205	30,8	31,3	83,8
	16-20 Stunden	79	11,9	12,1	95,9
	über 20 Stunden	27	4,1	4,1	100,0
	Gesamt	654	98,3	100,0	
Fehlend	System	11	1,7		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-3: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E II-FB 2 Item 4.1] – Aufwand an Stunden
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzstudium Teilnahme an den Präsenzphasen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regelmäßig (>80 %)	336	50,5	51,3	51,3
	überwiegend (>50 %)	111	16,7	16,9	68,2
	teilweise	96	14,4	14,7	82,9
	gar nicht	112	16,8	17,1	100,0
	Gesamt	655	98,5	100,0	
Fehlend	System	10	1,5		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-4: Beurteilung des Selbst- und Präsenzstudiums [E II-FB 2 Item 4.2] – Teilnahme an Präsenzphasen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums eine wichtige Unterstützung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	200	30,1	37,6	37,6
	trifft zu	154	23,2	28,9	66,5
	trifft teilweise zu	114	17,1	21,4	88,0
	trifft kaum zu	53	8,0	10,0	97,9
	trifft gar nicht zu	11	1,7	2,1	100,0
	Gesamt	532	80,0	100,0	
Fehlend	nicht besucht	12	1,8		
	System	121	18,2		
	Gesamt	133	20,0		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-5: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E II-FB 2 Item 4.3] – Unterstützung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Vertiefung des Selbststudiums ausreichend bemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	104	15,6	19,6	19,6
	trifft zu	203	30,5	38,3	57,9
	trifft teilweise zu	156	23,5	29,4	87,4
	trifft kaum zu	53	8,0	10,0	97,4
	trifft gar nicht zu	14	2,1	2,6	100,0
	Gesamt	530	79,7	100,0	
Fehlend	nicht besucht	10	1,5		
	System	125	18,8		
	Gesamt	135	20,3		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-6: Präsenzphasen zur Vertiefung des Selbststudiums [E II-FB 2 Item 4.4] – Bemessung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Prüfungen eine wichtige Unterstützung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	149	22,4	28,3	28,3
	trifft zu	157	23,6	29,8	58,2
	trifft teilweise zu	137	20,6	26,0	84,2
	trifft kaum zu	65	9,8	12,4	96,6
	trifft gar nicht zu	18	2,7	3,4	100,0
	Gesamt	526	79,1	100,0	
Fehlend	nicht besucht	12	1,8		
	System	127	19,1		
	Gesamt	139	20,9		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-7: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E II-FB 2 Item 4.5] – Unterstützung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Präsenzphasen waren im Hinblick auf die Prüfungen ausreichend bemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	89	13,4	17,0	17,0
	trifft zu	200	30,1	38,2	55,3
	trifft teilweise zu	155	23,3	29,6	84,9
	trifft kaum zu	65	9,8	12,4	97,3
	trifft gar nicht zu	14	2,1	2,7	100,0
	Gesamt	523	78,6	100,0	
Fehlend	nicht besucht	11	1,7		
	System	131	19,7		
	Gesamt	142	21,4		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-8: Präsenzphasen im Hinblick auf Prüfungen [E II-FB 2 Item 4.6] – Bemessung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studium ist anspruchsvoll					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	312	46,9	47,2	47,2
	trifft zu	284	42,7	43,0	90,2
	trifft teilweise zu	53	8,0	8,0	98,2
	trifft kaum zu	11	1,7	1,7	99,8
	trifft gar nicht zu	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	661	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-9: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.1] – Anspruch des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studienmaterial ist insgesamt gut aufbereitet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	83	12,5	12,6	12,6
	trifft zu	288	43,3	43,6	56,2
	trifft teilweise zu	215	32,3	32,6	88,8
	trifft kaum zu	66	9,9	10,0	98,8
	trifft gar nicht zu	8	1,2	1,2	100,0
	Gesamt	660	99,2	100,0	
Fehlend	System	5	,8		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-10: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.2] – Aufbereitung des Studienmaterials
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Die Lehrbeauftragten sind fachlich kompetent und engagiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	134	20,2	20,5	20,5
	trifft zu	345	51,9	52,7	73,1
	trifft teilweise zu	153	23,0	23,4	96,5
	trifft kaum zu	21	3,2	3,2	99,7
	trifft gar nicht zu	2	,3	,3	100,0
	Gesamt	655	98,5	100,0	
Fehlend	System	10	1,5		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-11: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.3] – Lehrbeauftragte
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Mit der Studienberatung und -betreuung zufrieden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	173	26,0	27,3	27,3
	trifft zu	292	43,9	46,1	73,5
	trifft teilweise zu	127	19,1	20,1	93,5
	trifft kaum zu	29	4,4	4,6	98,1
	trifft gar nicht zu	12	1,8	1,9	100,0
	Gesamt	633	95,2	100,0	
Fehlend	System	32	4,8		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-12: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.4] – Beratung und Betreuung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Die Prüfungsanforderungen sind insgesamt fair					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	172	25,9	26,1	26,1
	trifft zu	355	53,4	54,0	80,1
	trifft teilweise zu	105	15,8	16,0	96,0
	trifft kaum zu	22	3,3	3,3	99,4
	trifft gar nicht zu	4	,6	,6	100,0
	Gesamt	658	98,9	100,0	
Fehlend	System	7	1,1		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-13: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.5] – Prüfungsanforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Mit der Organisation der Präsenzphasen insgesamt zufrieden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	170	25,6	26,0	26,0
	trifft zu	331	49,8	50,5	76,5
	trifft teilweise zu	123	18,5	18,8	95,3
	trifft kaum zu	26	3,9	4,0	99,2
	trifft gar nicht zu	5	,8	,8	100,0
	Gesamt	655	98,5	100,0	
Fehlend	System	10	1,5		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-14: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.6] – Organisation der Präsenzphasen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Das Studium wird durch den Rahmenablaufplan gut strukturiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	227	34,1	34,6	34,6
	trifft zu	322	48,4	49,1	83,7
	trifft teilweise zu	88	13,2	13,4	97,1
	trifft kaum zu	17	2,6	2,6	99,7
	trifft gar nicht zu	2	,3	,3	100,0
	Gesamt	656	98,6	100,0	
Fehlend	System	9	1,4		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-15: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.7] – Rahmenablaufplan (bzw. Studienplan)
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Bisheriges Studium Zufriedenheit insgesamt mit dem Studienangebot					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zufrieden	338	50,8	51,1	51,1
	überwiegend zufrieden	279	42,0	42,2	93,3
	weniger zufrieden	41	6,2	6,2	99,5
	unzufrieden	3	,5	,5	100,0
	Gesamt	661	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-16: Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 2 Item 5.8] – Zufriedenheit mit Studienangebot (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.6.2 Unterschiedliche Items | bis FS 2011

Studienmaterial Bearbeitung des Studienmaterials für den belegten Studienschwerpunkt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	332	82,8	86,0	86,0
	nein	54	13,5	14,0	100,0
	Gesamt	386	96,3	100,0	
Fehlend	System	15	3,7		
Gesamt		401	100,0		

Tabelle A.2.6-17: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.1] – Bearbeitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials fachlich ausgereift					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	45	11,2	13,3	13,3
	trifft zu	162	40,4	47,9	61,2
	trifft teilweise zu	96	23,9	28,4	89,6
	trifft kaum zu	32	8,0	9,5	99,1
	trifft gar nicht zu	3	,7	,9	100,0
	Gesamt	338	84,3	100,0	
Fehlend	System	63	15,7		
Gesamt		401	100,0		

Tabelle A.2.6-18: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.2] – Qualitätsmerkmal Fachlichkeit (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials gut aufbereitet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	55	13,7	16,2	16,2
	trifft zu	158	39,4	46,6	62,8
	trifft teilweise zu	89	22,2	26,3	89,1
	trifft kaum zu	33	8,2	9,7	98,8
	trifft gar nicht zu	4	1,0	1,2	100,0
	Gesamt	339	84,5	100,0	
Fehlend	System	62	15,5		
Gesamt		401	100,0		

Tabelle A.2.6-19: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.3] – Qualitätsmerkmal Aufbereitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials gute Prüfungsvorbereitung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	58	14,5	17,3	17,3
	trifft zu	128	31,9	38,2	55,5
	trifft teilweise zu	113	28,2	33,7	89,3
	trifft kaum zu	29	7,2	8,7	97,9
	trifft gar nicht zu	7	1,7	2,1	100,0
	Gesamt	335	83,5	100,0	
Fehlend	System	66	16,5		
Gesamt		401	100,0		

Tabelle A.2.6-20: Studienmaterial im Studienschwerpunkt [E II-FB 2 Item 3.4] – Qualitätsmerkmal Prüfungsvorbereitung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

A.2.6.3 Unterschiedliche Items | ab HS 2011

Qualität des Studienmaterials Recht der Pflege					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	28	10,6	10,8	10,8
	gut	125	47,3	48,1	58,8
	befriedigend	74	28,0	28,5	87,3
	ausreichend	26	9,8	10,0	97,3
	mangelhaft	7	2,7	2,7	100,0
	Gesamt	260	98,5	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	2	,8		
	System	2	,8		
	Gesamt	4	1,5		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-21: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.1] – Pflichtfach Recht der Pflege (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Gesundheitswissenschaft					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	11	4,2	4,4	4,4
	gut	125	47,3	49,8	54,2
	befriedigend	94	35,6	37,5	91,6
	ausreichend	18	6,8	7,2	98,8
	mangelhaft	3	1,1	1,2	100,0
	Gesamt	251	95,1	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	7	2,7		
	System	6	2,3		
	Gesamt	13	4,9		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-22: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.2] – Pflichtfach Gesundheitswissenschaft (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Gesundheitsökonomie und -politik					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	16	6,1	6,2	6,2
	gut	106	40,2	41,2	47,5
	befriedigend	82	31,1	31,9	79,4
	ausreichend	39	14,8	15,2	94,6
	mangelhaft	14	5,3	5,4	100,0
	Gesamt	257	97,3	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	3	1,1		
	System	4	1,5		
	Gesamt	7	2,7		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-23: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.3] – Pflichtfach Gesundheitsökonomie und -politik (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Empirische Methoden					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	42	15,9	16,5	16,5
	gut	128	48,5	50,2	66,7
	befriedigend	63	23,9	24,7	91,4
	ausreichend	17	6,4	6,7	98,0
	mangelhaft	5	1,9	2,0	100,0
	Gesamt	255	96,6	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	3	1,1		
	System	6	2,3		
	Gesamt	9	3,4		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-24: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.4] – Pflichtfach Empirische Methoden (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Pflegemanagement I					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	30	11,4	11,6	11,6
	gut	132	50,0	51,0	62,5
	befriedigend	71	26,9	27,4	90,0
	ausreichend	13	4,9	5,0	95,0
	mangelhaft	13	4,9	5,0	100,0
	Gesamt	259	98,1	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	2	,8		
	System	3	1,1		
	Gesamt	5	1,9		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-25: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.5] – Pflichtfach Pflegemanagement I
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Pflegewissenschaft II					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	25	9,5	9,8	9,8
	gut	130	49,2	51,0	60,8
	befriedigend	77	29,2	30,2	91,0
	ausreichend	17	6,4	6,7	97,6
	mangelhaft	6	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	255	96,6	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	6	2,3		
	System	3	1,1		
	Gesamt	9	3,4		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-26: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.6] – Pflichtfach Pflegewissenschaft II
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	31	11,7	12,2	12,2
	gut	122	46,2	47,8	60,0
	befriedigend	71	26,9	27,8	87,8
	ausreichend	21	8,0	8,2	96,1
	mangelhaft	10	3,8	3,9	100,0
	Gesamt	255	96,6	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	5	1,9		
	System	4	1,5		
	Gesamt	9	3,4		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-27: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.7] – Pflichtfach Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Methoden und Techniken					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	41	15,5	16,9	16,9
	gut	121	45,8	50,0	66,9
	befriedigend	59	22,3	24,4	91,3
	ausreichend	17	6,4	7,0	98,3
	mangelhaft	4	1,5	1,7	100,0
	Gesamt	242	91,7	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	17	6,4		
	System	5	1,9		
	Gesamt	22	8,3		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-28: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.8] – Pflichtfach Methoden und Techniken (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Pflegemanagement II					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	31	11,7	12,6	12,6
	gut	136	51,5	55,3	67,9
	befriedigend	57	21,6	23,2	91,1
	ausreichend	16	6,1	6,5	97,6
	mangelhaft	6	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	246	93,2	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	13	4,9		
	System	5	1,9		
	Gesamt	18	6,8		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-29: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.9] – Pflichtfach Pflegemanagement II (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Informations- und Kommunikationstechnologien					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	36	13,6	14,9	14,9
	gut	120	45,5	49,8	64,7
	befriedigend	58	22,0	24,1	88,8
	ausreichend	18	6,8	7,5	96,3
	mangelhaft	9	3,4	3,7	100,0
	Gesamt	241	91,3	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	19	7,2		
	System	4	1,5		
	Gesamt	23	8,7		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-30: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.10] – Pflichtfach Informations- und Kommunikationstechnologien (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Arbeitswissenschaft					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	42	15,9	17,1	17,1
	gut	123	46,6	50,0	67,1
	befriedigend	55	20,8	22,4	89,4
	ausreichend	20	7,6	8,1	97,6
	mangelhaft	6	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	246	93,2	100,0	
Fehlend	nicht bearbeitet	14	5,3		
	System	4	1,5		
	Gesamt	18	6,8		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-31: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 2.11] – Pflichtfach Arbeitswissenschaft (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Personalmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	31	11,7	13,1	13,1
	gut	134	50,8	56,8	69,9
	befriedigend	52	19,7	22,0	91,9
	ausreichend	12	4,5	5,1	97,0
	mangelhaft	7	2,7	3,0	100,0
	Gesamt	236	89,4	100,0	
Fehlend	nicht belegt	19	7,2		
	System	9	3,4		
	Gesamt	28	10,6		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-32: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.1] – Wahlpflichtfach Personalmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Qualitätsmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	17	6,4	10,4	10,4
	gut	77	29,2	47,2	57,7
	befriedigend	44	16,7	27,0	84,7
	ausreichend	15	5,7	9,2	93,9
	mangelhaft	10	3,8	6,1	100,0
	Gesamt	163	61,7	100,0	
Fehlend	nicht belegt	90	34,1		
	System	11	4,2		
	Gesamt	101	38,3		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-33: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.2] – Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Organisationsmanagement					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	19	7,2	12,2	12,2
	gut	76	28,8	48,7	60,9
	befriedigend	41	15,5	26,3	87,2
	ausreichend	13	4,9	8,3	95,5
	mangelhaft	7	2,7	4,5	100,0
	Gesamt	156	59,1	100,0	
Fehlend	nicht belegt	94	35,6		
	System	14	5,3		
	Gesamt	108	40,9		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-34: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 3.3] – Wahlpflichtfach Organisationsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Stationäre Krankenversorgung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	12	4,5	6,8	6,8
	gut	93	35,2	52,8	59,7
	befriedigend	48	18,2	27,3	86,9
	ausreichend	13	4,9	7,4	94,3
	mangelhaft	10	3,8	5,7	100,0
	Gesamt	176	66,7	100,0	
Fehlend	nicht belegt	70	26,5		
	System	18	6,8		
	Gesamt	88	33,3		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-35: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.1] – Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Stationäre Altenhilfe					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	18	6,8	10,9	10,9
	gut	80	30,3	48,5	59,4
	befriedigend	49	18,6	29,7	89,1
	ausreichend	14	5,3	8,5	97,6
	mangelhaft	4	1,5	2,4	100,0
	Gesamt	165	62,5	100,0	
Fehlend	nicht belegt	73	27,7		
	System	26	9,8		
	Gesamt	99	37,5		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-36: Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.2] – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)

Qualität des Studienmaterials Ambulante Dienste					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	17	6,4	12,3	12,3
	gut	70	26,5	50,7	63,0
	befriedigend	32	12,1	23,2	86,2
	ausreichend	13	4,9	9,4	95,7
	mangelhaft	6	2,3	4,3	100,0
	Gesamt	138	52,3	100,0	
Fehlend	nicht belegt	99	37,5		
	System	27	10,2		
	Gesamt	126	47,7		
Gesamt		264	100,0		

Tabelle A.2.6-37: *Qualität des Studienmaterials [E II-FB 1 Item 4.3] – Studienschwerpunkt Ambulante Dienste (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)*

Bisheriges Studium Anforderungen des Studiums mit ... Verpflichtungen vereinbaren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft voll zu	30	4,5	22,7	22,7
	trifft zu	56	8,4	42,4	65,2
	trifft teilweise zu	42	6,3	31,8	97,0
	trifft kaum zu	4	,6	3,0	100,0
	Gesamt	132	19,8	100,0	
Fehlend	System	533	80,2		
Gesamt		665	100,0		

Tabelle A.2.6-38: *Beurteilung des bisherigen Studiums [E II-FB 1 Item 9.8] – Anforderungen und Verpflichtungen (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014c)*

A.2.7 Häufigkeitstabellen | Absolventen

Hochschulzugang erfolgte über ...					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	(Fach-)Hochschulreife als Regelzugang	87	60,4	60,4	60,4
	berufliche Qualifikation mit anerkannter Fortbildungsprüfung	45	31,3	31,3	91,7
	schriftliche Eingangsprüfung für Berufstätige mit Ausbildung	8	5,6	5,6	97,2
	ausländische(n) Berufsabschluss bzw. Hochschulzugangsberechtigung	4	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-1: Angaben zum Studium [Item 2.2] – Hochschulzugang
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Semester Studium begonnen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Frühjahrssemester	72	50,0	50,7	50,7
	Herbstsemester	70	48,6	49,3	100,0
	Gesamt	142	98,6	100,0	
Fehlend	System	2	1,4		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-2: Angaben zum Studium [Item 2.3] – Beginn des Studiums [Semester]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Jahr Studium begonnen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1999	1	,7	,7	,7
	2000	2	1,4	1,4	2,1
	2001	14	9,7	10,0	12,1
	2002	18	12,5	12,9	25,0
	2003	22	15,3	15,7	40,7
	2004	19	13,2	13,6	54,3
	2005	21	14,6	15,0	69,3
	2006	20	13,9	14,3	83,6
	2007	13	9,0	9,3	92,9
	2008	10	6,9	7,1	100,0
	Gesamt	140	97,2	100,0	
Fehlend	System	4	2,8		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-3: Angaben zum Studium [Item 2.4] – Beginn des Studiums [Jahr]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Semester Studium beendet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Frühjahrssemester	75	52,1	54,3	54,3
	Herbstsemester	63	43,8	45,7	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-4: Angaben zum Studium [Item 2.5] – Beendigung des Studiums [Semester]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Jahr Studium beendet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2004	2	1,4	1,4	1,4
	2005	4	2,8	2,8	4,2
	2006	16	11,1	11,3	15,5
	2007	8	5,6	5,6	21,1
	2008	18	12,5	12,7	33,8
	2009	14	9,7	9,9	43,7
	2010	22	15,3	15,5	59,2
	2011	25	17,4	17,6	76,8
	2012	33	22,9	23,2	100,0
	Gesamt	142	98,6	100,0	
Fehlend	System	2	1,4		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-5: Angaben zum Studium [Item 2.6] – Beendigung des Studiums [Jahr]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wie viele Semester in diesem Studiengang studiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	4	1	,7	,8	,8
	7	2	1,4	1,5	2,3
	8	44	30,6	33,6	35,9
	9	20	13,9	15,3	51,1
	10	28	19,4	21,4	72,5
	11	8	5,6	6,1	78,6
	12	17	11,8	13,0	91,6
	13	4	2,8	3,1	94,7
	14	3	2,1	2,3	96,9
	15	2	1,4	1,5	98,5
	16	1	,7	,8	99,2
	19	1	,7	,8	100,0
	Gesamt	131	91,0	100,0	
	Fehlend	System	13	9,0	
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-6: Angaben zum Studium [Item 2.7] – Anzahl Semester
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Welche Note in diesem Studiengang erreicht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,2	3	2,1	2,2	2,2
	1,3	7	4,9	5,1	7,2
	1,4	6	4,2	4,3	11,6
	1,5	11	7,6	8,0	19,6
	1,6	8	5,6	5,8	25,4
	1,7	14	9,7	10,1	35,5
	1,8	18	12,5	13,0	48,6
	1,9	11	7,6	8,0	56,5
	2,0	10	6,9	7,2	63,8
	2,1	6	4,2	4,3	68,1
	2,2	8	5,6	5,8	73,9
	2,3	13	9,0	9,4	83,3
	2,4	7	4,9	5,1	88,4
	2,5	4	2,8	2,9	91,3
	2,6	5	3,5	3,6	94,9
	2,7	5	3,5	3,6	98,6
	3,0	1	,7	,7	99,3
3,3	1	,7	,7	100,0	
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-7: Angaben zum Studium [Item 2.8] – Note
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Studium überwiegend in Teilzeit absolviert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	92	63,9	64,3	64,3
	nein	51	35,4	35,7	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-8: Angaben zum Studium [Item 2.9] – Teilzeit
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums Berufspraktika absolviert ja – Pflichtpraktika(um)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	78	54,2	54,2	54,2
	ja	66	45,8	45,8	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-9: Angaben zum Studium [Item 2.10a] – Berufspraktikum
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums Berufspraktika absolviert ja – freiwillige(s) Praktika(um)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	139	96,5	96,5	96,5
	ja	5	3,5	3,5	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-10: Angaben zum Studium [Item 2.10b] – Berufspraktikum
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums Berufspraktika absolviert nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	71	49,3	49,3	49,3
	ja	73	50,7	50,7	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-11: Angaben zum Studium [Item 2.10c] – Berufspraktikum
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums berufliche Erfahrungen gesammelt ja – berufstätig in Vollzeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	32	22,2	22,2	22,2
	ja	112	77,8	77,8	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-12: Angaben zum Studium [Item 2.11a] – Berufliche Erfahrungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015)

Während des Studiums berufliche Erfahrungen gesammelt ja – berufstätig in Teilzeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	110	76,4	76,4	76,4
	ja	34	23,6	23,6	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-13: Angaben zum Studium [Item 2.11b] – Berufliche Erfahrungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums berufliche Erfahrungen gesammelt ja – im Inland berufstätig					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	131	91,0	91,0	91,0
	ja	13	9,0	9,0	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-14: Angaben zum Studium [Item 2.11c] – Berufliche Erfahrungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums berufliche Erfahrungen gesammelt ja – im Ausland berufstätig					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	140	97,2	97,2	97,2
	ja	4	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-15: Angaben zum Studium [Item 2.11d] – Berufliche Erfahrungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Während des Studiums berufliche Erfahrungen gesammelt nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	140	97,2	97,2	97,2
	ja	4	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-16: Angaben zum Studium [Item 2.11e] – Berufliche Erfahrungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit insgesamt mit der Hamburger Fern-Hochschule					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	47	32,6	32,9	32,9
	2	81	56,3	56,6	89,5
	3	15	10,4	10,5	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-17: Einschätzung des Studiums [Item 3.2] – Zufriedenheit
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Studienmaterial war insgesamt gut aufbereitet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	38	26,4	26,4	26,4
	2	69	47,9	47,9	74,3
	3	29	20,1	20,1	94,4
	4	8	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-18: Einschätzung des Studiums [Item 3.7] – Studienmaterial
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Lehrbeauftragten waren fachlich kompetent und engagiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	26	18,1	18,1	18,1
	2	72	50,0	50,0	68,1
	3	44	30,6	30,6	98,6
	4	2	1,4	1,4	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-19: Einschätzung des Studiums [Item 3.8] – Lehrbeauftragte
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Prüfungsanforderungen waren insgesamt fair					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	36	25,0	25,0	25,0
	2	92	63,9	63,9	88,9
	3	13	9,0	9,0	97,9
	4	3	2,1	2,1	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-20: Einschätzung des Studiums [Item 3.9] – Prüfungsanforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Studium war durch den Studienplan gut strukturiert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	61	42,4	42,4	42,4
	2	77	53,5	53,5	95,8
	3	5	3,5	3,5	99,3
	4	1	,7	,7	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-21: Einschätzung des Studiums [Item 3.10] – Studienplan (bzw. Rahmenablaufplan)
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fächerangebot im Studiengang entsprach den fachlichen Erwartungen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	28	19,4	19,9	19,9
	2	90	62,5	63,8	83,7
	3	20	13,9	14,2	97,9
	4	3	2,1	2,1	100,0
	Gesamt	141	97,9	100,0	
Fehlend	System	3	2,1		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-22: Einschätzung des Studiums [Item 3.11] – Fachliche Erwartungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fächerangebot im Studiengang entsprach den beruflichen Anforderungen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	26	18,1	18,3	18,3
	2	77	53,5	54,2	72,5
	3	36	25,0	25,4	97,9
	4	2	1,4	1,4	99,3
	in keiner Weise	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	142	98,6	100,0	
Fehlend	System	2	1,4		
Gesamt		144	100,0		

Tabella A.2.7-23: Einschätzung des Studiums [Item 3.12] – Berufliche Anforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Ausmaß werden im Studium erworbene Qualifikation benötigt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	44	30,6	30,6	30,6
	2	59	41,0	41,0	71,5
	3	35	24,3	24,3	95,8
	4	3	2,1	2,1	97,9
	gar nicht	3	2,1	2,1	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabella A.2.7-24: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.1] – Erworbene Qualifikationen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Im Studium vermittelte Inhalte und Kompetenzen sind in der beruflichen Praxis wichtig					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	43	29,9	29,9	29,9
	2	65	45,1	45,1	75,0
	3	32	22,2	22,2	97,2
	4	1	,7	,7	97,9
	trifft nicht zu	3	2,1	2,1	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabella A.2.7-25: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.2] – Berufliche Praxis
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium den beruflichen Anforderungen im Tätigkeitsfeld gut gewachsen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	53	36,8	36,8	36,8
	2	62	43,1	43,1	79,9
	3	24	16,7	16,7	96,5
	4	3	2,1	2,1	98,6
	trifft nicht zu	2	1,4	1,4	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-26: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.3] – Berufliche Anforderungen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Vorteil des berufsbegleitenden Fernstudium gegenüber Präsenzstudium in beruflicher Praxis					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	51	35,4	35,9	35,9
	2	46	31,9	32,4	68,3
	3	27	18,8	19,0	87,3
	4	10	6,9	7,0	94,4
	trifft nicht zu	8	5,6	5,6	100,0
Gesamt		142	98,6	100,0	
Fehlend	System	2	1,4		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-27: Zusammenhang von Studium und Beruf [Item 4.4] – Berufsbegleitendes Fernstudium
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wert des Studiums in ... Ausübung interessanter bzw. verantwortungsvoller Aufgaben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	60	41,7	41,7	41,7
	ja	84	58,3	58,3	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-28: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1a] – Wert des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wert des Studiums in ... Bildung und persönliche Weiterentwicklung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	14	9,7	9,7	9,7
	ja	130	90,3	90,3	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-29: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1b] – Wert des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wert des Studiums in ... Verwertbarkeit des Studiums für beruflichen Aufstieg					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	38	26,4	26,4	26,4
	ja	106	73,6	73,6	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-30: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1c] – Wert des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wert des Studiums in ... Vermittlung von Kenntnissen für den Beruf					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	89	61,8	61,8	61,8
	ja	55	38,2	38,2	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-31: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1d] – Wert des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Wert des Studiums in ... Absicherung der Beschäftigungsfähigkeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	94	65,3	65,3	65,3
	ja	50	34,7	34,7	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-32: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.1e] – Wert des Studiums
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – Arbeitgeber gewechselt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	67	46,5	46,5	46,5
	ja	77	53,5	53,5	100,0
	<i>Gesamt</i>	<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-33: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2a] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – Branche gewechselt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	128	88,9	88,9	88,9
	ja	16	11,1	11,1	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-34: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2b] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – Beruf bzw. Tätigkeitsfeld gewechselt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	85	59,0	59,0	59,0
	ja	59	41,0	41,0	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-35: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2c] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – ... aufgestiegen (Fachkarriere)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	81	56,3	56,3	56,3
	ja	63	43,8	43,8	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-36: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2d] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – ... aufgestiegen (Übernahme Führungsverantwortung)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	62	43,1	43,1	43,1
	ja	82	56,9	56,9	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-37: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2e] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – sich selbstständig gemacht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	137	95,1	95,1	95,1
	ja	7	4,9	4,9	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-38: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2f] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – sich geografisch verändert					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	128	88,9	88,9	88,9
	ja	16	11,1	11,1	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-39: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2g] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert ja – Sonstiges					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	140	97,2	97,2	97,2
	ja	4	2,8	2,8	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-40: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2h] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Durch das Studium beruflich verändert nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	125	86,8	86,8	86,8
	ja	19	13,2	13,2	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-41: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.2i] – Berufliche Veränderung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit der beruflichen Position zufrieden vor dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	13	9,0	9,4	9,4
	2	48	33,3	34,8	44,2
	3	42	29,2	30,4	74,6
	4	26	18,1	18,8	93,5
	5	9	6,3	6,5	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-42: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.15] – Berufliche Position [vor dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit der beruflichen Position zufrieden nach dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	49	34,0	35,3	35,3
	2	51	35,4	36,7	71,9
	3	23	16,0	16,5	88,5
	4	10	6,9	7,2	95,7
	5	6	4,2	4,3	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-43: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.16] – Berufliche Position [nach dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden vor dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	5	3,5	3,6	3,6
	2	26	18,1	18,8	22,5
	3	50	34,7	36,2	58,7
	4	38	26,4	27,5	86,2
	5	19	13,2	13,8	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-44: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.17] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten [vor dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zufrieden nach dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	45	31,3	32,6	32,6
	2	57	39,6	41,3	73,9
	3	28	19,4	20,3	94,2
	4	2	1,4	1,4	95,7
	5	6	4,2	4,3	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-45: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.18] – Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten [nach dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit den Arbeitsaufgaben zufrieden vor dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	12	8,3	8,7	8,7
	2	46	31,9	33,3	42,0
	3	49	34,0	35,5	77,5
	4	17	11,8	12,3	89,9
	5	14	9,7	10,1	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-46: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.19] – Arbeitsaufgaben [vor dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit den Arbeitsaufgaben zufrieden nach dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	48	33,3	34,8	34,8
	2	55	38,2	39,9	74,6
	3	26	18,1	18,8	93,5
	4	5	3,5	3,6	97,1
	5	4	2,8	2,9	100,0
	Gesamt	138	95,8	100,0	
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-47: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.20] – Arbeitsaufgaben [nach dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Ausmaß ist die berufliche Situation der akademischen Qualifikation angemessen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	40	27,8	28,8	28,8
	2	48	33,3	34,5	63,3
	3	28	19,4	20,1	83,5
	4	14	9,7	10,1	93,5
	5	9	6,3	6,5	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-48: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.21] – Berufliche Situation [Angemessenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ja – ausreichend selbstbestimmt in der Arbeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	35	24,3	25,2	25,2
	ja	104	72,2	74,8	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-49: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23a] – Berufliche Situation [Zufriedenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ja – anerkannt und wertgeschätzt in der Arbeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	42	29,2	30,2	30,2
	ja	97	67,4	69,8	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-50: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23b] – Berufliche Situation [Zufriedenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ja – motiviert in der Arbeit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	43	29,9	30,9	30,9
	ja	96	66,7	69,1	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabellen A.2.7-51: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23c] – Berufliche Situation [Zufriedenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ja – erfüllende und verantwortungsvolle Aufgaben					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	48	33,3	34,5	34,5
	ja	91	63,2	65,5	100,0
	Gesamt	139	96,5	100,0	
Fehlend	System	5	3,5		
Gesamt		144	100,0		

Tabellen A.2.7-52: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23d] – Berufliche Situation [Zufriedenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	35	24,3	77,8	77,8
	ja	10	6,9	22,2	100,0
	Gesamt	45	31,3	100,0	
Fehlend	System	99	68,8		
Gesamt		144	100,0		

Tabellen A.2.7-53: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.23e] – Berufliche Situation [Zufriedenheit]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit der beruflichen Situation insgesamt zufrieden vor dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	8	5,6	5,7	5,7
	2	46	31,9	32,6	38,3
	3	55	38,2	39,0	77,3
	4	22	15,3	15,6	92,9
	5	10	6,9	7,1	100,0
	Gesamt	141	97,9	100,0	
Fehlend	System	3	2,1		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-54: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.24] – Berufliche Situation [Zufriedenheit – vor dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

In welchem Maß mit der beruflichen Situation insgesamt zufrieden nach dem Studium					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	43	29,9	29,9	29,9
	2	57	39,6	39,6	69,4
	3	30	20,8	20,8	90,3
	4	8	5,6	5,6	95,8
	5	6	4,2	4,2	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-55: Studienerfolg (Allgemein) [Item 5.25] – Berufliche Situation [Zufriedenheit – nach dem Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fachkompetenz ... wurde im Studium vermittelt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	27	18,8	18,8	18,8
	2	78	54,2	54,2	72,9
	3	31	21,5	21,5	94,4
	4	8	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-56: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.1] – Fachkompetenz [Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fachkompetenz ... wird für berufliche Position benötigt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	47	32,6	32,6	32,6
	2	69	47,9	47,9	80,6
	3	21	14,6	14,6	95,1
	4	2	1,4	1,4	96,5
	5	5	3,5	3,5	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-57: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.2] – Fachkompetenz [Berufliche Position]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Methodenkompetenz ... wurde im Studium vermittelt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	40	27,8	28,0	28,0
	2	70	48,6	49,0	76,9
	3	29	20,1	20,3	97,2
	4	4	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-58: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.3] – Methodenkompetenz [Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Methodenkompetenz ... wird für berufliche Position benötigt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	59	41,0	41,3	41,3
	2	58	40,3	40,6	81,8
	3	19	13,2	13,3	95,1
	4	2	1,4	1,4	96,5
	5	5	3,5	3,5	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-59: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.4] – Methodenkompetenz [Berufliche Position]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Selbstkompetenz ... wurde im Studium vermittelt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	39	27,1	27,1	27,1
	2	67	46,5	46,5	73,6
	3	26	18,1	18,1	91,7
	4	11	7,6	7,6	99,3
	5	1	,7	,7	100,0
Gesamt		144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-60: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.5] – Selbstkompetenz [Studium]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Selbstkompetenz ... wird für berufliche Position benötigt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	80	55,6	55,9	55,9
	2	49	34,0	34,3	90,2
	3	8	5,6	5,6	95,8
	4	2	1,4	1,4	97,2
	5	4	2,8	2,8	100,0
	Gesamt		143	99,3	100,0
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-61: Studienerfolg (Kompetenzerwerb) [Item 6.6] – Selbstkompetenz [Berufliche Position]
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	80	55,6	55,9	55,9
	männlich	63	43,8	44,1	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-62: Fragen zur Person [Item 7.1] – Geschlecht
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Geburtsjahr					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1950	1	,7	,7	,7
	1954	2	1,4	1,4	2,1
	1955	1	,7	,7	2,8
	1956	2	1,4	1,4	4,2
	1957	2	1,4	1,4	5,6
	1958	4	2,8	2,8	8,4
	1959	1	,7	,7	9,1
	1960	3	2,1	2,1	11,2
	1961	5	3,5	3,5	14,7
	1962	11	7,6	7,7	22,4
	1963	6	4,2	4,2	26,6
	1964	7	4,9	4,9	31,5
	1965	9	6,3	6,3	37,8
	1966	6	4,2	4,2	42,0
	1967	2	1,4	1,4	43,4
	1968	11	7,6	7,7	51,0
	1969	7	4,9	4,9	55,9
	1970	5	3,5	3,5	59,4
	1971	8	5,6	5,6	65,0
	1972	5	3,5	3,5	68,5
	1973	2	1,4	1,4	69,9
	1974	6	4,2	4,2	74,1
	1975	5	3,5	3,5	77,6
	1976	6	4,2	4,2	81,8
	1977	5	3,5	3,5	85,3
	1978	4	2,8	2,8	88,1
	1979	4	2,8	2,8	90,9
1980	6	4,2	4,2	95,1	
1981	3	2,1	2,1	97,2	
1982	3	2,1	2,1	99,3	
1983	1	,7	,7	100,0	
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-63: Fragen zur Person [Item 7.2] – Geburtsjahr
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Alter					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	26-30 Jahre	1	,7	,7	,7
	31-35 Jahre	20	13,9	14,0	14,7
	36-40 Jahre	24	16,7	16,8	31,5
	41-45 Jahre	36	25,0	25,2	56,6
	über 45 Jahre	62	43,1	43,4	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-64: Fragen zur Person [Item 7.2] – Alter
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Weitere Fort- und Weiterbildung wird angestrebt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	77	53,5	53,8	53,8
	nein	36	25,0	25,2	79,0
	weiß nicht	30	20,8	21,0	100,0
	Gesamt	143	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		144	100,0		

Tabelle A.2.7-65: Fragen zur Person [Item 7.12] – Weiterbildung
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Weiterer wissenschaftlicher Abschluss wird angestrebt – Master bzw. MBA					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	84	58,3	58,3	58,3
	ja	60	41,7	41,7	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-66: Fragen zur Person [Item 7.14a] – Wissenschaftlicher Abschluss
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Weiterer wissenschaftlicher Abschluss wird angestrebt – Promotion					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	116	80,6	80,6	80,6
	ja	28	19,4	19,4	100,0
	Gesamt	144	100,0	100,0	

Tabelle A.2.7-67: Fragen zur Person [Item 7.14b] – Wissenschaftlicher Abschluss
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Weiterer wissenschaftlicher Abschluss wird angestrebt – nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	102	70,8	70,8	70,8
	ja	42	29,2	29,2	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-68: Fragen zur Person [Item 7.14c] – Wissenschaftlicher Abschluss
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

Fragen zur Person Weiterer wissenschaftlicher Abschluss wird angestrebt – weiß nicht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	111	77,1	77,1	77,1
	ja	33	22,9	22,9	100,0
<i>Gesamt</i>		<i>144</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Tabelle A.2.7-69: Fragen zur Person [Item 7.14d] – Wissenschaftlicher Abschluss
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2015a)

A.3 Dokumentation | Ergebnisse Präsenzphase

A.3.1 Grafiken | Curriculum

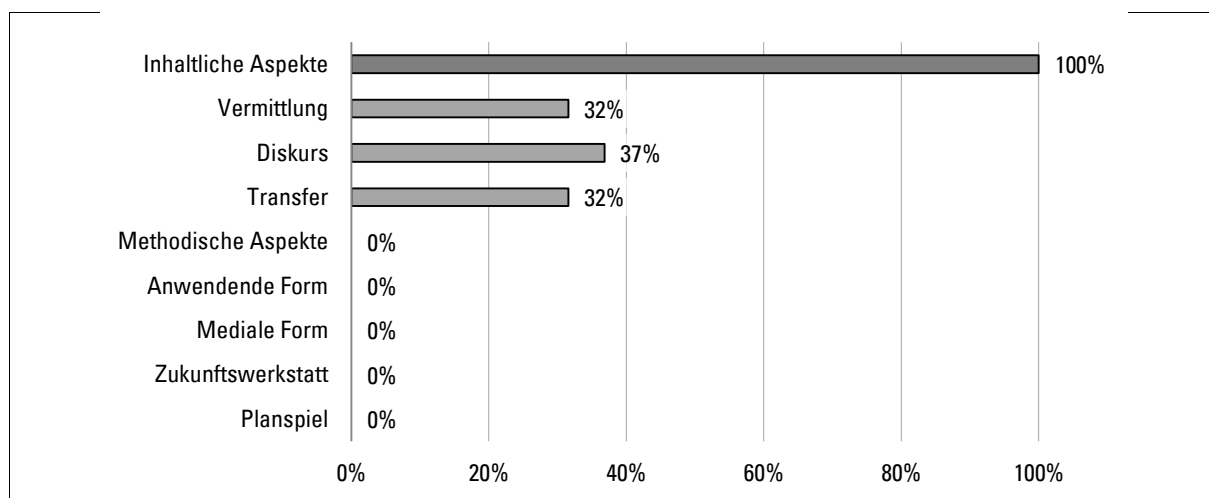


Abbildung A.3.1-1: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegewissenschaft I
(eigene Darstellung nach Görres, Gebert 1999a)

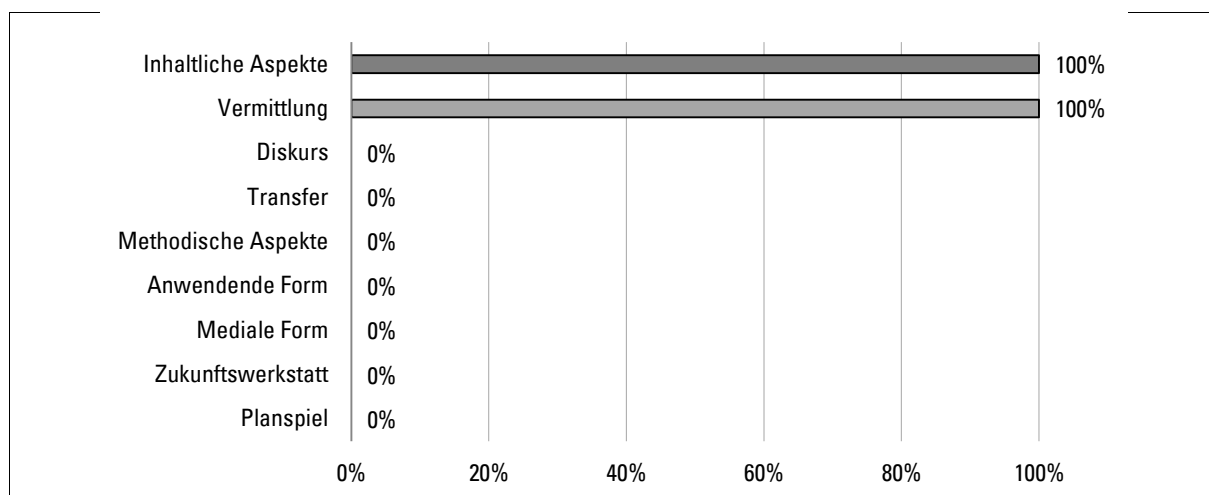


Abbildung A.3.1-2: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Thiele 1999a)

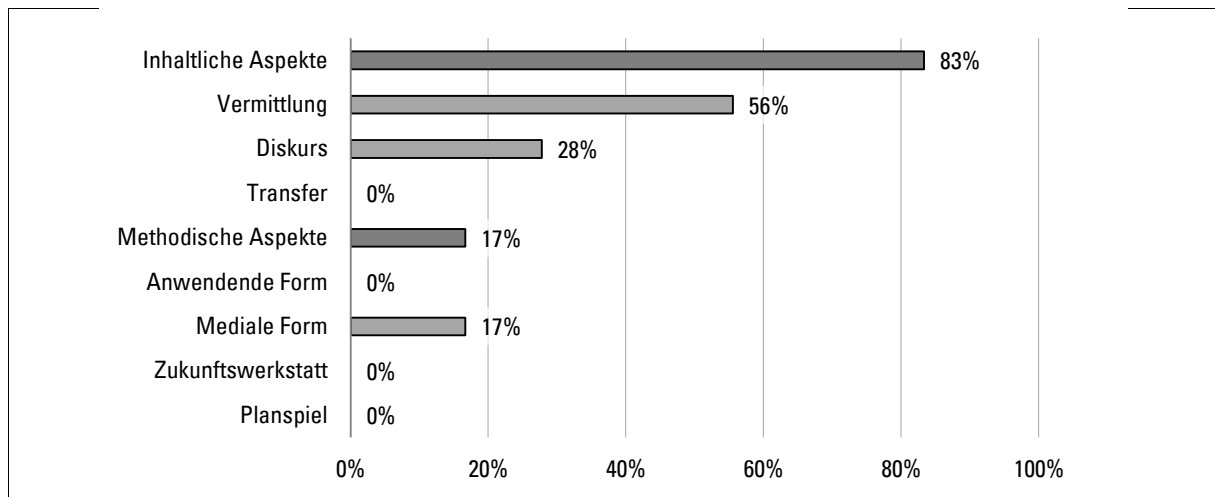


Abbildung A.3.1-3: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Soziologie
(eigene Darstellung nach Witterstätter 1999)

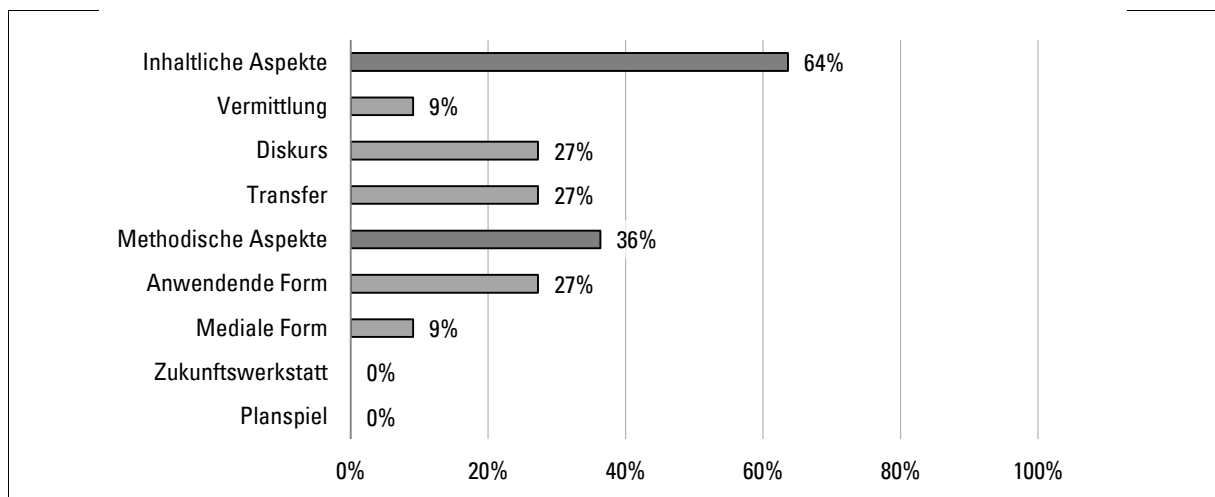


Abbildung A.3.1-4: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Psychologie
(eigene Darstellung nach Hoefert, Flick 1999)

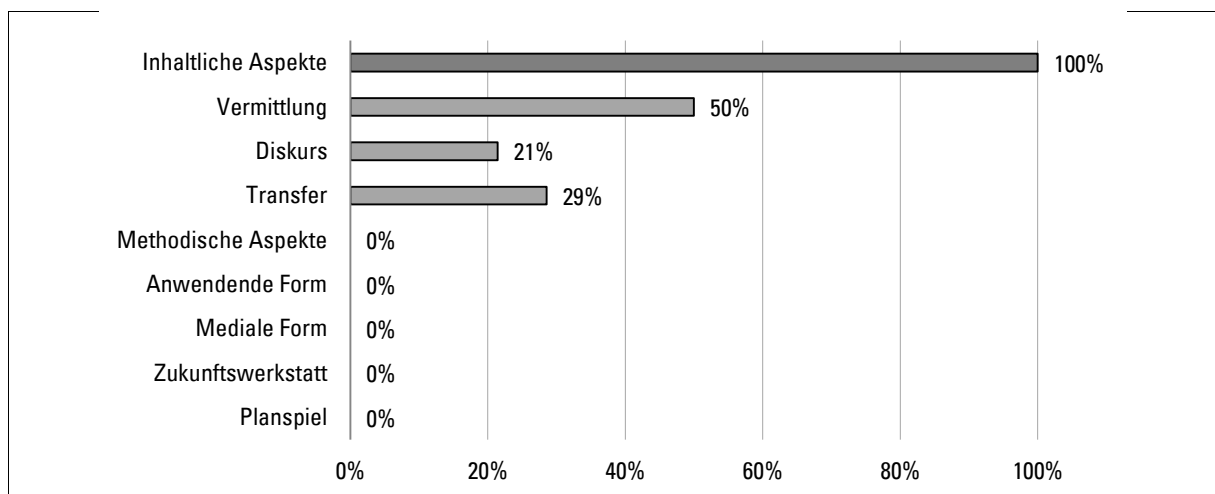


Abbildung A.3.1-5: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Recht der Pflege
(eigene Darstellung nach Richter 1999)

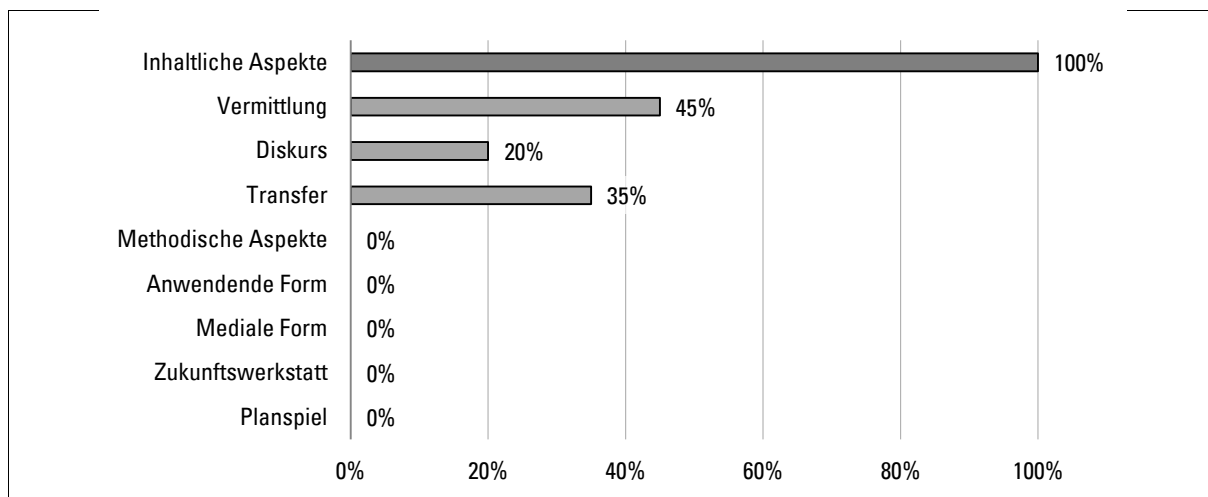


Abbildung A.3.1-6: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Gesundheitswissenschaft
(eigene Darstellung nach Waller 1999)

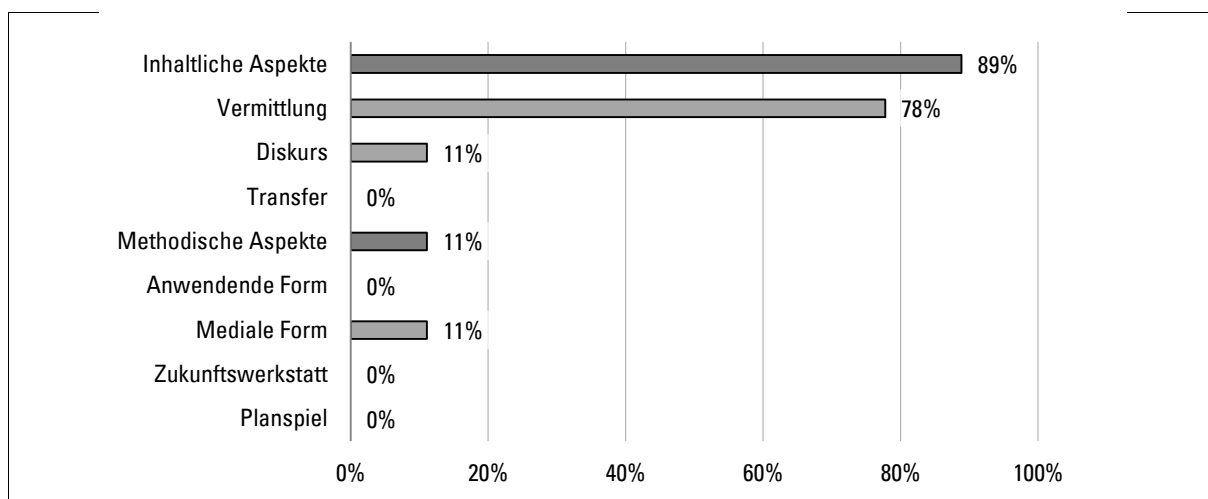


Abbildung A.3.1-7: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Gesundheitsökonomie und -politik
(eigene Darstellung nach Schumacher 1999)

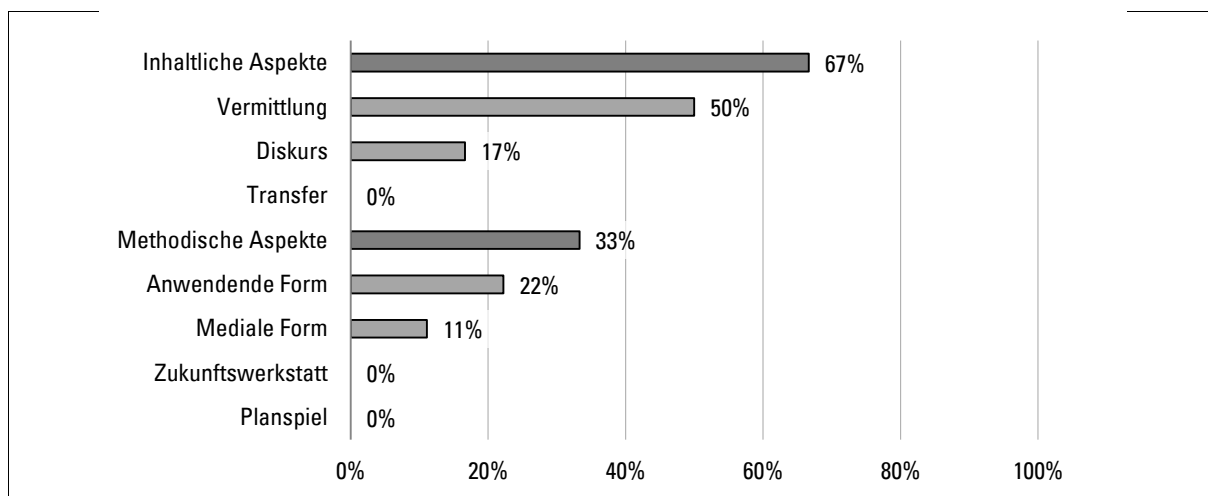


Abbildung A.3.1-8: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Methoden
(eigene Darstellung nach Flick 1999)

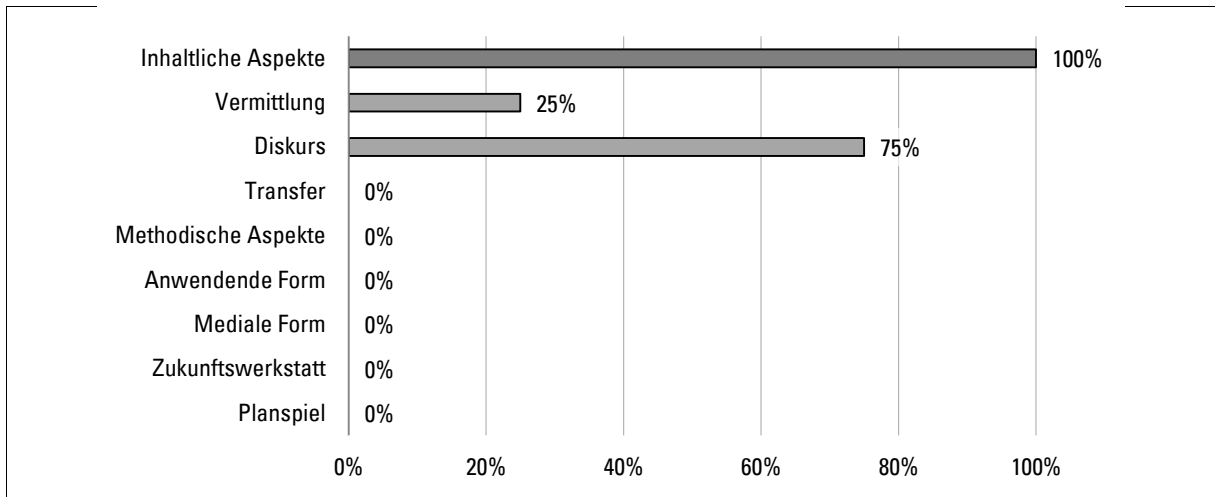


Abbildung A.3.1-9: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement I (eigene Darstellung nach Borsi 1999)

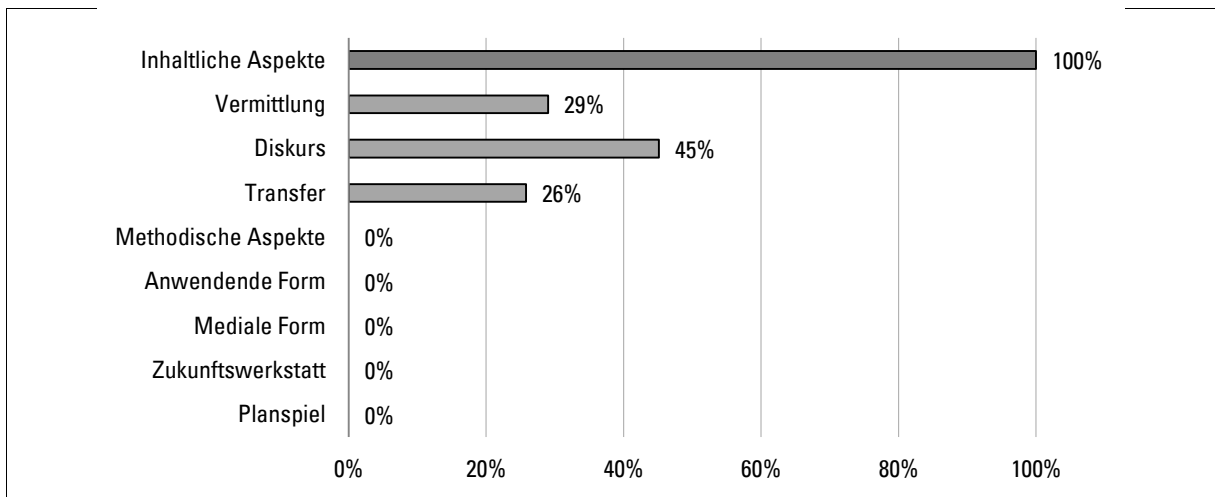


Abbildung A.3.1-10: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegewissenschaft II (eigene Darstellung nach Görres, Gebert 1999b)

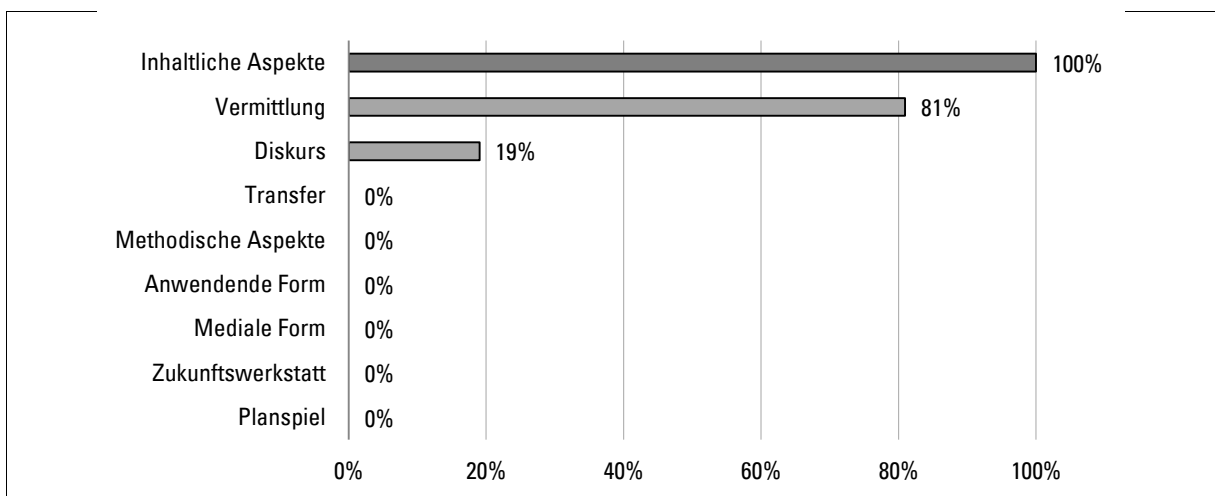


Abbildung A.3.1-11: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre (eigene Darstellung nach Thiele 1999b)

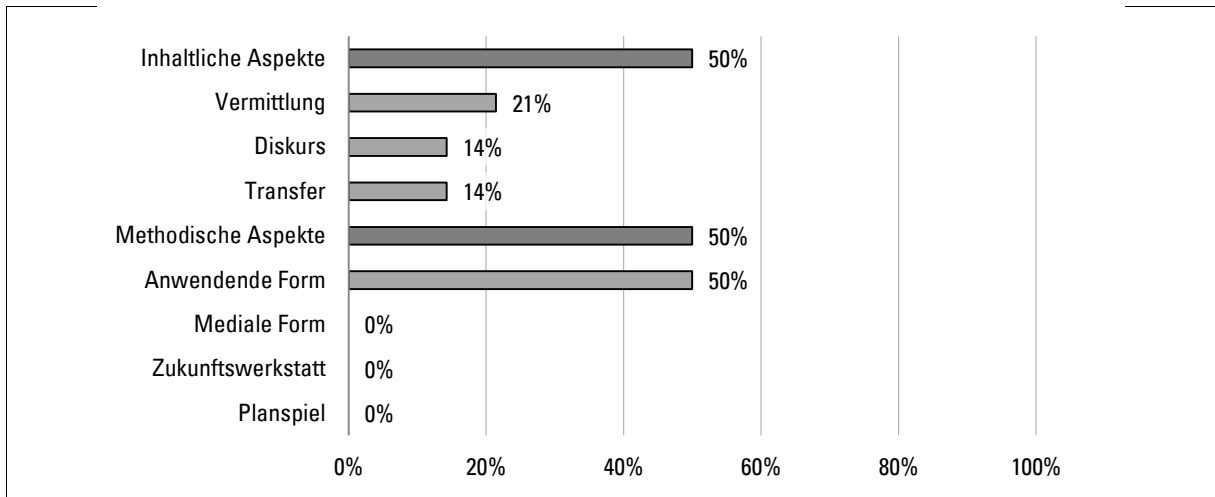


Abbildung A.3.1-12a: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Projektmanagement und Präsentation] (eigene Darstellung nach Wagner 1999c)

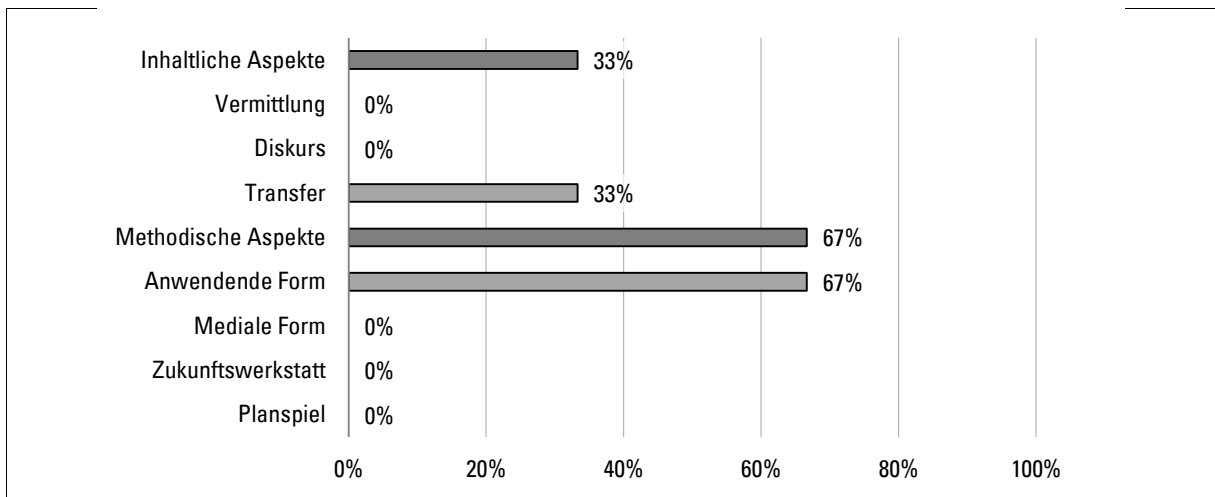


Abbildung A.3.1-12b: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Selbstmanagement und Moderation] (eigene Darstellung nach Wagner 1999b)

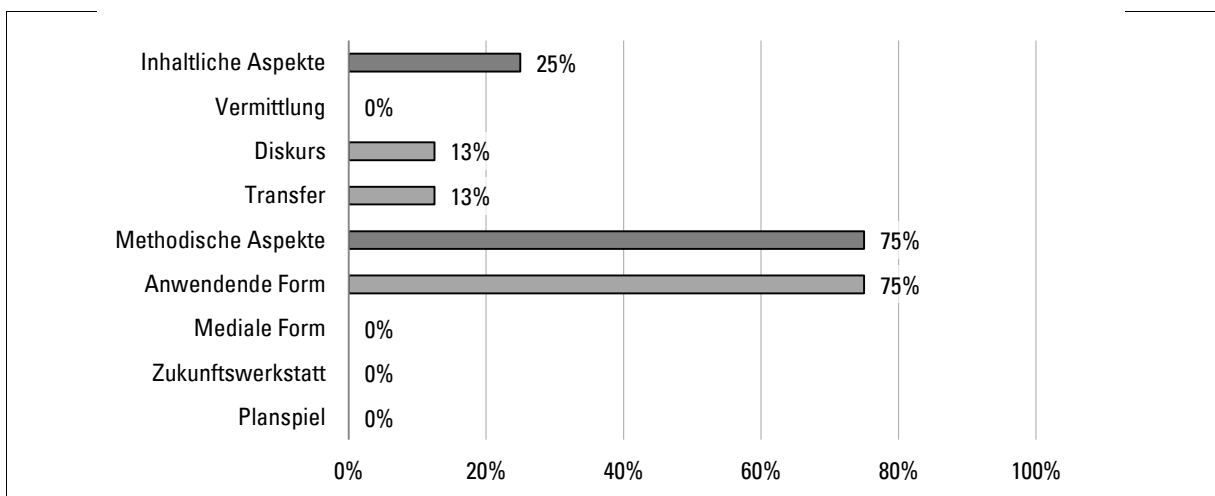


Abbildung A.3.1-12c: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Zeitmanagement und Verhandlung] (eigene Darstellung nach Wagner 1999a)

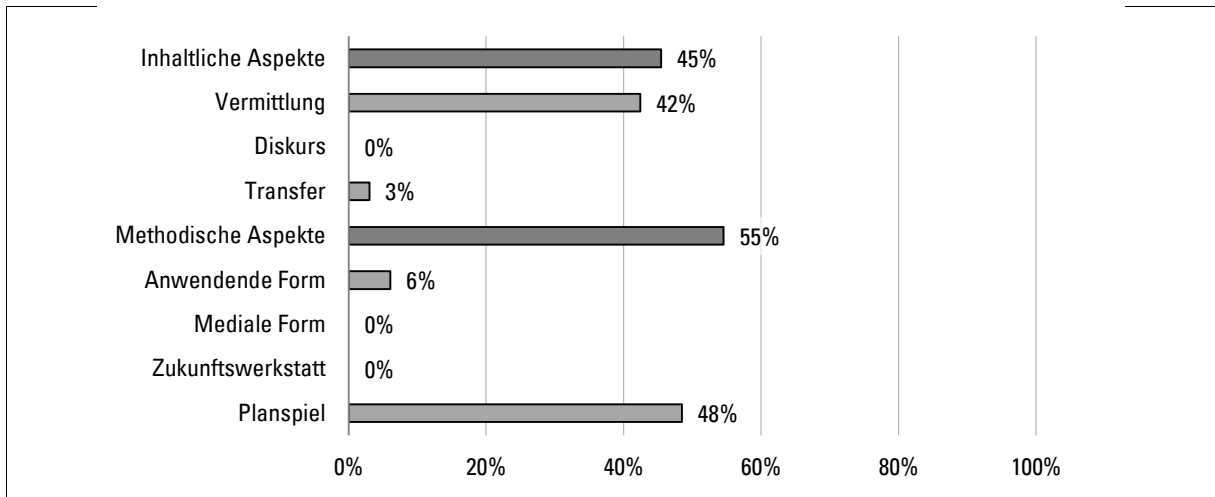


Abbildung A.3.1-13: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II
(eigene Darstellung nach Kerres, Falk 1999; Töllner, Rosenthal 1999a;
Rambow-Bertram, Stamer 1999a; Wagner 1999d)

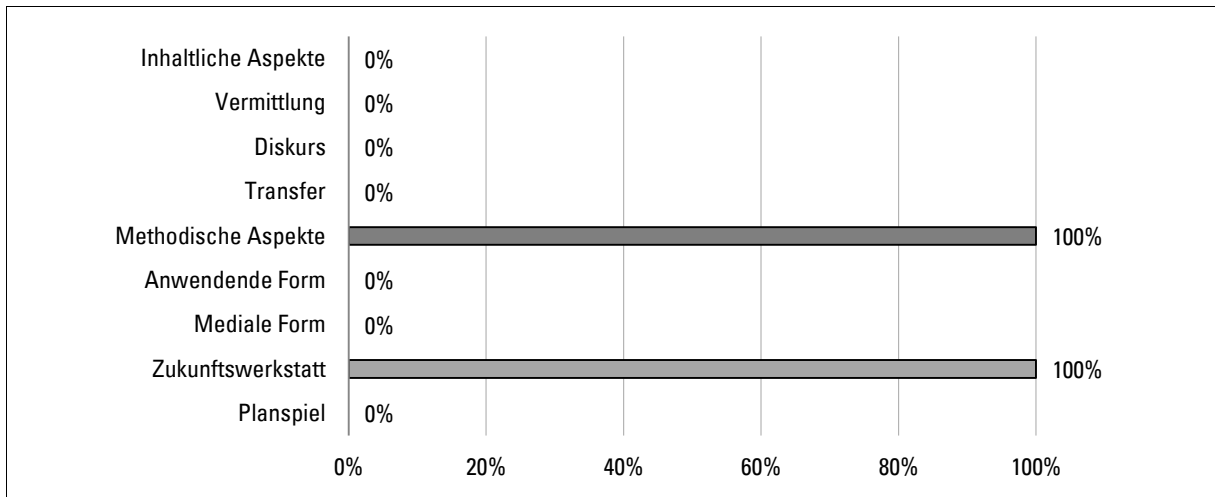


Abbildung A.3.1-13a: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II [Vernetzung und Koordination]
(eigene Darstellung nach Garms-Homolová 1999)

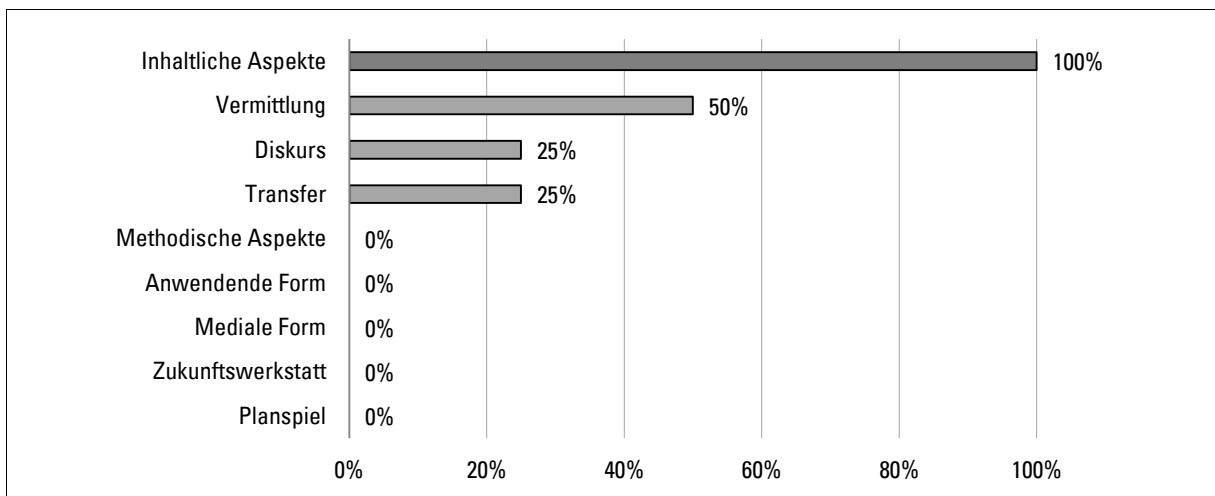


Abbildung A.3.1-13b: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II [Betriebliches Umweltmanagement]
(eigene Darstellung nach Hackelberg 1999)

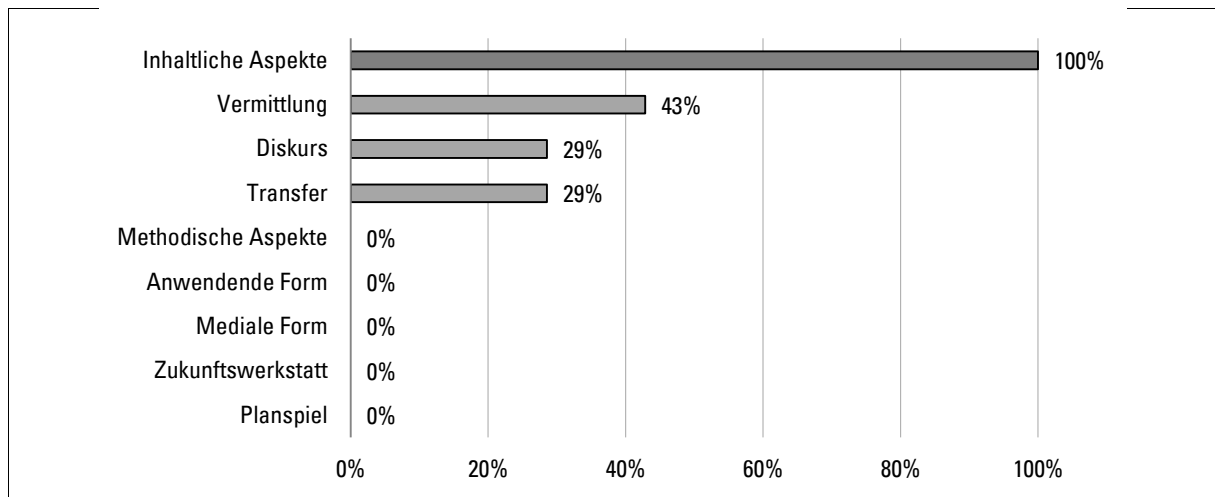


Abbildung A.3.1-14: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Studie
(eigene Darstellung nach Töllner, Rosenthal 1999c)

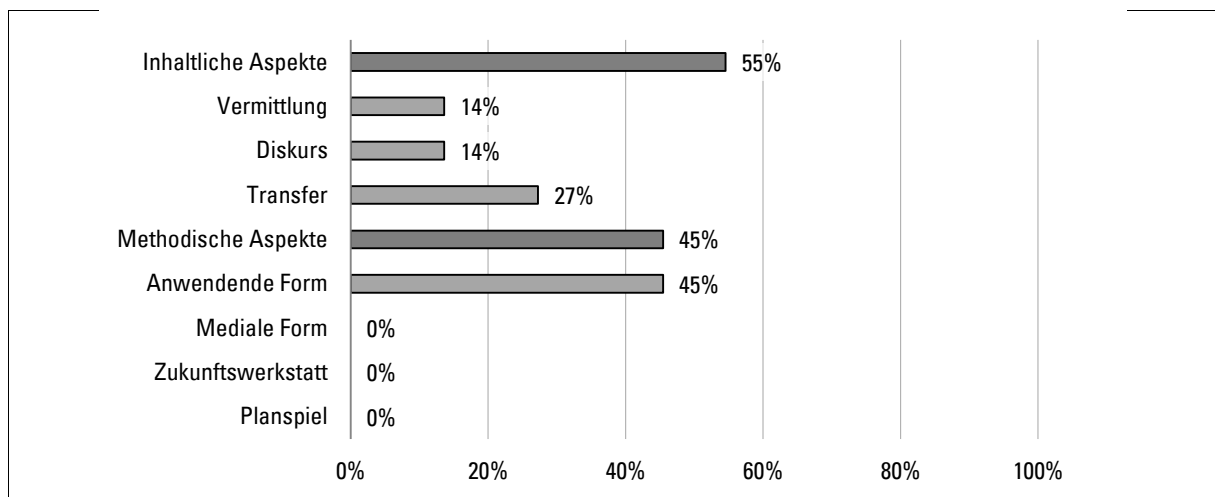


Abbildung A.3.1-15: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Informations- und Kommunikationstechnologien
(eigene Darstellung nach Trill 1999)

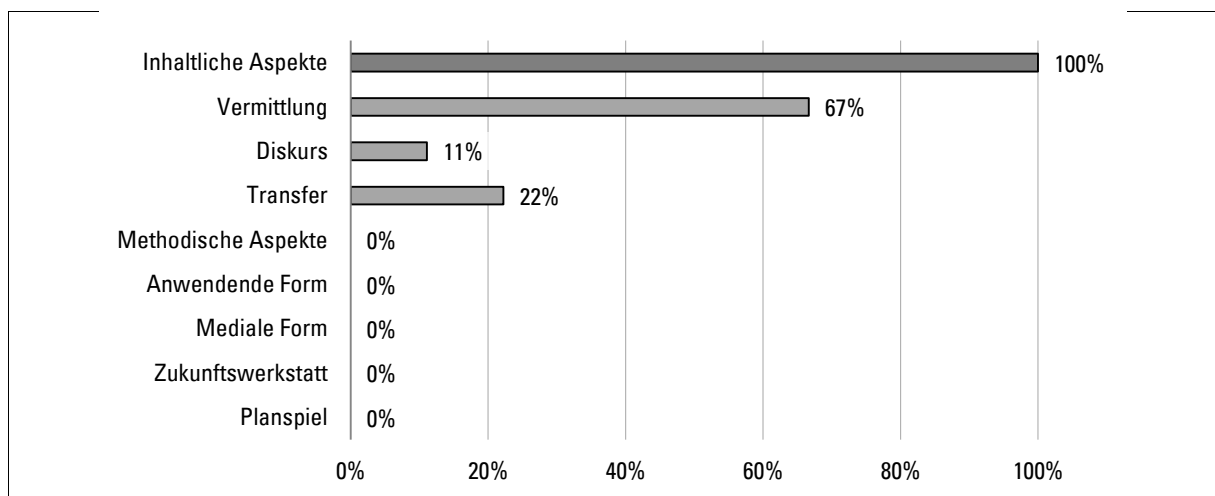


Abbildung A.3.1-16: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Arbeitswissenschaft
(eigene Darstellung nach Oppolzer 1999)

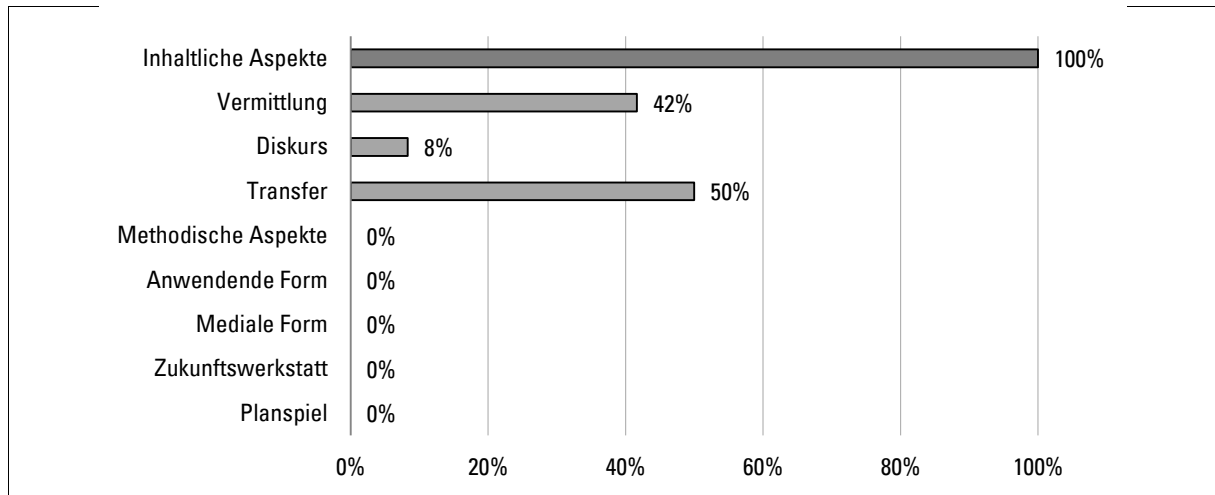


Abbildung A.3.1-17: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Personalmanagement
(eigene Darstellung nach Töllner, Rosenthal 1999b)

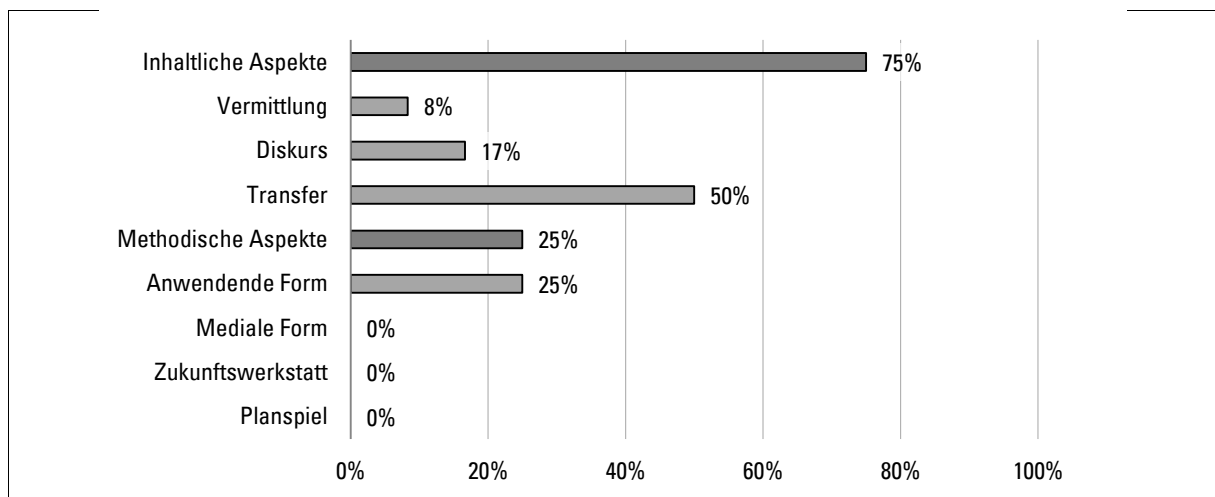


Abbildung A.3.1-18: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement
(eigene Darstellung nach Rambow-Bertram, Stamer 1999)

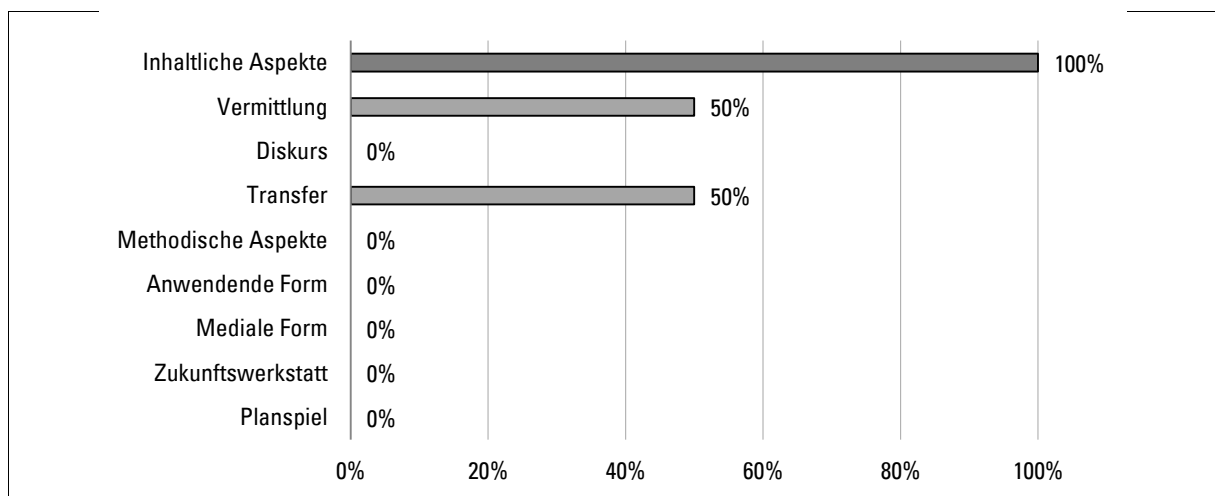


Abbildung A.3.1-19: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Organisationsmanagement
(eigene Darstellung nach Wagner 1999e)

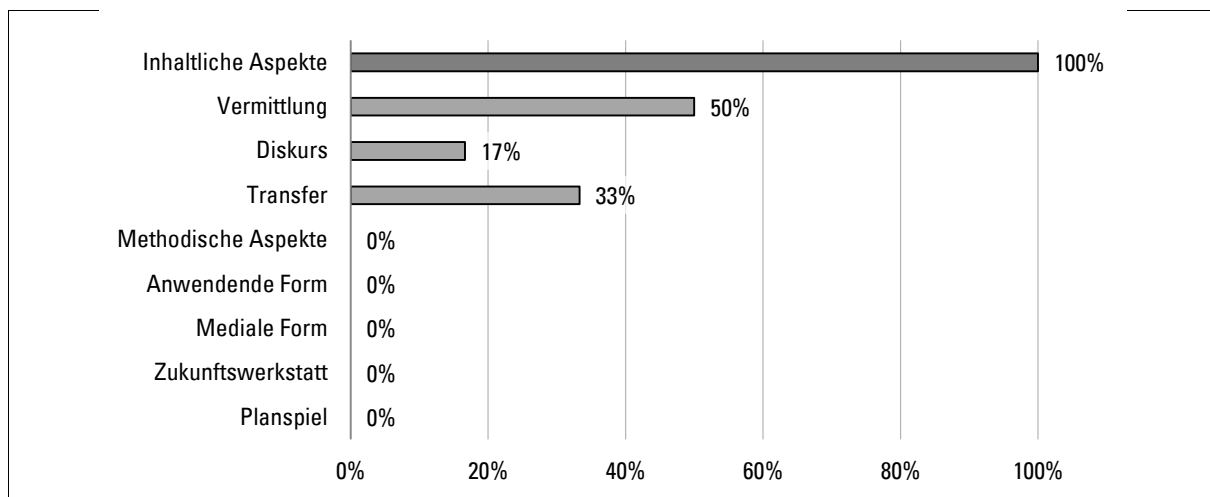


Abbildung A.3.1-20: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung (eigene Darstellung nach Möllenhoff 1999)

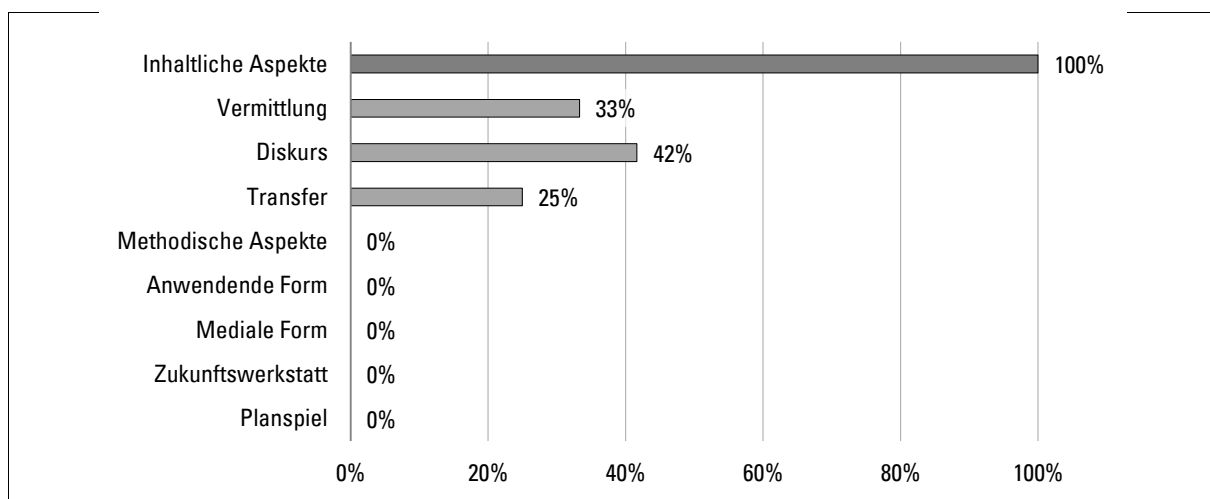


Abbildung A.3.1-21: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe (eigene Darstellung nach Müller 1999)

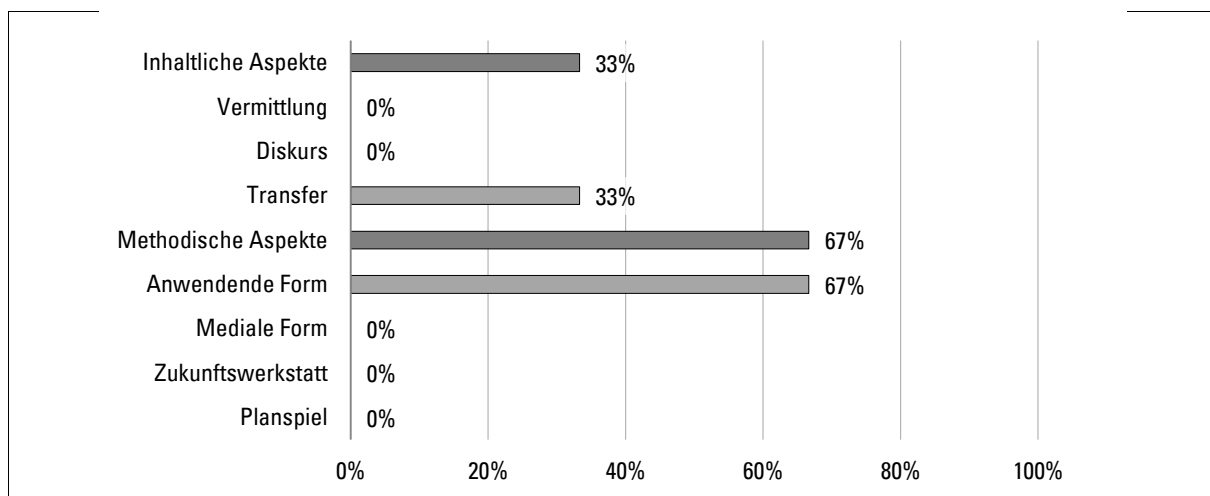


Abbildung A.3.1-22: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Ambulante Dienste (eigene Darstellung nach Heiber 1999)

A.3.2 Grafiken | Rahmenablaufplan

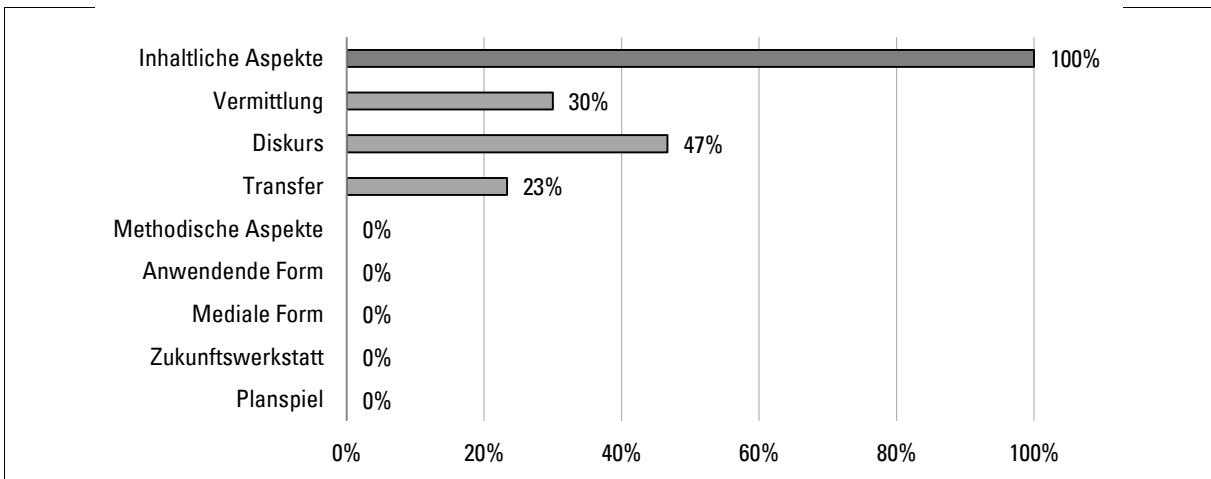


Abbildung A.3.2-1: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegewissenschaft I
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

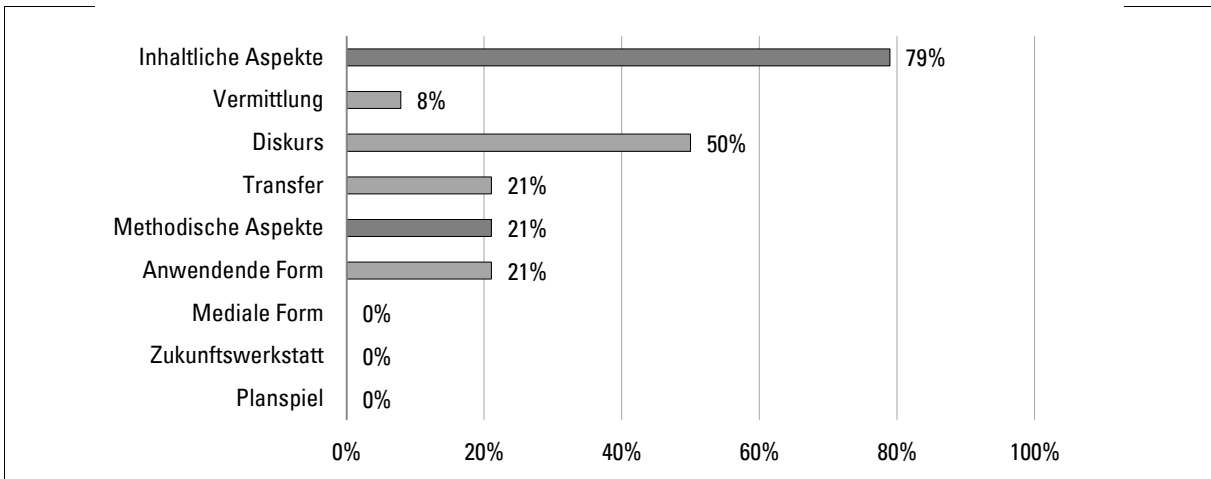


Abbildung A.3.2-2: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Rechnungswesen
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

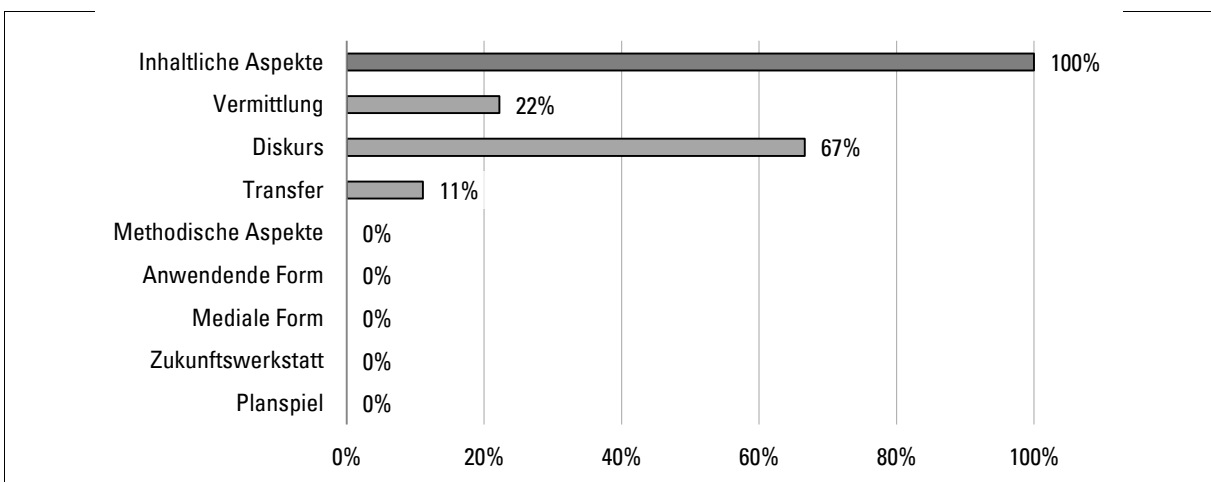


Abbildung A.3.2-3: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Soziologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

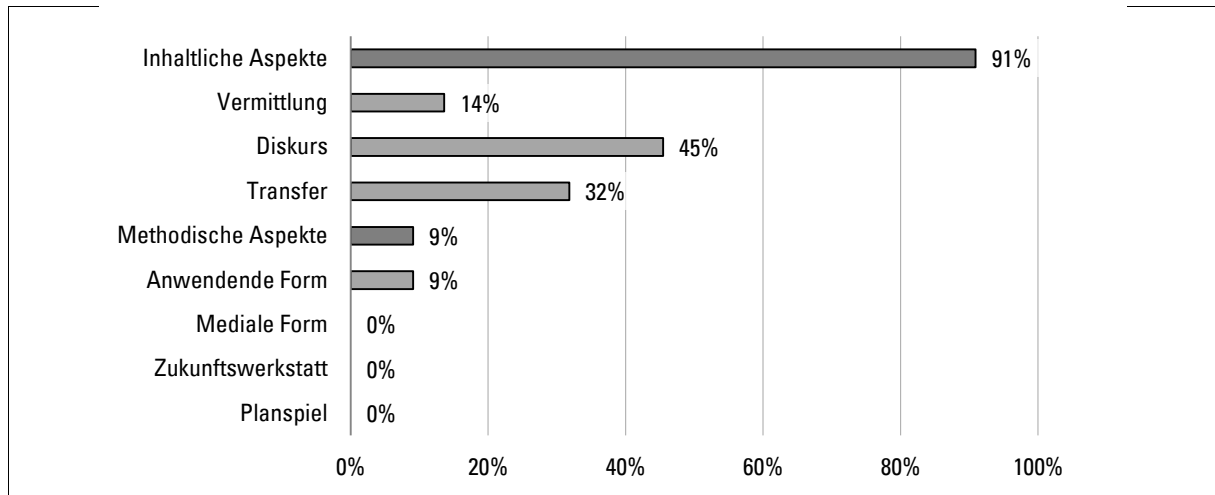


Abbildung A.3.2-4: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Psychologie
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

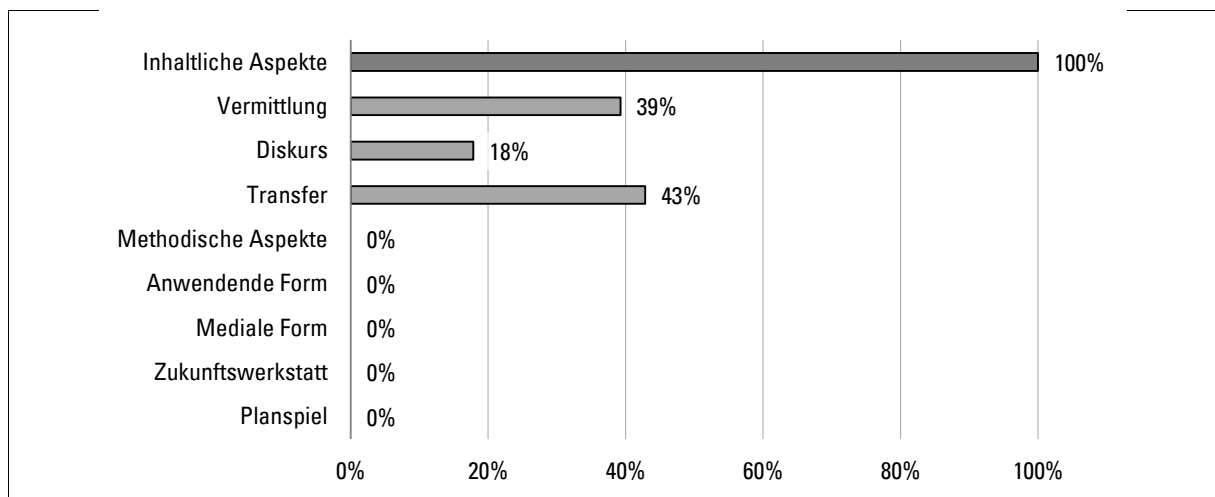


Abbildung A.3.2-5: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Recht der Pflege
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

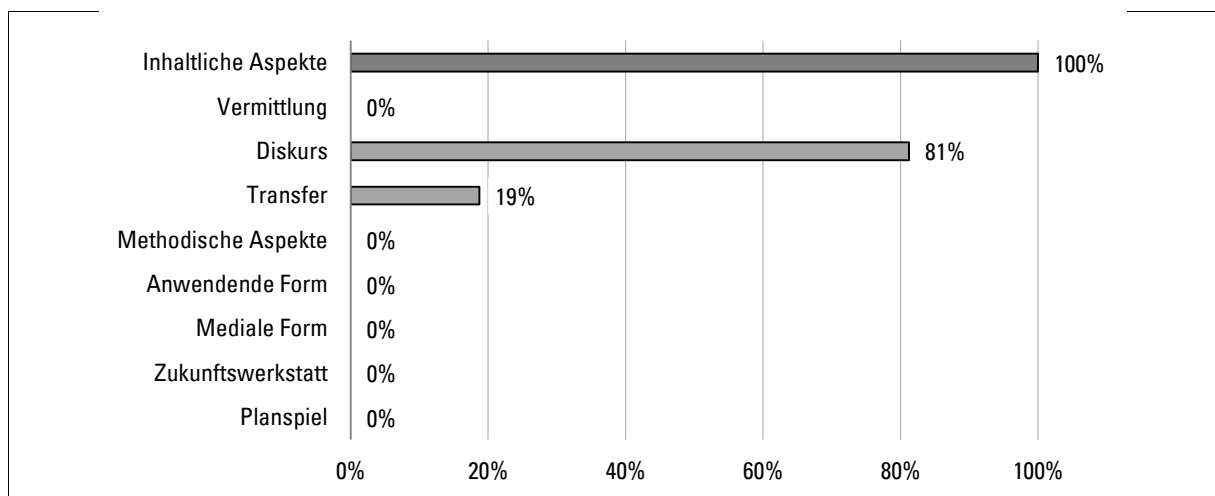


Abbildung A.3.2-6: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Gesundheitswissenschaft
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

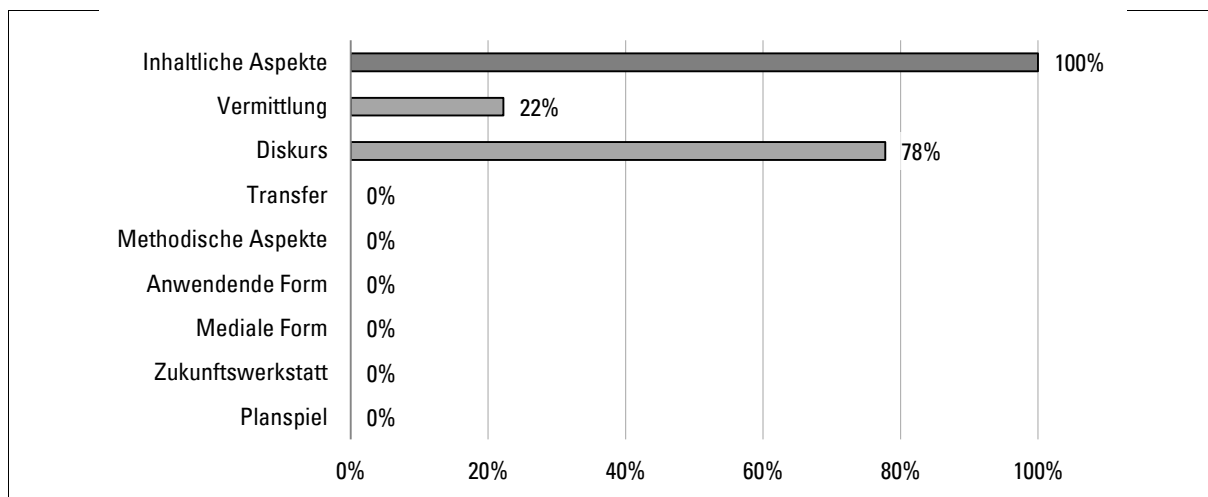


Abbildung A.3.2-7: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Gesundheitsökonomie und -politik
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

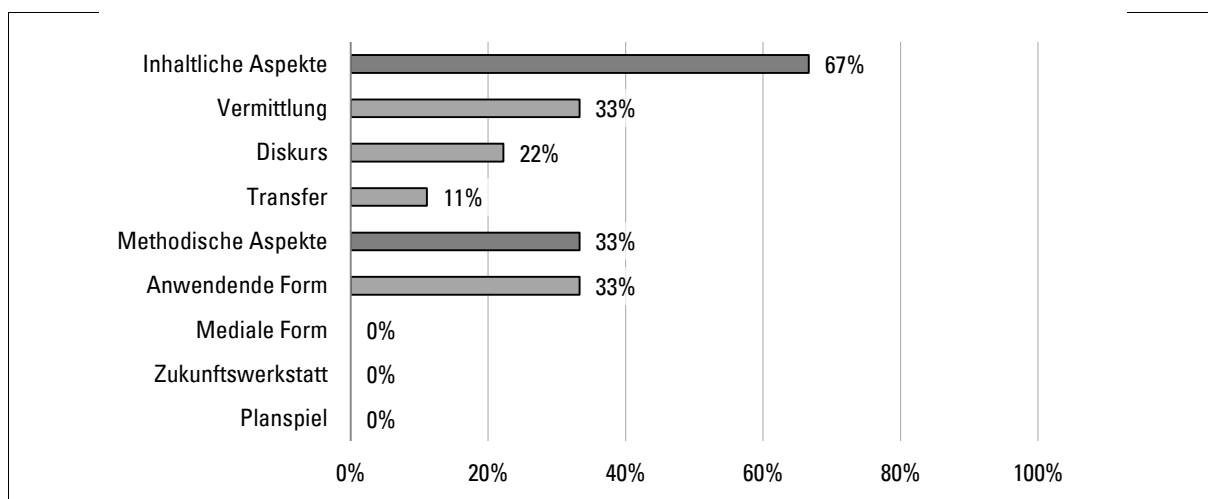


Abbildung A.3.2-8: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Methoden
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

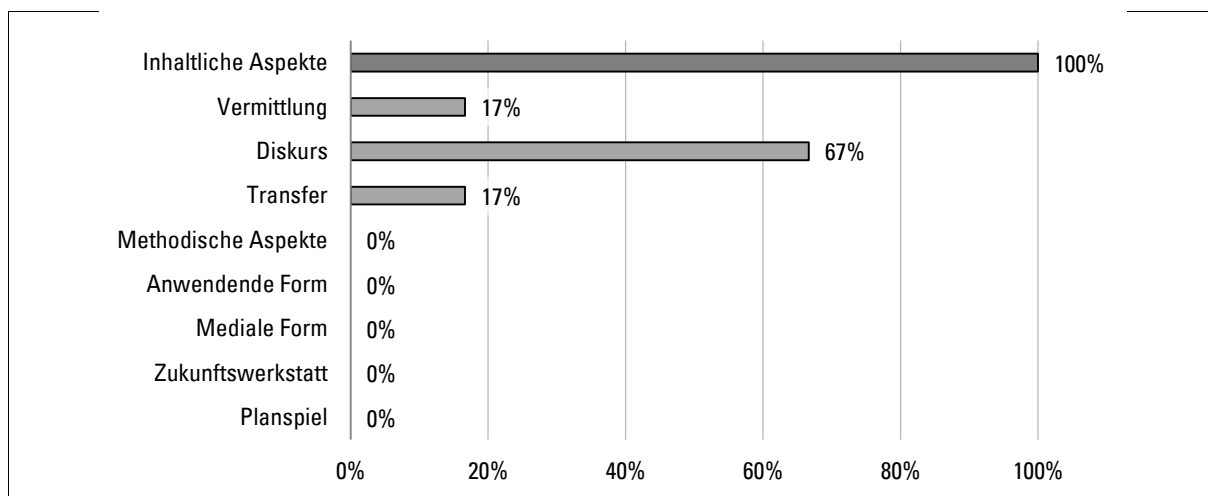


Abbildung A.3.2-9: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegermanagement I
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007a)

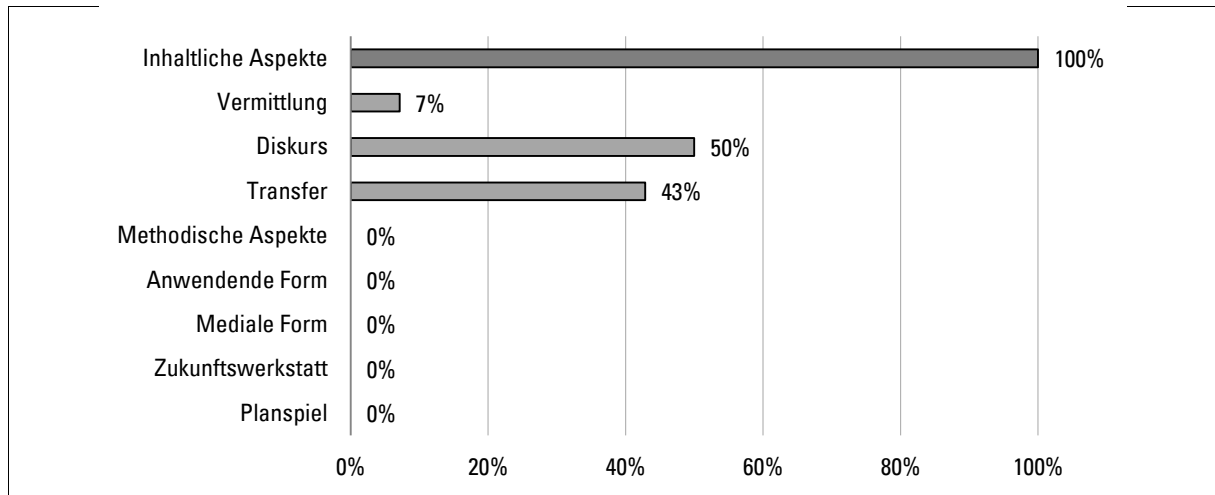


Abbildung A.3.2-10: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegewissenschaft II
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

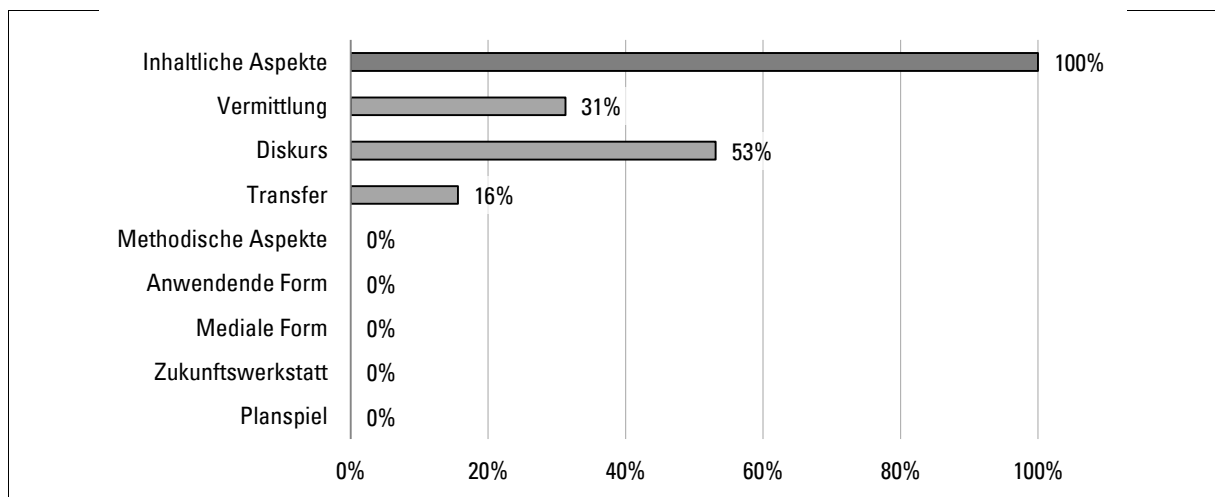


Abbildung A.3.2-11: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Allg. BWL/Pflegewirtschaftslehre
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

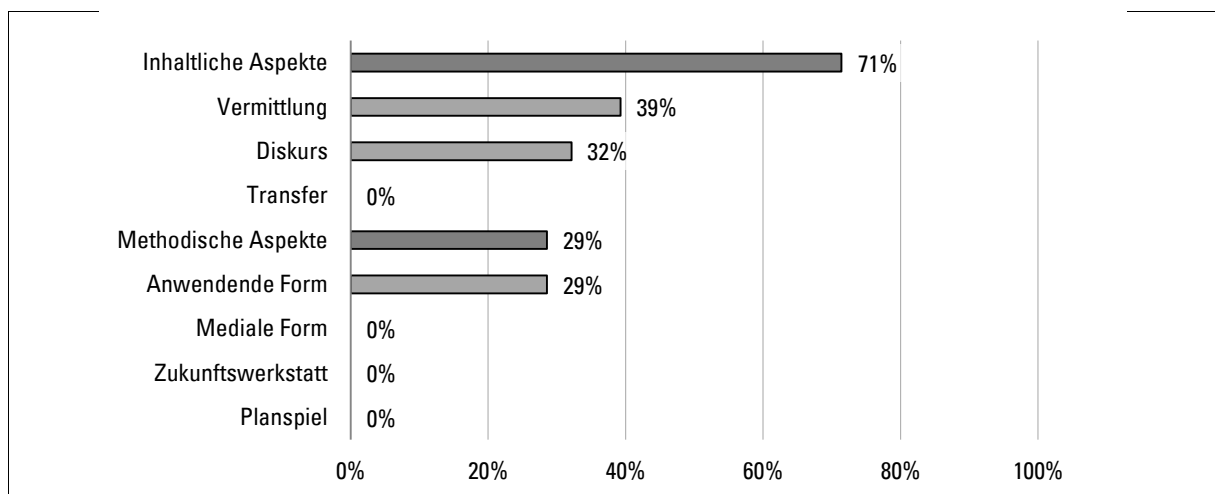


Abbildung A.3.2-12a: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Projektmanagement und Präsentation] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

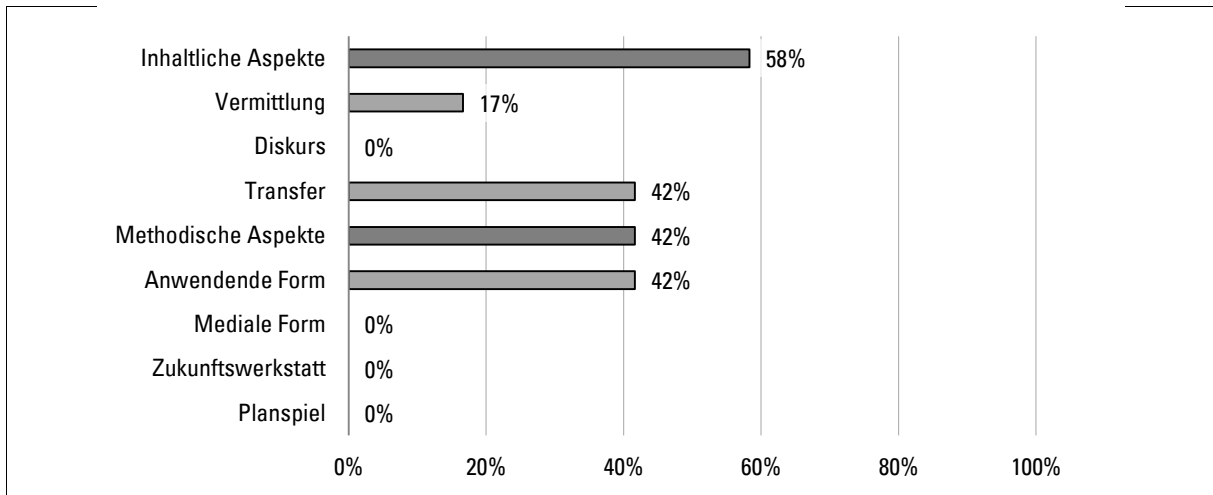


Abbildung A.3.2-12b: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Selbstmanagement und Moderation] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

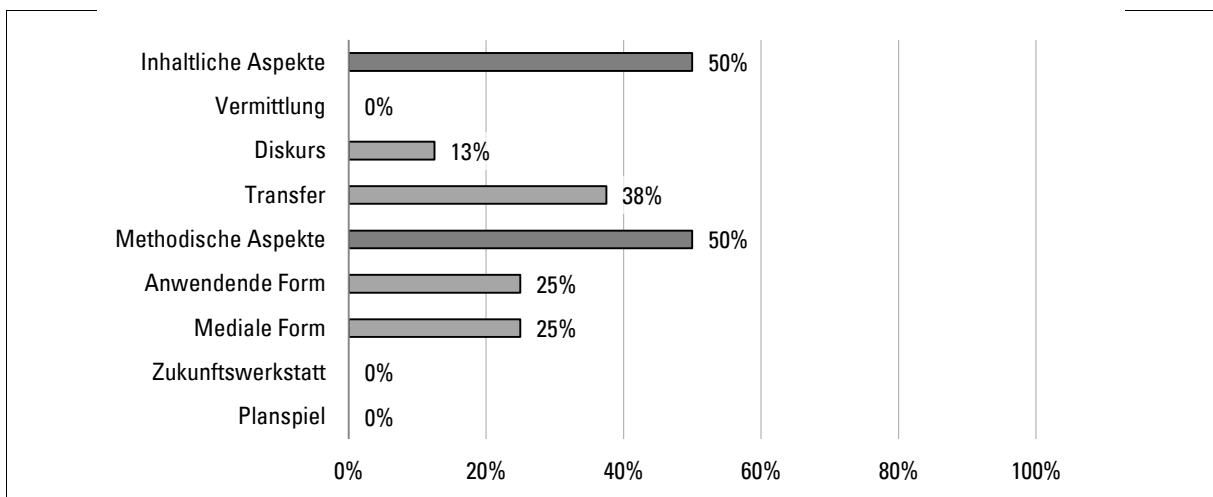


Abbildung A.3.2-12c: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Methoden und Techniken [Zeitmanagement und Verhandlung] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

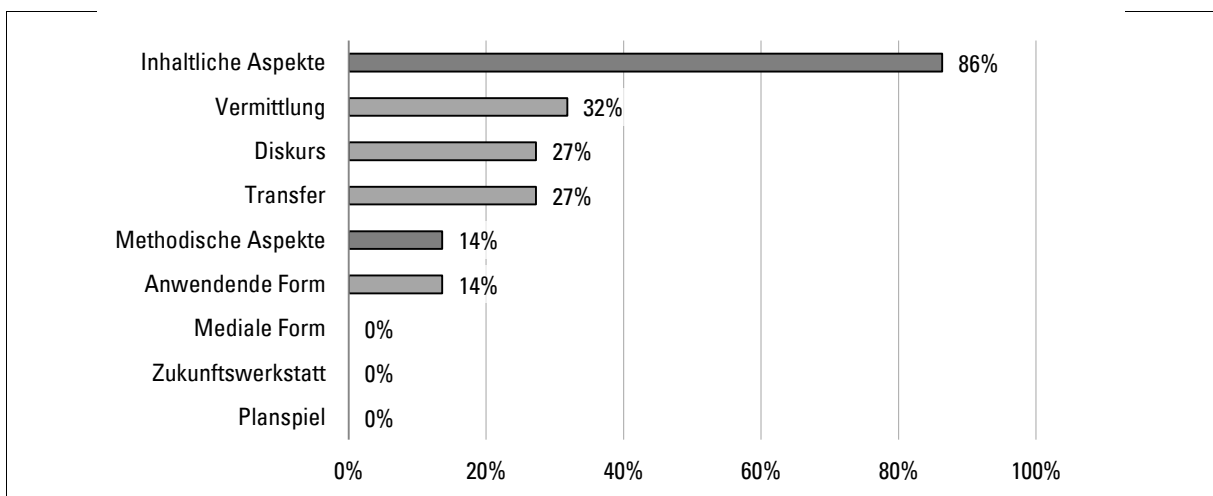


Abbildung A.3.2-13: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

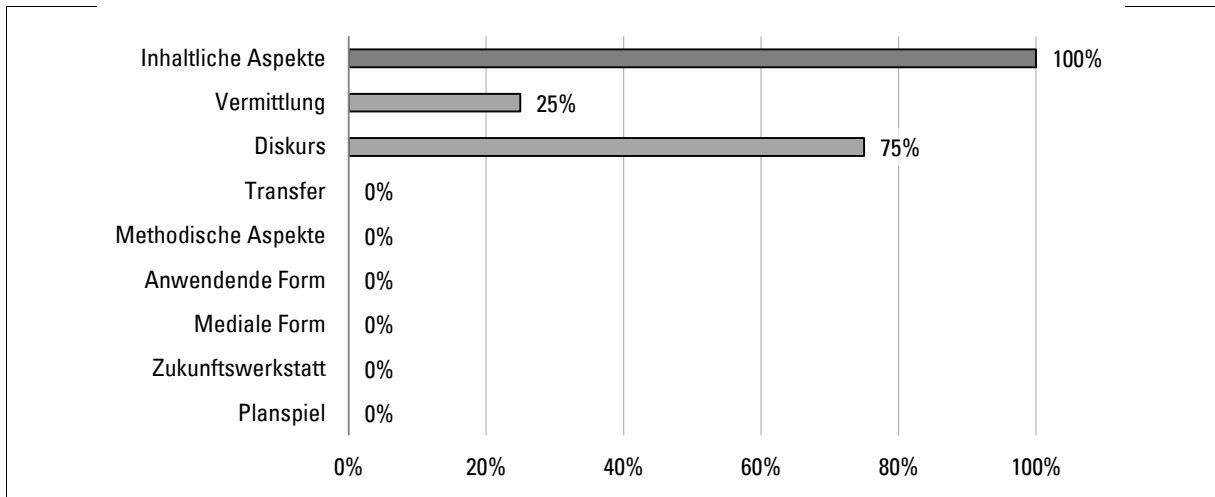


Abbildung A.3.2-13a: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II [Vernetzung und Koordination] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

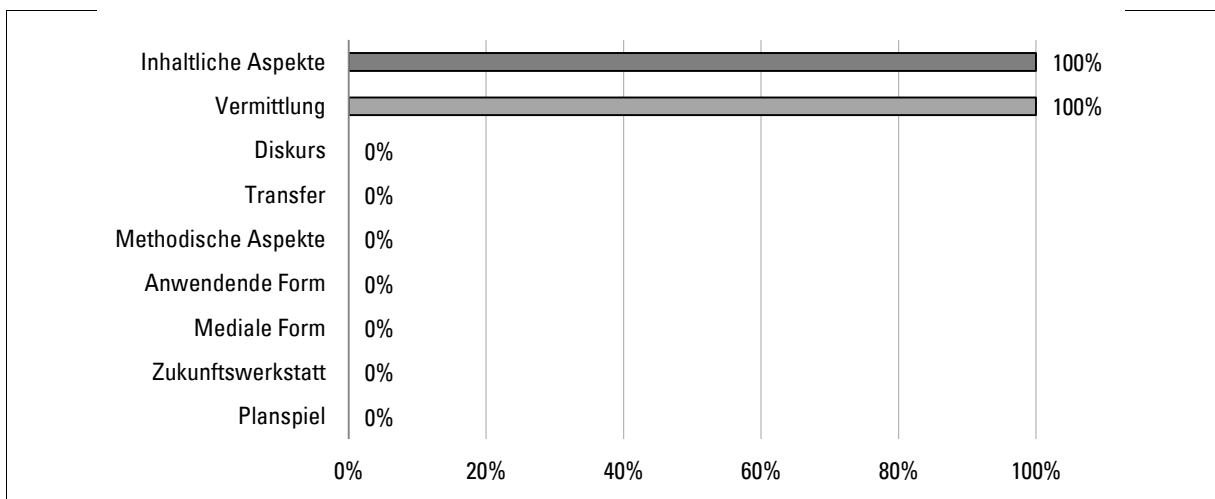


Abbildung A.3.2-13b: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Pflegemanagement II [Betriebliches Umweltmanagement] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

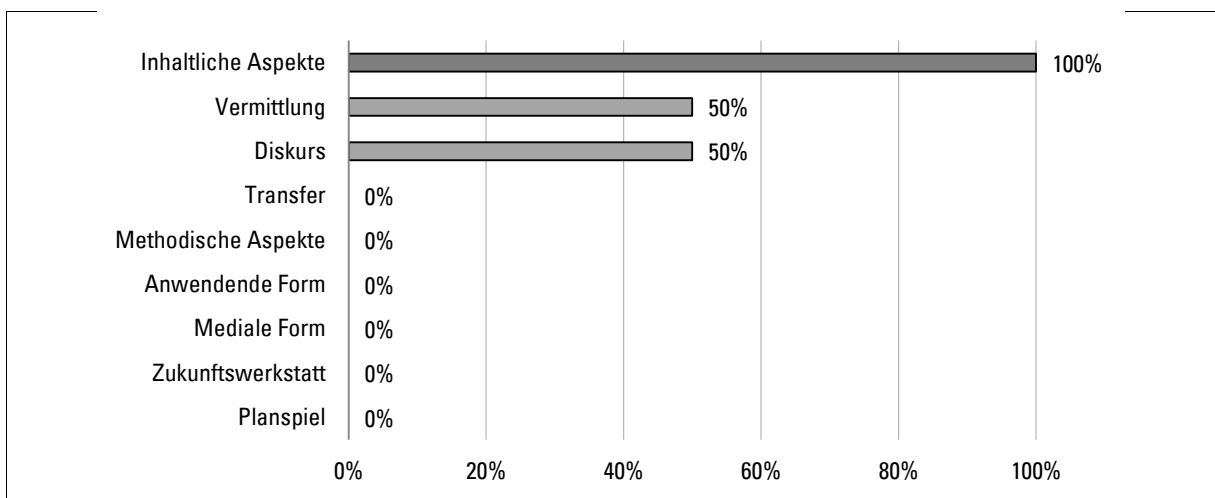


Abbildung A.3.2-14: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Empirische Studie (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

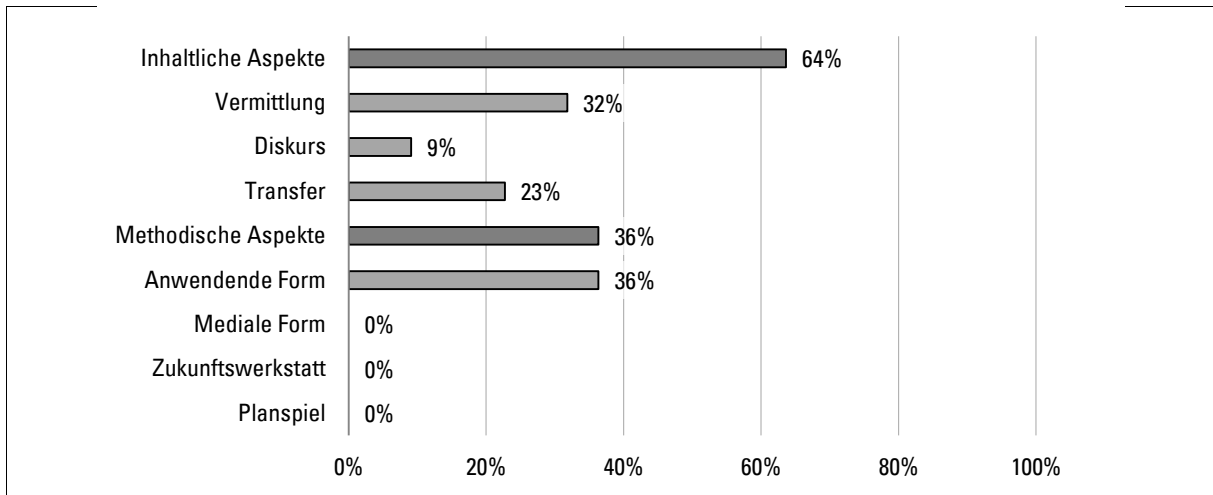


Abbildung A.3.2-15: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Informations- und Kommunikationstechnologien
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

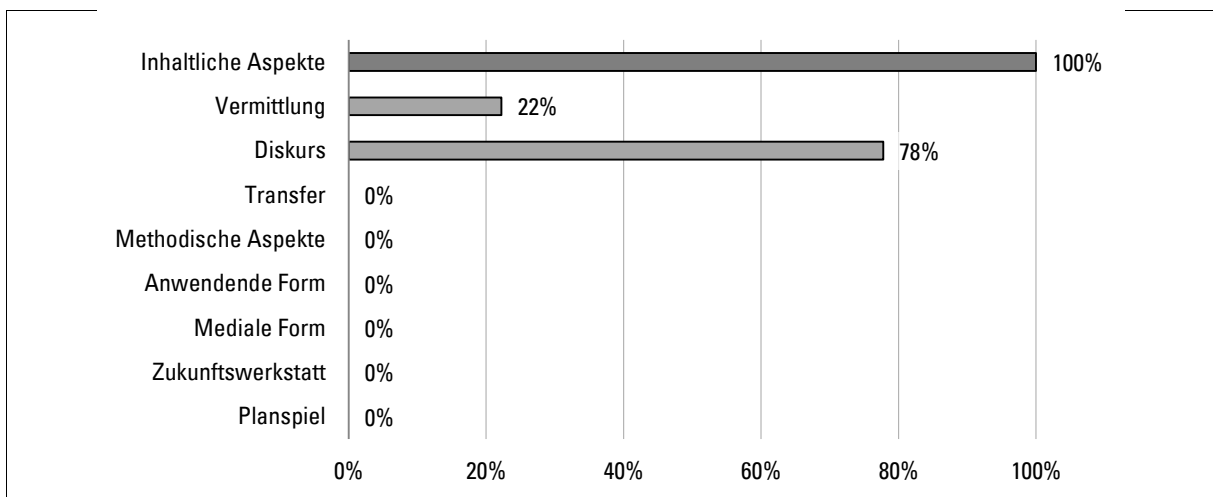


Abbildung A.3.2-16: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Arbeitswissenschaft
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

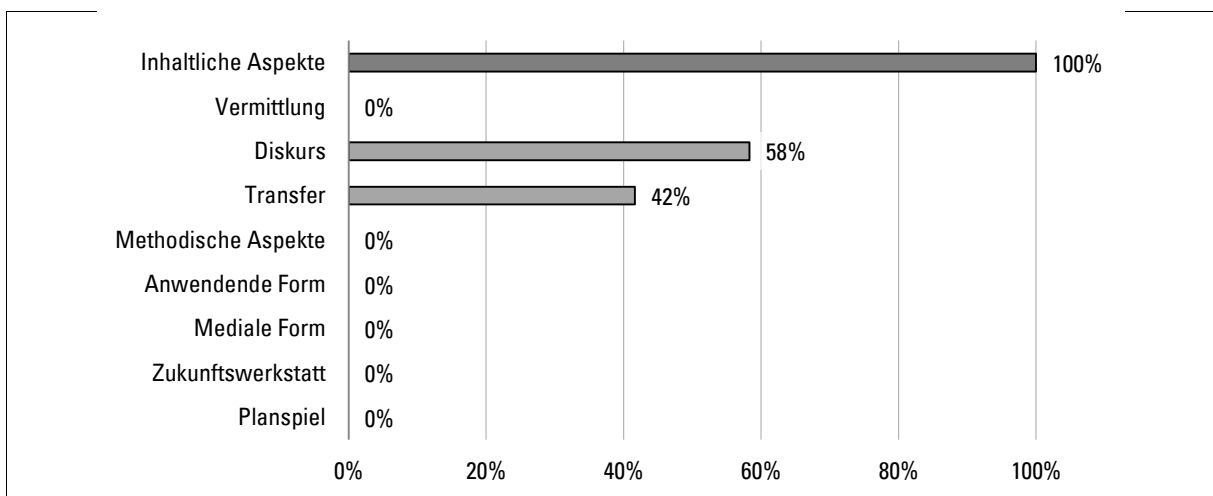


Abbildung A.3.2-17: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Personalmanagement
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

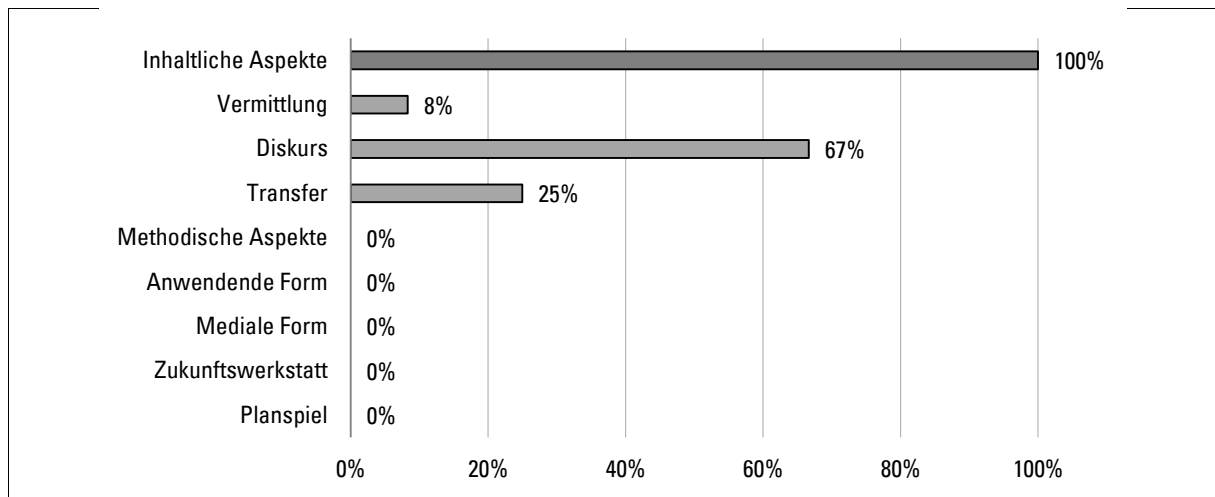


Abbildung A.3.2-18: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007b)

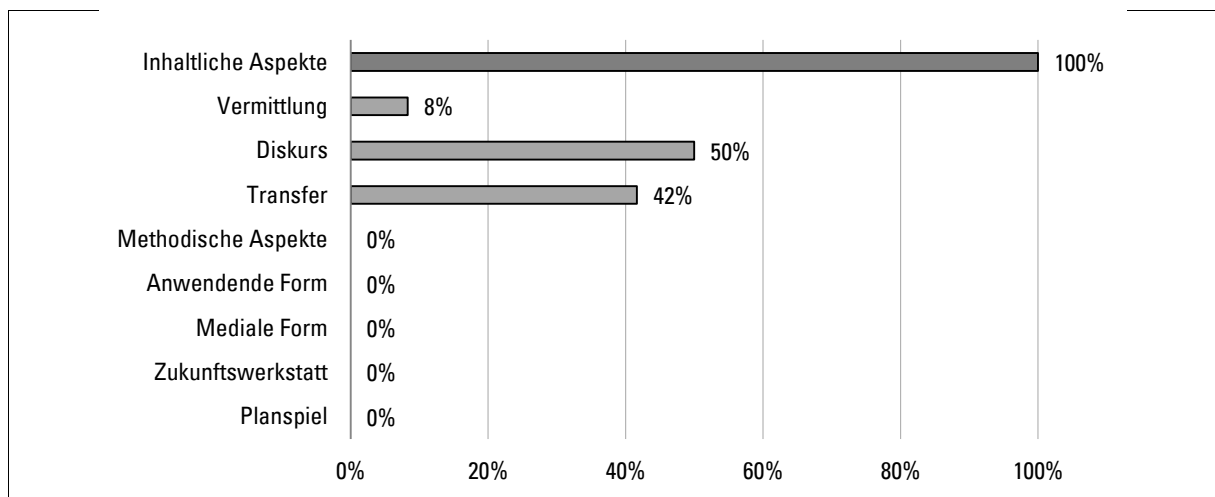


Abbildung A.3.2-19: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Wahlpflichtfach Organisationsmanagement (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

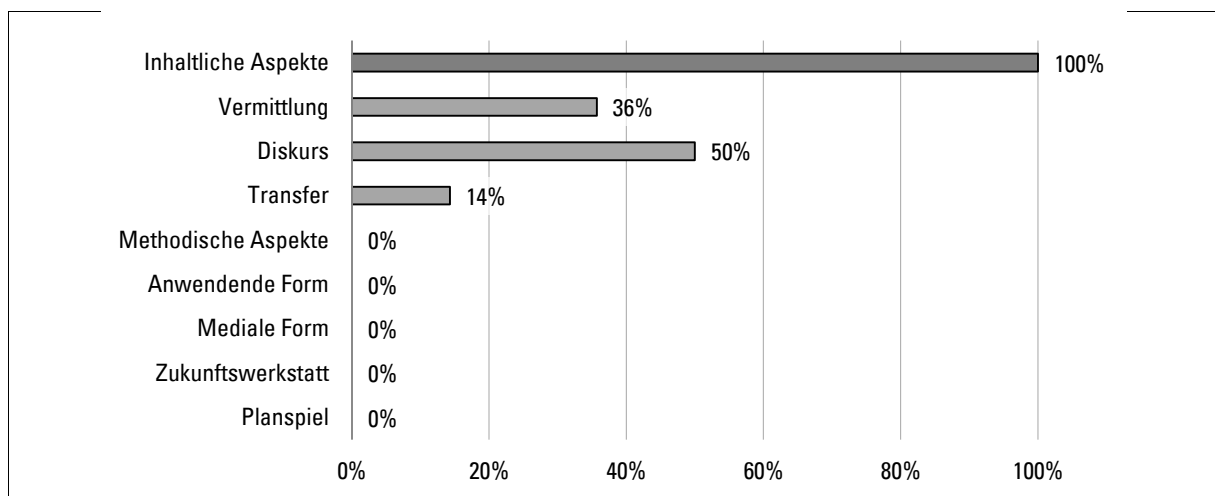


Abbildung A.3.2-20: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

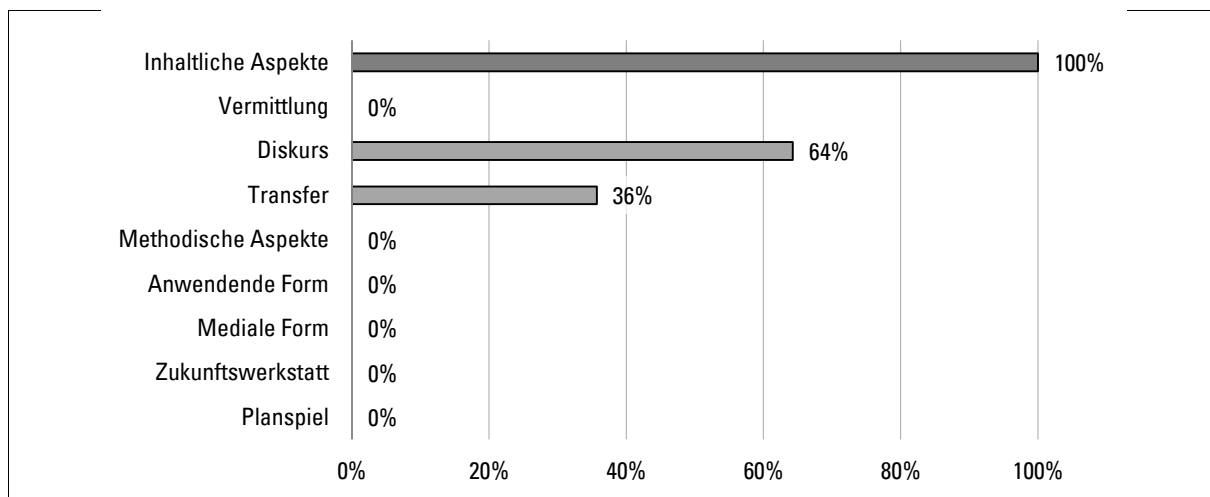


Abbildung A.3.2-21: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007b)

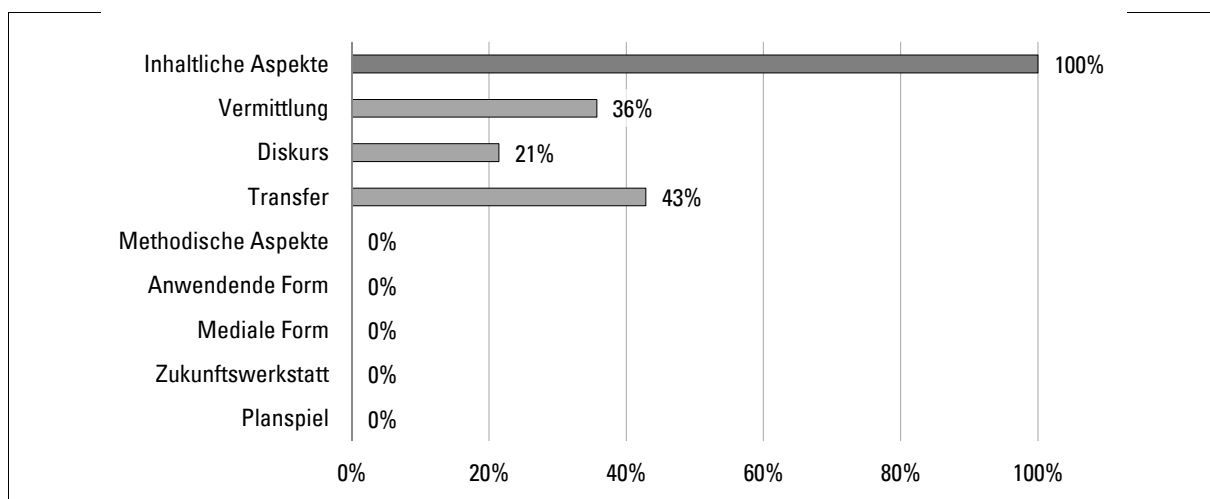


Abbildung A.3.2-22: Relativer Anteil der Präsenzstunden – Studienschwerpunkt Ambulante Dienste (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2007c)

A.3.3 Profildiagramm | Vergleich

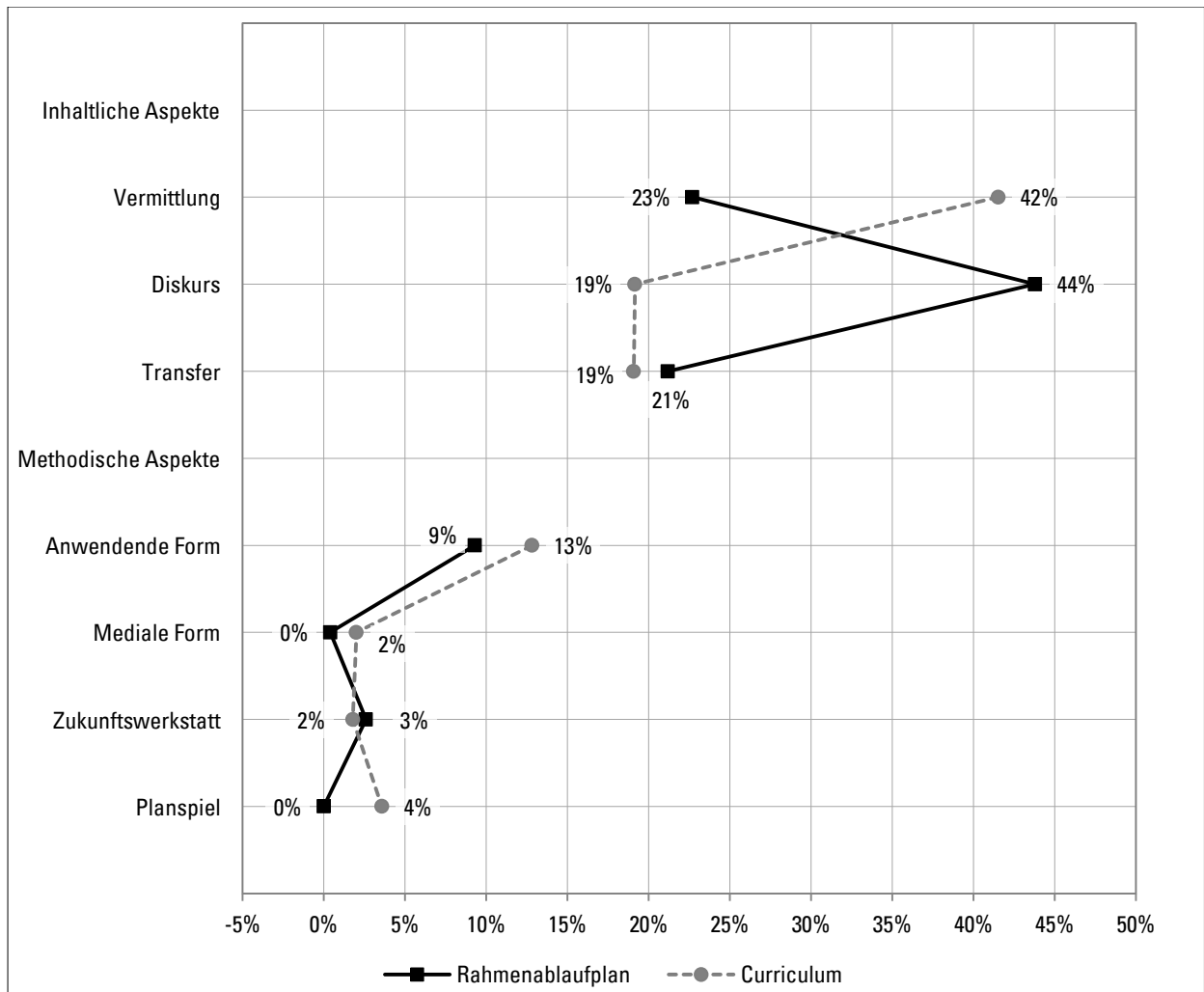


Abbildung A.3.3-1: Vergleich der Präsenzphasen – Curriculum und Rahmenablaufplan (eigene Darstellung)

A.4 Dokumentation | Ergebnisse Hausarbeitsthema

A.4.1 Häufigkeitstabellen | Projektmanagement

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflege	37	3,76
Pflegevisite	36	3,66
Sturz	30	3,05
Arbeitszeit	26	2,64
Pflegedokumentation	26	2,64
Ernährung	25	2,54
Personaleinarbeitung	25	2,54
Qualitätsmanagement	24	2,44
Beschwerdemanagement	22	2,24
Entlassungsmanagement	22	2,24
Dokumentation	18	1,83
Schmerz	18	1,83
Fortbildung	17	1,73
Personalgespräch	17	1,73
Ausbildung	16	1,63
Schulung	16	1,63
Arbeitsablauf	15	1,52
Dekubitus	15	1,52
Demenz	15	1,52
Öffentlichkeitsarbeit	15	1,52
Pflegeorganisation	15	1,52
Kundenzufriedenheit	14	1,42
Pflegestandard	14	1,42
Übergabe	14	1,42
Betreuung	13	1,32
Pflegeplanung	13	1,32
Aufnahme	12	1,22
Leitbild	12	1,22
Wund	12	1,22
Dienstplan	11	1,12
Pflegeaufwand	11	1,12
Wissensmanagement	11	1,12
Pflegediagnose	10	1,02
Wohnen	9	,91
Zertifizierung	8	,81
Case Management	7	,71
Information	7	,71
Mitarbeiterzufriedenheit	7	,71
Personaleinsatz	7	,71
Pflegeprozess	7	,71
Qualitätszirkel	7	,71
Arbeitszufriedenheit	6	,61
Beratung	6	,61
Kommunikation	6	,61
Kontinenz	6	,61
Schnittstellenmanagement	6	,61
Stellenbeschreibung	6	,61
Versorgung	6	,61
Aufgabenverteilung	5	,51
Berufliche Kompetenz	5	,51
Betten	5	,51
Marketing	5	,51
Medikament	5	,51

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Notfallmanagement	5	,51
OP	5	,51
Personalentwicklung	5	,51
Prozessmanagement	5	,51
Station	5	,51
Sterben	5	,51
Visite	5	,51
Anleitung	4	,41
Betriebliche Gesundheitsförderung	4	,41
Biografiearbeit	4	,41
Gewalt	4	,41
Gründung	4	,41
Patient	4	,41
Personalführung	4	,41
Pflegemodell	4	,41
Anamnese	3	,30
Angehörige	3	,30
Balanced Scorecard	3	,30
Besprechung	3	,30
Betriebliches Gesundheitsmanagement	3	,30
Burnout	3	,30
Daten	3	,30
Ehrenamt	3	,30
Gesundheit	3	,30
Gesundheitsförderung	3	,30
Gesundheitstag	3	,30
Hygiene	3	,30
Klinischer Pfad	3	,30
Organisation	3	,30
Patientendaten	3	,30
Patientenmanagement	3	,30
Personalbindung	3	,30
Pflegekonzept	3	,30
Pflegeleistung	3	,30
Reanimation	3	,30
Reorganisation	3	,30
Unternehmenskultur	3	,30
Zusammenlegung	3	,30
Arbeitsbelastung	2	,20
Bestellsystem	2	,20
Bewegung	2	,20
Diagnosis Related Group	2	,20
Fachkräftemangel	2	,20
Fallberatung	2	,20
Fehler	2	,20
Fehlzeit	2	,20
Führungskräfte	2	,20
Gesundheitszirkel	2	,20
Infektion	2	,20
Lebensqualität	2	,20
Palliativ	2	,20
Patientenbegleitung	2	,20
Personalpolitik	2	,20
Prävention	2	,20
Praxisanleitung	2	,20
Schlaf	2	,20
Akademisierung	1	,10
Betriebliche Eingliederung	1	,10
Betriebliches Vorschlagswesen	1	,10

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Dolmetscher	1	,10
Führung	1	,10
Führungskräfteanforderung	1	,10
Integrierte Versorgung	1	,10
Kritisches Ereignis	1	,10
Lean Management	1	,10
Management	1	,10
Marktanalyse	1	,10
Motivation	1	,10
Organisationsentwicklung	1	,10
Personal	1	,10
Personalbeurteilung	1	,10
Personaleinstellung	1	,10
Personalgewinnung	1	,10
Pflegemarkt	1	,10
Pflegereform	1	,10
Psychische Belastung	1	,10
Schwachstellenanalyse	1	,10
Stützpunkt	1	,10
Team	1	,10
Umstrukturierung	1	,10
Unternehmensfusion	1	,10
Unternehmenskommunikation	1	,10
Vergütung	1	,10
Verhandlung	1	,10
Sonstige	61	6,20
Gesamt	984	100,0

Tabelle A.4.1-1: Zentraler Themenschwerpunkt [PRO HK] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegevisite	35	3,56
Personaleinarbeitung	25	2,54
Pflegedokumentation	21	2,13
Beschwerdemanagement	20	2,03
Dokumentation	18	1,83
Qualitätsmanagement	15	1,52
Pflegestandard	14	1,42
Arbeitszeit	12	1,22
Expertenstandard Sturzprophylaxe	12	1,22
Schulung	12	1,22
Sturz	12	1,22
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	11	1,12
Pflegeplanung	11	1,12
Expertenstandard Ernährungsmanagement	10	1,02
Ernährung	9	,91
Expertenstandard Schmerzmanagement	9	,91
Pflegekomplexmaßnahmen-Score	9	,91
Zielvereinbarungsgespräch	9	,91
Bezugspflege	8	,81
Fortbildung	8	,81
Pflegeleitbild	8	,81
Betreuung	7	,71
Expertenstandard Entlassungsmanagement	7	,71

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Information	7	,71
Qualitätszirkel	7	,71
Aufnahme	6	,61
Ausbildung	6	,61
Dienstplan	6	,61
Entlassungsmanagement	6	,61
Mitarbeitergespräch	6	,61
Pflegeüberleitung	6	,61
Stellenbeschreibung	6	,61
Ablauforganisation	5	,51
Case Management	5	,51
Dienstübergabe	5	,51
Leistungserfassung	5	,51
Pflegediagnose	5	,51
Primary Nursing	5	,51
Tag der offenen Tür	5	,51
Wissensmanagement	5	,51
Wundmanagement	5	,51
Anleitung	4	,41
Arbeitszufriedenheit	4	,41
Betriebliche Gesundheitsförderung	4	,41
Biografiearbeit	4	,41
Demenz	4	,41
Expertenstandard Chronische Wunde	4	,41
Internetpräsenz	4	,41
Kommunikation	4	,41
Kundenzufriedenheit	4	,41
Pflegemodell	4	,41
Qualitätssicherung	4	,41
Schmerz	4	,41
Sterbebegleitung	4	,41
Weiterbildung	4	,41
Zertifizierung (KTQ)	4	,41
Angehörige	3	,30
Arbeitsablauf	3	,30
Beratung	3	,30
Betreutes Wohnen	3	,30
Burnout	3	,30
Dekubitus	3	,30
Expertenstandard Harnkontinenz	3	,30
Gesundheitstag	3	,30
Innerbetriebliche Fortbildung	3	,30
Mitarbeiterbefragung	3	,30
Mitarbeiterzufriedenheit	3	,30
Notfallmanagement	3	,30
Organisation	3	,30
Patientendatensystem	3	,30
Patientenmanagement	3	,30
Patientenübergabe	3	,30
Pflege	3	,30
Pflegekonzept	3	,30
Qualitätsmanagement (KTQ)	3	,30
Übergabe	3	,30
Zusammenlegung	3	,30
Aktivierung	2	,20
Angebot	2	,20

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Arbeitsprozess	2	,20
Aufnahmemanagement	2	,20
Ausbildungsstation	2	,20
Balancend Scorecard	2	,20
Barrierefreiheit	2	,20
Bereichspflege	2	,20
Betriebliches Gesundheitsmanagement	2	,20
Dienstplanerstellung	2	,20
Ehrenamt	2	,20
Expertenstandard Kontinenzförderung	2	,20
Fieberkurve	2	,20
Fixierung	2	,20
Gesundheitsförderung	2	,20
Gesundheitsverhalten	2	,20
Gesundheitszirkel	2	,20
Gewalt	2	,20
Gründung	2	,20
Gruppe	2	,20
Infektion	2	,20
Kompetenz	2	,20
Komplexbehandlung	2	,20
Kurzzeitpflege	2	,20
Lagerung	2	,20
Leistung	2	,20
Leitbild	2	,20
Marketing	2	,20
Mitarbeiterbindung	2	,20
Mitarbeiterjahresgespräch	2	,20
Motivation	2	,20
Nachtdienst	2	,20
Öffentlichkeitsarbeit	2	,20
Patientenbefragung	2	,20
Patientenbegleitung	2	,20
Patientenversorgung	2	,20
Patientenzufriedenheit	2	,20
Personaleinsatzplanung	2	,20
Pflegeanamnese	2	,20
Pflegeprozess	2	,20
Pflegeübergabe	2	,20
Praxisanleitung	2	,20
Projektmanagement	2	,20
Qualifizierung	2	,20
Reorganisation	2	,20
Schlafqualität	2	,20
Schmerzmanagement	2	,20
Schnittstellenmanagement	2	,20
Schüler leiten Station	2	,20
Seminar	2	,20
Stationsablauf	2	,20
Stationshandbuch	2	,20
Sturzprophylaxe	2	,20
Training	2	,20
Überleitung	2	,20
Umzug	2	,20
Validation	2	,20
Verblisterung	2	,20
Versorgung	2	,20
Visite	2	,20

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Weaning	2	,20
Zertifizierung	2	,20
Zusammenarbeit	2	,20
Gesamt	984	100,0

Tabelle A.4.1-2: Erster Themenschwerpunkt [PRO HK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 2 zweiter Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Qualitätssicherung	43	12,39
Demenz	13	3,75
Qualitätsmanagement	7	2,02
Pflegeprozess	6	1,73
Aufnahme	4	1,15
Betreuung	4	1,15
Pflegemodell	4	1,15
Fortbildung	3	,86
Krankenhausinformationssystem	3	,86
Pflegedokumentation	3	,86
Pflegeplanung	3	,86
Qualität	3	,86
Schulung	3	,86
Zertifizierung	3	,86
Zusammenarbeit	3	,86
Ambulanter Pflegedienst	2	,58
Anforderung	2	,58
Arbeitszufriedenheit	2	,58
Arzneimittelversorgung	2	,58
Bezugspflege	2	,58
Case Management	2	,58
Diagnosis Related Group	2	,58
Dokumentation	2	,58
Ernährung	2	,58
Information	2	,58
Innerbetriebliche Fortbildung	2	,58
Kommunikation	2	,58
Kundenzufriedenheit	2	,58
Neubau	2	,58
Öffentlichkeitsarbeit	2	,58
Pflege	2	,58
Pflegeleistung	2	,58
Pflegequalität	2	,58
Pflegestandard	2	,58
Präventionsmaßnahme	2	,58
Prozessbegleitung	2	,58
Qualitätszirkel	2	,58
Schlaganfall	2	,58
Software	2	,58
Stationsleitung	2	,58
Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege	2	,58
Wohnbereich	2	,58
Gesamt	347	100,0

Tabelle A.4.1-3: Zweiter Themenschwerpunkt [PRO HK2] – absolute und relative Häufigkeiten
[≥2 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Evaluation	32	64,00
Studie	11	22,00
Empirische Studie	2	4,00
Vergleich	2	4,00
Vorstudie	2	4,00
Bedarfsstudie	1	2,00
Gesamt	50	100,0

Tabelle A.4.1-4: Forschungsmethodischer Hinweis [PRO NK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Empirische Studie - Auswirkung	1	2,94
Evaluation - Auszubildende leiten Station	1	2,94
Evaluation - Bericht	1	2,94
Evaluation - Dienstübergabe	1	2,94
Evaluation - Effekt	1	2,94
Evaluation - Entlassungsmanagement	1	2,94
Evaluation - Händedesinfektion	1	2,94
Evaluation - Internetpräsenz	1	2,94
Evaluation - Pflegebesprechungsleitfaden	1	2,94
Evaluation - Pflegedokumentation	3	8,82
Evaluation - Pflegeerfahrung	1	2,94
Evaluation - Pflegestandard	1	2,94
Evaluation - Praxisausbildung	1	2,94
Evaluation - Qualifizierungsmaßnahme	1	2,94
Evaluation - Qualitätsinstrument	1	2,94
Evaluation - Seminar	1	2,94
Evaluation - Standard	1	2,94
Evaluation - Station	1	2,94
Evaluation - Tagespflege	1	2,94
Evaluation - Tätigkeit	1	2,94
Studie - Barrierefreiheit	1	2,94
Studie - Delegationsmöglichkeit	1	2,94
Studie - Fortbildung	1	2,94
Studie - Gewalt	1	2,94
Studie - Medikamentenvergabe	1	2,94
Studie - Patientenzufriedenheit	1	2,94
Studie - Pflegemarkt	1	2,94
Studie - Pflegevisite	1	2,94
Studie - Sturz	2	5,88
Studie - Weiterbildungsbedarf	1	2,94
Vorstudie - Leistungserfassung Pflege	1	2,94
Gesamt	34	100,0

Tabelle A.4.1-5: Forschungsmethodischer Hinweis [PRO NK1a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung	15	34,88
Fragebogen	13	30,23
Auswertung	6	13,95
Dokumentenanalyse	3	6,98
Instrument	2	4,65
Messinstrument	2	4,65
Interviewleitfaden	1	2,33
Interviewstudie	1	2,33
Gesamt	43	100,0

Tabelle A.4.1-6: Forschungsinstrumenteller Hinweis [PRO NK2] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Auswertung - Schmerzprotokolle	1	3,33
Auswertung - Sturz	1	3,33
Auswertung - Sturzprotokolle	4	13,33
Befragung - Angehörige	2	6,67
Befragung - Bewohner	1	3,33
Befragung - Kunden	3	10,00
Befragung - Patienten	1	3,33
Befragung - Personal	5	16,67
Befragung - Studierende	1	3,33
Dokumentenanalyse - Gutachten	1	3,33
Dokumentenanalyse - Protokolle	1	3,33
Dokumentenanalyse - Sturzprotokolle	1	3,33
Fragebogen - Pflegepersonal	2	6,67
Fragebogen - Wohnbereichsleitung	1	3,33
Instrument - Beschwerdeerfassung	1	3,33
Instrument - Gewaltereignis	1	3,33
Interviewleitfaden - Einstellungsgespräch	1	3,33
Messinstrument - Kundenzufriedenheit	1	3,33
Messinstrument - Patientenzuordnung	1	3,33
Gesamt	30	100,0

Tabelle A.4.1-7: Forschungsinstrumenteller Hinweis [PRO NK2a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung - Entwicklung	2	11,11
Fragebogen - Entwicklung	9	50,00
Fragebogen - Erstellung	4	22,22
Instrument - Erstellung	1	5,56
Interviewleitfaden - Entwicklung	1	5,56
Messinstrument - Implementierung	1	5,56
Gesamt	18	100,0

Tabelle A.4.1-8: Forschungsinstrumenteller Hinweis [PRO NK2b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Konzept	127	41,23
Entwicklung	59	19,16
Projekt	38	12,34
Analyse	24	7,79
Projektreflexion	11	3,57
Planung	10	3,25
Pilotprojekt	8	2,60
Projektplanung	7	2,27
Modell	5	1,62
Projektdurchführung	4	1,30
Projektanalyse	3	,97
Kritische Analyse	2	,65
Modellprojekt	2	,65
Projektkonzept	2	,65
Akzeptanz	1	,32
Auswirkung	1	,32
Kritische Reflexion	1	,32
Projektelevaluation	1	,32
Projektkritik	1	,32
Reflexion	1	,32
Gesamt	308	100,0

Tabelle A.4.1-9: Konzeptioneller Hinweis [PRO NK3] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Analyse - Gefährdung	1	,47
Analyse - Integration	1	,47
Analyse - Konsequenz	1	,47
Analyse - Rahmenbedingung	1	,47
Analyse - Sturz	1	,47
Analyse - Tätigkeit	1	,47
Analyse - Wechselzeiten	1	,47
Entwicklung - Angebot	1	,47
Entwicklung - Arbeitszeitmodell	3	1,42
Entwicklung - Aufnahmekonzept	1	,47
Entwicklung - Ausbildungshandbuch	1	,47
Entwicklung - Besuchsdienst	1	,47
Entwicklung - Betreuungskonzept	2	,94
Entwicklung - Curriculum	1	,47
Entwicklung - Dienstplanformular	1	,47
Entwicklung - Dokumentation	1	,47
Entwicklung - Dokumentationsblatt	1	,47
Entwicklung - Dokumentationsformular	1	,47
Entwicklung - Einarbeitung	1	,47
Entwicklung - Einarbeitungsmappe	1	,47
Entwicklung - Einarbeitungsverfahren	1	,47
Entwicklung - Erfassungsbogen	1	,47
Entwicklung - Expertenstandard	3	1,42
Entwicklung - Fortbildung	1	,47
Entwicklung - Fortbildungskonzept	1	,47
Entwicklung - Gesprächsleitfaden	1	,47
Entwicklung - Individualförderung	1	,47
Entwicklung - Informationsmaterial	1	,47
Entwicklung - Innerbetriebliche Fortbildung	1	,47

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Entwicklung - Leitbild	1	,47
Entwicklung - Lernzielkatalog	1	,47
Entwicklung - OP-Checkliste	1	,47
Entwicklung - Personalführung	1	,47
Entwicklung - Pflegedokumentation	1	,47
Entwicklung - Pflegeleitbild	1	,47
Entwicklung - Pflegeplanung	1	,47
Entwicklung - Pflegeplanungsmodul	1	,47
Entwicklung - Pflegestandard	4	1,89
Entwicklung - Pflegevisite	1	,47
Entwicklung - Pflegevisitenleitfaden	1	,47
Entwicklung - Pflegeplanung	1	,47
Entwicklung - Präventionsmaßnahme	1	,47
Entwicklung - Qualitätsmanagement	1	,47
Entwicklung - Schulungseinheit	1	,47
Entwicklung - Stellenbeschreibung	1	,47
Entwicklung - System	1	,47
Entwicklung - Überleitungsbogen	1	,47
Entwicklung - Überwachungsbogen	1	,47
Entwicklung - Urlaubsreise	1	,47
Entwicklung - Verfahren	1	,47
Entwicklung - Verlegungsbericht	1	,47
Entwicklung - Wissensmanagement	1	,47
Entwicklung - Zielvereinbarungsgespräch	1	,47
Konzept - Abteilung	1	,47
Konzept - Anästhesiepraktikum	1	,47
Konzept - Angehörige	1	,47
Konzept - Arzthelferinnenausbildung	1	,47
Konzept - Aufgabenverteilung	1	,47
Konzept - Ausbildungsstation	1	,47
Konzept - Auszubildendenanleitung	1	,47
Konzept - Balanced Scorecard	1	,47
Konzept - Behandlung	1	,47
Konzept - Beratungsstelle	1	,47
Konzept - Bereichsleitung	1	,47
Konzept - Beschwerdemanagement	1	,47
Konzept - Betreuung	1	,47
Konzept - Betriebliche Gesundheitsförderung	1	,47
Konzept - Bettenaufbereitung	1	,47
Konzept - Biografiearbeit	1	,47
Konzept - Brandschutz	1	,47
Konzept - Case Management	2	,94
Konzept - Datenverarbeitung	1	,47
Konzept - Didaktik	1	,47
Konzept - Dokumentation	2	,94
Konzept - Ehrenamtliche Helfer	1	,47
Konzept - Einarbeitung	15	7,08
Konzept - Einführungstag	1	,47
Konzept - Ernährung	2	,94
Konzept - Expertenstandard	1	,47
Konzept - Fortbildung	1	,47
Konzept - Gesundheitszirkel	1	,47
Konzept - Gruppe	1	,47
Konzept - Gruppenangebot	1	,47
Konzept - Hospitation	1	,47
Konzept - Hygiene	1	,47
Konzept - Kundenzufriedenheit	1	,47
Konzept - Kurzzeitpflegeeinheit	1	,47
Konzept - Lagerung	1	,47

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Konzept - Leistungsorientierte Vergütung	1	,47
Konzept - Mitarbeitervertretung	1	,47
Konzept - Palliativ Care	1	,47
Konzept - Patientenaufnahme	2	,94
Konzept - Patientenbegleitservice	1	,47
Konzept - Patientendurchlauf	1	,47
Konzept - Patienteninformationsbroschüre	1	,47
Konzept - Patientenschulung	1	,47
Konzept - Personalausfall	1	,47
Konzept - Personalbindung	1	,47
Konzept - Personalmangel	1	,47
Konzept - Pflegeberatung	1	,47
Konzept - Pflegedienstleitung	1	,47
Konzept - Pflegevisite	1	,47
Konzept - Plantafel	1	,47
Konzept - Praktikantenbetreuung	1	,47
Konzept - Prävention	1	,47
Konzept - Praxisanleitung	1	,47
Konzept - Projektmanagement	1	,47
Konzept - Psychiatrische Krankenpflege	1	,47
Konzept - Qualitätsmaßnahme	1	,47
Konzept - Qualitätszirkel	2	,94
Konzept - Schmerz	1	,47
Konzept - Schulung	4	1,89
Konzept - Selbstbestimmtes Wohnen	1	,47
Konzept - Seminar	1	,47
Konzept - Servicekräfte	1	,47
Konzept - Stationsleitungssitzung	1	,47
Konzept - Sterbebegleitung	1	,47
Konzept - Sturzprophylaxe	1	,47
Konzept - Tabakkonsum	1	,47
Konzept - Unternehmensführung	1	,47
Konzept - Veranstaltung	1	,47
Konzept - Verbesserungsprogramm	1	,47
Konzept - Weaningprotokoll	1	,47
Konzept - Wiederbelebung	1	,47
Konzept - Wohneinheit	1	,47
Konzept - Wohnraum	1	,47
Konzept - Wundversorgung	1	,47
Konzept - Zentralisierung	1	,47
Konzept - Zielvereinbarungsgespräch	3	1,42
Konzept - Zusammenarbeit	1	,47
Konzept - Zusatzjobs	1	,47
Pilotprojekt - Ablaufanalyse	1	,47
Planung - Demenzwohngruppe	1	,47
Planung - Expertenstandard	1	,47
Planung - Internetpräsenz	1	,47
Planung - Komplexbehandlung	1	,47
Planung - OP-Trakt	1	,47
Planung - Rehabilitationsstation	1	,47
Planung - Schulung	1	,47
Planung - Sportclub	1	,47
Planung - Umzug	1	,47
Projekt - Arbeitsanweisung	1	,47
Projekt - Assessmentbogen	1	,47
Projekt - Beschwerdemanagement	1	,47
Projekt - Betriebliches Gesundheitsmanagement	1	,47
Projekt - Betriebsgesundheit	1	,47
Projekt - Burnout	1	,47

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Projekt - Dokumentation	1	,47
Projekt - Dokumentationssystem	2	,94
Projekt - Entlassungsmanagement	1	,47
Projekt - Expertenstandard	3	1,42
Projekt - Führungsstruktur	1	,47
Projekt - Narkoseaufklärung	1	,47
Projekt - Patientenbegleitservice	1	,47
Projekt - Patientengesprächsleitfaden	1	,47
Projekt - Patientenmanagement	1	,47
Projekt - Patientenversorgung	1	,47
Projekt - Pflegedokumentation	1	,47
Projekt - Pflegekomplexmaßnahmen-Score	1	,47
Projekt - Pflegekonzept	1	,47
Projekt - Pflegestandard	2	,94
Projekt - Pflegevisite	4	1,89
Projekt - Präsentationsmappe	1	,47
Projekt - Qualitätsstandard	1	,47
Projekt - Training	1	,47
Projekt - Transkulturelle Kompetenzentwicklung	1	,47
Projekt - Transparenzkriterien	1	,47
Projekt - Verzicht auf Wiederbelegung	1	,47
Projekt - Warenwirtschaftssystem	1	,47
Projekt - Zertifizierung	2	,94
Projektplanung - Marketing	1	,47
Reflexion - Pflegepraktikum	1	,47
Gesamt	212	100,0

Tabelle A.4.1-10: Konzeptioneller Hinweis [PRO NK3a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Entwicklung - Ablauf	1	1,23
Entwicklung - Implementierung	1	1,23
Entwicklung - Instrument	2	2,47
Entwicklung - Katalog	1	1,23
Entwicklung - Leitlinie	2	2,47
Entwicklung - Standard	4	4,94
Entwicklung - Systematik	1	1,23
Entwicklung - Verfahrensweise	1	1,23
Konzept - Anbindung	1	1,23
Konzept - Behebung	1	1,23
Konzept - Einführung	10	12,35
Konzept - Einsatz	1	1,23
Konzept - Ermittlung	1	1,23
Konzept - Handbuch	1	1,23
Konzept - Implementierung	6	7,41
Konzept - Katalog	1	1,23
Konzept - Kennzahlen	1	1,23
Konzept - Optimierung	2	2,47
Konzept - Reduktion	1	1,23
Konzept - Tätigkeitskatalog	1	1,23
Konzept - Überarbeitung	1	1,23
Konzept - Umgestaltung	1	1,23
Konzept - Verbesserung	2	2,47
Planung - Aufbau	1	1,23

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Planung - Einführung	1	1,23
Projekt - Einführung	9	11,11
Projekt - Entwicklung	3	3,70
Projekt - Erlangung	2	2,47
Projekt - Erstellung	2	2,47
Projekt - Erstellung Film	1	1,23
Projekt - Implementierung	12	14,81
Projekt - Umsetzung	1	1,23
Projekt - Umstellung	1	1,23
Projekt - Verankerung	1	1,23
Projekt - Verbesserung	3	3,70
Gesamt	81	100,0

Tabelle A.4.1-11: Konzeptioneller Hinweis [PRO NK3b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung	335	62,15
Erstellung	54	10,02
Optimierung	21	3,90
Durchführung	18	3,34
Verbesserung	18	3,34
Erarbeitung	16	2,97
Umsetzung	14	2,60
Reorganisation	9	1,67
Gestaltung	6	1,11
Prozessoptimierung	6	1,11
Neuorganisation	5	,93
Überarbeitung	5	,93
Anpassung	4	,74
Aufbau	4	,74
Neustrukturierung	4	,74
Umstellung	4	,74
Etablierung	3	,56
Organisation	3	,56
Überprüfung	3	,56
Erprobung	2	,37
Initiierung	2	,37
Empfehlung	1	,19
Maßnahme	1	,19
Vorbereitung	1	,19
Gesamt	539	100,0

Tabelle A.4.1-12: Umsetzungsbezogener Hinweis [PRO NK4] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Arbeitszeit	2	,38
Beschwerdemanagement	6	1,13
Checkliste	1	,19
Mitarbeiterschulung	2	,38
Anpassung - Formular	1	,19
Anpassung - Prozesse	1	,19
Anpassung - Stationsablauf	1	,19
Aufbau - Besuchsdienst	1	,19
Aufbau - Codesystem	1	,19
Aufbau - Dialyseeinheit	1	,19
Aufbau - Patientendienst	1	,19
Durchführung - Audit	1	,19
Durchführung - Auszubildende leiten Station	1	,19
Durchführung - Betriebsratswahl	1	,19
Durchführung - Fortbildung	2	,38
Durchführung - Fortbildungsveranstaltung	1	,19
Durchführung - Gesundheitstag	1	,19
Durchführung - Informationsveranstaltung	1	,19
Durchführung - Mitarbeitergespräch	1	,19
Durchführung - Mitarbeiterschulung	1	,19
Durchführung - Patientengruppe	1	,19
Durchführung - Pfllegetag	1	,19
Durchführung - Reorganisation	1	,19
Durchführung - Schulung	1	,19
Durchführung - Symposium	1	,19
Durchführung - Tag der offenen Tür	1	,19
Durchführung - Trainingsprogramm	1	,19
Durchführung - Weiterbildungsmaßnahme	1	,19
Empfehlung - Öffentlichkeitsarbeit	1	,19
Erarbeitung - Ablauforganisation	1	,19
Erarbeitung - Leitfaden	1	,19
Erarbeitung - Liste	1	,19
Erarbeitung - Pflegeleitbild	2	,38
Erarbeitung - Prozessinhalt	1	,19
Erarbeitung - Standard	3	,56
Erarbeitung - Stellenbeschreibung	1	,19
Erarbeitung - Sturzprävention	1	,19
Erarbeitung - Tagesablaufplan	1	,19
Erarbeitung - Übergabegespräch	1	,19
Erarbeitung - Verfahrensanweisung	1	,19
Erarbeitung - Versorgungskonzept	1	,19
Erprobung - Primary Nursing	1	,19
Erprobung - Tätigkeitsübernahme	1	,19
Erstellung - Anamnesebogen	1	,19
Erstellung - Anforderung	1	,19
Erstellung - Anforderungsprofil	1	,19
Erstellung - Anleitung	1	,19
Erstellung - Arbeitsablaufanalyse	1	,19
Erstellung - Arbeitsmappe	1	,19
Erstellung - Blatt	1	,19
Erstellung - Bogen	5	,94
Erstellung - Checkliste	3	,56
Erstellung - Epidemieplan	1	,19
Erstellung - Handbuch	4	,75
Erstellung - Informationsbroschüre	3	,56
Erstellung - Internetpräsenz	1	,19
Erstellung - Intranetseite	1	,19
Erstellung - Katalog	2	,38
Erstellung - Klinikleitbild	1	,19

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Erstellung - Kommunikationshilfe	1	,19
Erstellung - Kompetenzleitfaden	1	,19
Erstellung - Leitbild	1	,19
Erstellung - Leitfaden	3	,56
Erstellung - Merkblatt	1	,19
Erstellung - Muster	1	,19
Erstellung - Nachschlagewerk	1	,19
Erstellung - Organisationsstandard	1	,19
Erstellung - Pflegeleitbild	2	,38
Erstellung - Pflegeplanung	1	,19
Erstellung - Pflegestandard	1	,19
Erstellung - Praxisleitfaden	1	,19
Erstellung - Projektablaufplan	1	,19
Erstellung - Protokollvorlage	1	,19
Erstellung - Prozessplanung	1	,19
Erstellung - Snoezelen-Wagen	1	,19
Erstellung - Stellenbeschreibung	1	,19
Erstellung - Tastwand	1	,19
Erstellung - Verfahrensanweisung	1	,19
Erstellung - Verfahrensstandard	1	,19
Erstellung - Verlegungsformular	1	,19
Erstellung - Weiterbildungsmodul	1	,19
Erstellung - Zeitschrift	1	,19
Etablierung - Ausbildungsstation	1	,19
Etablierung - Schmerzmanagement	1	,19
Etablierung - Wundmanagement	1	,19
Gestaltung - Bereitschaftsdienst	1	,19
Gestaltung - Dienstübergabe	1	,19
Gestaltung - Formular	1	,19
Gestaltung - Gruppenversammlungen	1	,19
Gestaltung - Lebensrettungsraum	1	,19
Gestaltung - Wohnangebot	1	,19
Implementierung - 10-Minuten-Aktivierung	1	,19
Implementierung - Ablaufstruktur	1	,19
Implementierung - Abschiedsfeier	1	,19
Implementierung - Ambulanz	1	,19
Implementierung - Arbeitszeit	4	,75
Implementierung - Arbeitszeitmodell	2	,38
Implementierung - Assessment	1	,19
Implementierung - Assessmentinstrument	1	,19
Implementierung - Aufnahmemanagement	1	,19
Implementierung - Aufnahmestation	1	,19
Implementierung - Ausbildungsskript	1	,19
Implementierung - Barcodesystem	1	,19
Implementierung - Behandlungsbesprechung	1	,19
Implementierung - Behandlungspfad	1	,19
Implementierung - Beratung	1	,19
Implementierung - Beratungszentrum	1	,19
Implementierung - Bereichspflege	1	,19
Implementierung - Beschwerdemanagement	6	1,13
Implementierung - Betreuungsgruppe	1	,19
Implementierung - Betreuungsstation	1	,19
Implementierung - Betriebliches Eingliederungsmanagement	1	,19
Implementierung - Betriebliches Gesundheitsmanagement	1	,19
Implementierung - Betriebssport	1	,19
Implementierung - Bewohnerbefragung	1	,19
Implementierung - Bezugspflege	6	1,13
Implementierung - Biografiearbeit	1	,19
Implementierung - Bogen	4	,75

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung - Bordmappe	1	,19
Implementierung - Case Management	3	,56
Implementierung - Checkliste	2	,38
Implementierung - Clinical Pathways	1	,19
Implementierung - Critical Incident Reporting System	1	,19
Implementierung - Datenbank	1	,19
Implementierung - Datenerfassung	1	,19
Implementierung - Dekubitusmanagement	1	,19
Implementierung - Dementia Care Mapping	1	,19
Implementierung - Demenzgruppe	1	,19
Implementierung - Diagnosis Related Group	1	,19
Implementierung - Dienstkleidung	1	,19
Implementierung - Dienstplan	2	,38
Implementierung - Dienstplandokumentation	1	,19
Implementierung - Dienstplanprogramm	1	,19
Implementierung - Dienstübergabe	2	,38
Implementierung - Dienstzeit	1	,19
Implementierung - Dienstplanerstellung	1	,19
Implementierung - Dokumentation	4	,75
Implementierung - Dokumentationskurve	1	,19
Implementierung - Dokumentenmanagement	1	,19
Implementierung - Dolmetscherdienst	1	,19
Implementierung - Drei-Schicht-Modell	1	,19
Implementierung - Entlassungsmanagement	3	,56
Implementierung - Ernährungsmanagement	1	,19
Implementierung - Expertenstandard	43	8,07
Implementierung - Fehlermeldung	1	,19
Implementierung - Fehlzeitenmanagement	1	,19
Implementierung - Fieberkurve	2	,38
Implementierung - Formulierungshilfe	1	,19
Implementierung - Fortbildung	1	,19
Implementierung - Fußvisite	1	,19
Implementierung - Geräteeinweisung	1	,19
Implementierung - Gesundheitstag	1	,19
Implementierung - Gesundheitszirkel	1	,19
Implementierung - Handbuch	1	,19
Implementierung - Hausbetreuung	1	,19
Implementierung - Heimbeirat	1	,19
Implementierung - Hundetherapie	1	,19
Implementierung - Infektionserfassung	1	,19
Implementierung - Informationsflyer	1	,19
Implementierung - Integrative Validation	1	,19
Implementierung - Integrative Wochenpflege	1	,19
Implementierung - Integratives Management	1	,19
Implementierung - Intranet	2	,38
Implementierung - Journal Club	1	,19
Implementierung - Katalog	2	,38
Implementierung - Kinästhetik	1	,19
Implementierung - Kiosk	1	,19
Implementierung - Klinische Pfade	1	,19
Implementierung - Konferenz	1	,19
Implementierung - Kurzzeitpflegestation	1	,19
Implementierung - Lehrvisite	1	,19
Implementierung - Leistungserfassung	2	,38
Implementierung - Leitfaden	1	,19
Implementierung - Leitlinie	2	,38
Implementierung - Manchester-Triage-System	1	,19
Implementierung - Methode	1	,19
Implementierung - Mitarbeitergespräch	5	,94

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung - Monitoring	1	,19
Implementierung - Notaufnahme	1	,19
Implementierung - Nursing Delirium Screening Scale	1	,19
Implementierung - OP-Abdeckset	1	,19
Implementierung - Patientenakte	1	,19
Implementierung - Patientenarmband	1	,19
Implementierung - Patientendatensystem	2	,38
Implementierung - Patientendokumentation	1	,19
Implementierung - Patientenklassifikationssystem	1	,19
Implementierung - Patientenmanagement	1	,19
Implementierung - Pausenzeiten	1	,19
Implementierung - Personaleinsatzplanung	1	,19
Implementierung - Personalpflegemaßnahme	1	,19
Implementierung - Personalrotation	1	,19
Implementierung - Persönliche Assistenz	1	,19
Implementierung - Pflegediagnose	1	,19
Implementierung - Pflegeanamnese	1	,19
Implementierung - Pflegediagnose	4	,75
Implementierung - Pflegedokumentation	8	1,50
Implementierung - Pflegekategorienmodul	1	,19
Implementierung - Pflegekomplexmaßnahmen-Score	8	1,50
Implementierung - Pflegekonzept	3	,56
Implementierung - Pflegemodell	3	,56
Implementierung - Pflegeplanung	8	1,50
Implementierung - Pflegeprozess	2	,38
Implementierung - Pflegestandard	8	1,50
Implementierung - Pflegestützpunkt	1	,19
Implementierung - Pflegeübergabe	2	,38
Implementierung - Pflegevisite	21	3,94
Implementierung - Primary Nursing	4	,75
Implementierung - Projektmanagement	1	,19
Implementierung - Qualifikationsmix	1	,19
Implementierung - Qualitätselement	1	,19
Implementierung - Qualitätsmanagement	7	1,31
Implementierung - Qualitätsmaßnahme	1	,19
Implementierung - Qualitätssicherung	1	,19
Implementierung - Qualitätszirkel	6	1,13
Implementierung - Schichtmodell	1	,19
Implementierung - Schichtübergabe	1	,19
Implementierung - Schlafmittelalternativen	1	,19
Implementierung - Schmerzdienst	1	,19
Implementierung - Schmerzerfassungsinstrument	1	,19
Implementierung - Schmerzmanagement	1	,19
Implementierung - Schulung	2	,38
Implementierung - Software	1	,19
Implementierung - Sprechstunde	1	,19
Implementierung - Springerpool	1	,19
Implementierung - Standard	6	1,13
Implementierung - Standardisierung	1	,19
Implementierung - Stationsassistenz	1	,19
Implementierung - Stationshandbuch	2	,38
Implementierung - Stellenbeschreibung	1	,19
Implementierung - Sterbebegleitung	1	,19
Implementierung - Telemetrie	1	,19
Implementierung - Therapeutic Intervention Scoring System	1	,19
Implementierung - Tool	1	,19
Implementierung - Übergabe	1	,19
Implementierung - Validation	2	,38
Implementierung - Validative Pflege	1	,19

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung - Verblisterung	1	,19
Implementierung - Verfahrensanweisung	3	,56
Implementierung - Visitenstandard	1	,19
Implementierung - Weaningmanagement	1	,19
Implementierung - Weaningprotokoll	1	,19
Implementierung - Website	1	,19
Implementierung - Wissensmanagement	2	,38
Implementierung - Wohngruppe	1	,19
Implementierung - Wunddokumentation	1	,19
Implementierung - Wundmanagement	2	,38
Implementierung - Wundstandard	2	,38
Implementierung - Zertifizierungsverfahren	2	,38
Implementierung - Zielvereinbarung	2	,38
Implementierung - Zielvereinbarungsgespräch	2	,38
Implementierung - Zwischendienst	1	,19
Initiierung - Beschwerdemanagement	1	,19
Initiierung - Mitarbeiterzeitung	1	,19
Maßnahme - Energieeffizienz	1	,19
Neuorganisation - Abteilung	1	,19
Neuorganisation - Formularwesen	1	,19
Neuorganisation - Frühdienst	1	,19
Neuorganisation - Nachtdienst	1	,19
Neuorganisation - Visite	1	,19
Neustrukturierung - Angebot	1	,19
Neustrukturierung - Dienstübergabe	1	,19
Neustrukturierung - Reanimationsablauf	1	,19
Neustrukturierung - Stationsablauf	1	,19
Optimierung - Ablauf	3	,56
Optimierung - Ablauforganisation	3	,56
Optimierung - Aufnahme	1	,19
Optimierung - Diabetesbetreuung	1	,19
Optimierung - Dienstübergabe	1	,19
Optimierung - Einsatz	1	,19
Optimierung - Fortbildung	1	,19
Optimierung - Kodierung	1	,19
Optimierung - OP-Prozessablauf	1	,19
Optimierung - Patientenaufnahme	1	,19
Optimierung - Personaleinsatz	1	,19
Optimierung - Pflegeplanung	1	,19
Optimierung - Pflegeprozess	1	,19
Optimierung - Seminar	1	,19
Optimierung - Token-Programm	1	,19
Organisation - Betriebsausflug	1	,19
Prozessoptimierung - Ablaufpfad	1	,19
Prozessoptimierung - Bettenkapazität	1	,19
Prozessoptimierung - Notaufnahme	1	,19
Prozessoptimierung - Patientenaufnahme	1	,19
Prozessoptimierung - Pflegeanamnese	1	,19
Prozessoptimierung - Zusammenarbeit	1	,19
Reorganisation - Arbeitsablauf	1	,19
Reorganisation - Aufnahmemanagement	1	,19
Reorganisation - Beratungsbesuche	1	,19
Reorganisation - Bestelllogistik	1	,19
Reorganisation - Bestellsystem	1	,19
Reorganisation - Bewerbung	1	,19
Reorganisation - Notfallmanagement	1	,19
Reorganisation - Patientenmanagement	1	,19
Reorganisation - Personaleinsatz	1	,19
Überarbeitung - Arbeitsanweisung	1	,19

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Überarbeitung - Beschwerdemanagement	1	,19
Überarbeitung - Bogen	1	,19
Überarbeitung - Pflegedokumentation	1	,19
Überarbeitung - Stellenbeschreibung	1	,19
Überprüfung - Ersteinschätzungsverfahren	1	,19
Überprüfung - Wissensstand	2	,38
Umsetzung - Begutachtungspraxis	1	,19
Umsetzung - Bezugspflege	1	,19
Umsetzung - Expertenstandard	3	,56
Umsetzung - Gymnastikkurs	1	,19
Umsetzung - Leitlinie	1	,19
Umsetzung - Lerneinheiten	1	,19
Umsetzung - Marketingstrategie	1	,19
Umsetzung - Milieugestaltung	1	,19
Umsetzung - Pflegeleitbild	1	,19
Umsetzung - Standard	1	,19
Umsetzung - Tagespflege	1	,19
Umstellung - Bettenmanagement	1	,19
Umstellung - Dekubitusdokumentation	1	,19
Umstellung - Dienstplan	1	,19
Umstellung - Dokumentationssystem	1	,19
Verbesserung - Ablauforganisation	1	,19
Verbesserung - Anleitung	1	,19
Verbesserung - Arbeitszeit	1	,19
Verbesserung - Beschwerdewesen	1	,19
Verbesserung - Ernährungssituation	2	,38
Verbesserung - Information	1	,19
Verbesserung - Kommunikation	2	,38
Verbesserung - Orientierung	1	,19
Verbesserung - Pflegedokumentation	2	,38
Verbesserung - Schmerzdokumentation	1	,19
Verbesserung - Schnittstelle	1	,19
Verbesserung - Speisen	1	,19
Verbesserung - Teamsitzung	1	,19
Verbesserung - Transparenz	1	,19
Vorbereitung - Zertifizierung	1	,19
Gesamt	533	100,0

Tabelle A.4.1-13: Umsetzungsbezogener Hinweis [PRO NK4a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Mitarbeitereinarbeitung	1	1,39
Pflegeplanung	1	1,39
Software	1	1,39
Anpassung - Pflegedokumentation	1	1,39
Durchführung - Demenzexperte	1	1,39
Durchführung - Dokumentation	1	1,39
Erarbeitung - Lagerung	1	1,39
Erarbeitung - Patientensicherheit	1	1,39
Erarbeitung - Pflegebesprechung	1	1,39
Erarbeitung - Pflegedokumentation	1	1,39
Erarbeitung - Selbstpfleegerfordernis	1	1,39
Erstellung - Aufwachraum	1	1,39
Erstellung - Beratung	1	1,39

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Erstellung - Betreuung	1	1,39
Erstellung - Bezugspflege	1	1,39
Erstellung - Einarbeitung	4	5,56
Erstellung - Fixierung	1	1,39
Erstellung - Fortbildung	1	1,39
Erstellung - Originaldaten	1	1,39
Erstellung - Personaleinsatzplanung	1	1,39
Erstellung - Pflege	1	1,39
Erstellung - Pflegekriterien	1	1,39
Erstellung - Pflegeüberleitung	2	2,78
Erstellung - Pflegevisite	2	2,78
Erstellung - Präventionsangebot	1	1,39
Erstellung - Psychiatrische Pflege	1	1,39
Erstellung - Qualitätsmanagement	2	2,78
Erstellung - Sekretmanagement	1	1,39
Erstellung - Stationsleitung	1	1,39
Erstellung - Sturzprophylaxe	1	1,39
Erstellung - Zielvereinbarungsgespräch	1	1,39
Implementierung - Akutschmerztherapie	1	1,39
Implementierung - Arbeitsprozess	1	1,39
Implementierung - Beschäftigung	1	1,39
Implementierung - Betreuungsdokumentation	1	1,39
Implementierung - Dokumentation	1	1,39
Implementierung - Ernährung	1	1,39
Implementierung - Fallbesprechung	1	1,39
Implementierung - Fixierung	1	1,39
Implementierung - Klienten	1	1,39
Implementierung - Kontinenz	1	1,39
Implementierung - Lipidapherese	1	1,39
Implementierung - Mitarbeiterbeurteilung	1	1,39
Implementierung - Mundpflege	1	1,39
Implementierung - Notfallwagen	1	1,39
Implementierung - Patienteneinschätzung	1	1,39
Implementierung - Patientenübergabe	1	1,39
Implementierung - Pflegeüberleitung	1	1,39
Implementierung - Psychiatriepflege	1	1,39
Implementierung - Sturzprophylaxe	1	1,39
Implementierung - Suizidprävention	1	1,39
Implementierung - Überleitung	1	1,39
Implementierung - Unterweisung	1	1,39
Implementierung - Wundversorgung	1	1,39
Neuorganisation - Krankenhaus	1	1,39
Optimierung - Dialyseeinheit	1	1,39
Optimierung - Notfallteam	1	1,39
Optimierung - OP-Vorbereitung	1	1,39
Überarbeitung - Beurteilung	1	1,39
Überarbeitung - Entlassungsmanagement	1	1,39
Umsetzung - Curriculum	1	1,39
Umsetzung - Infektionsvermeidung	1	1,39
Umsetzung - Notfallmanagement	1	1,39
Verbesserung - Auszubildende	1	1,39
Verbesserung - Bildungszentrum	1	1,39
Verbesserung - Pflegeleistungen	1	1,39
Gesamt	72	100,0

Tabelle A.4.1-14: Umsetzungsbezogener Hinweis [PRO NK4b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Personal	40	20,41
Patienten	36	18,37
Pflegepersonal	30	15,31
Demenzkranke	20	10,20
Auszubildende	19	9,69
Bewohner	12	6,12
Angehörige	7	3,57
Führungskräfte	7	3,57
Behinderte	5	2,55
Ältere	3	1,53
Senioren	3	1,53
Fachkräfte	2	1,02
Kunden	2	1,02
Pflegehilfspersonal	2	1,02
Servicepersonal	2	1,02
Teilnehmer	2	1,02
Ärzte	1	,51
Besucher	1	,51
Bundesfreiwilligendienst	1	,51
Freiwilliges Soziales Jahr	1	,51
Gesamt	196	100,0

Tabelle A.4.1-15: Adressatenbezogener Hinweis [PRO NK5] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Angehörige - Demenzkranke	1	1,27
Angehörige - pflegende	2	2,53
Auszubildende - Altenpflege	2	2,53
Auszubildende - Heilerziehungspflege	1	1,27
Auszubildende - Krankenpflege	8	10,13
Auszubildende - Operationstechnische Assistenz	1	1,27
Auszubildende - Pflege	3	3,80
Behinderte - Kinder	1	1,27
Besucher - Patienten	1	1,27
Bewohner - gerontopsychiatrische	1	1,27
Demenzkranke - Bewohner	4	5,06
Demenzkranke - Patienten	4	5,06
Fachkräfte - gerontopsychiatrische	1	1,27
Fachkräfte - medizinische	1	1,27
Führungskräfte - Abteilungsleitung	1	1,27
Führungskräfte - Mittlere Ebene	1	1,27
Führungskräfte - Pflegeleitung	1	1,27
Führungskräfte - Stationsleitung	1	1,27
Patienten - Akutpflege	1	1,27
Patienten - arabische	1	1,27
Patienten - Beatmung	2	2,53
Patienten - Chemo	1	1,27
Patienten - Dialyse	1	1,27
Patienten - gerontopsychiatrische	1	1,27
Patienten - Hospitalisierungsrisiko	1	1,27
Patienten - infektiöse	1	1,27
Patienten - Intensiv	1	1,27
Patienten - Langzeit	1	1,27
Patienten - neurochirurgische	1	1,27

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Patienten - Schaftfrakturen	1	1,27
Patienten - Schlafapnoesyndrom	1	1,27
Personal - Altenpflege	1	1,27
Personal - Anästhesie	1	1,27
Personal - berufserfahrenes	1	1,27
Personal - Dialyse	1	1,27
Personal - Endoskopie	1	1,27
Personal - Intensiv	2	2,53
Personal - Krankenhaus	1	1,27
Personal - Nachtdienst	1	1,27
Personal - Nephrologie	1	1,27
Personal - OP	3	3,80
Personal - Operationstechnische Assistenz	1	1,27
Personal - Pflege	2	2,53
Personal - Rettungsdienst	1	1,27
Personal - Teilschicht	1	1,27
Pflegehilfspersonal - Nachtdienst	1	1,27
Pflegepersonal - Anästhesie	1	1,27
Pflegepersonal - ausländisches	1	1,27
Pflegepersonal - Intensiv	5	6,33
Pflegepersonal - OP	1	1,27
Pflegepersonal - Rehabilitation	1	1,27
Teilnehmer - Fortbildung	2	2,53
Gesamt	79	100,0

Tabelle A.4.1-16: Adressatenbezogener Hinweis [PRO NK5a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegemodell	8	24,24
Salutogenese	6	18,18
Pflegewissenschaft	3	9,09
Fördernde Prozesspflege	2	6,06
Integrative Validation	2	6,06
St. Galler Managementmodell	2	6,06
Basale Stimulation	1	3,03
Burnout	1	3,03
Interaktionsmodell	1	3,03
Interaktionstheorie	1	3,03
Lebenswelt	1	3,03
Multimodales Interview	1	3,03
Prozessmodell	1	3,03
Rolle	1	3,03
Transkulturalität	1	3,03
Wissensmanagementmodell	1	3,03
Gesamt	33	100,0

Tabelle A.4.1-17: Wissenschaftsbezogener Hinweis [PRO NK6] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Burnout - Edelwich	1	5,00
Fördernde Prozesspflege - Krohwinkel	2	10,00
Integrative Validation - Richard	2	10,00
Interaktionsmodell - Peplau	1	5,00
Interaktionstheorie - Mead	1	5,00
Multimodales Interview - Schuler	1	5,00
Pflegemodell - Böhm	2	10,00
Pflegemodell - Krohwinkel	3	15,00
Pflegemodell - Roper, Thierney, Logan	1	5,00
Prozessmodell - Greiling, Hofstetter	1	5,00
Salutogenese - Antonovsky	4	20,00
Wissensmanagementmodell - Probst, Raub, Romhardt	1	5,00
Gesamt	20	100,0

Tabelle A.4.1-18: Wissenschaftsbezogener Hinweis [PRO NK6a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Krankenhaus	78	11,08
Klinik	72	10,23
Station	60	8,52
Ambulanter Pflegedienst	39	5,54
Intensivstation	34	4,83
Pflegedienst	22	3,13
Stationäre Altenpflegeeinrichtung	19	2,70
Abteilung	17	2,41
Stationäre Pflegeeinrichtung	17	2,41
OP	16	2,27
Stationen	16	2,27
Altenpflegeheim	15	2,13
Stationäre Altenpflege	13	1,85
Kliniken	11	1,56
Stationäre Altenhilfeeinrichtung	11	1,56
Sozialstation	10	1,42
Seniorenzentrum	8	1,14
Ambulante Pflege	7	,99
Pflegeeinrichtung	7	,99
Rehabilitationsklinik	7	,99
Stadt	7	,99
Altenzentrum	6	,85
Pflegeheim	6	,85
Stationäre Pflegeeinrichtungen	6	,85
Wohnbereich	6	,85
Ambulante Pflegedienste	5	,71
Aufnahmestation	5	,71
Intensivpflege	5	,71
Seniorenresidenz	5	,71
Altenpflege	4	,57
Intensivstationen	4	,57
Krankenhäuser	4	,57
Altenheim	3	,43
Ambulanter Dienst	3	,43
Aufnahme	3	,43
Chirurgie	3	,43
Haus	3	,43

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Intensivbereich	3	,43
Pflegeeinrichtungen	3	,43
Seniorenwohnheim	3	,43
Stationäre Krankenversorgung	3	,43
Stift	3	,43
Wohnheim	3	,43
Altenpflegeeinrichtung	2	,28
Ambulante Dialyseeinrichtung	2	,28
Ambulante Krankenpflege	2	,28
Ambulante Pflegeeinrichtung	2	,28
Ambulantes OP-Zentrum	2	,28
Ambulanz	2	,28
Anästhesiepflege	2	,28
Arztpraxis	2	,28
Dialyse	2	,28
Dialysezentrum	2	,28
Geriatric	2	,28
Gerontopsychiatrie	2	,28
Häusliche Krankenpflege	2	,28
Klinikverbund	2	,28
Notaufnahmezentrum	2	,28
Palliativstation	2	,28
Pflegewohnheim	2	,28
Psychiatrie	2	,28
Rehabilitationszentrum	2	,28
Stationäre Altenhilfe	2	,28
Stationäre Einrichtung	2	,28
Stationäre Einrichtungen	2	,28
Tagesklinik	2	,28
Tagespflege	2	,28
Tagespflegeeinrichtung	2	,28
Wohnbereiche	2	,28
Zentrum	2	,28
Gesamt	704	100,0

Tabelle A.4.1-19: Anwendungsbezogener Hinweis [PRO NK7] – absolute und relative Häufigkeiten
[≥2 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Abteilung - Klinik	4	2,82
Abteilung - Krankenhaus	6	4,23
Abteilungen - Krankenhaus	1	,70
Ambulante Krankenpflege - Stadt	1	,70
Ambulante Pflegedienste - Stadt	1	,70
Ambulanter Dienst - Seniorenzentrum	1	,70
Ambulanter Pflegedienst - Krankenhaus	1	,70
Ambulanter Pflegedienst - Seniorenresidenz	1	,70
Aufnahme - Krankenhaus	1	,70
Aufnahmestation - Krankenhaus	1	,70
Berufsverband Pflege - Landesverband	1	,70
Bildungszentrum - Altenhilfe	1	,70
Chirurgie - Klinik	1	,70
Chirurgie - Krankenhaus	1	,70
Fachbereiche - Kliniken	1	,70
Förderzentrum - Geistige Entwicklung	1	,70

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Gerontopsychiatrie - Klinik	1	,70
Gerontopsychiatrie - Krankenhaus	1	,70
Haus - Stiftung	1	,70
Intensivbereich - Klinik	1	,70
Intensivpflege - Frührehabilitation	1	,70
Intensivpflege - Klinik	2	1,41
Intensivstation - Klinik	8	5,63
Intensivstation - Krankenhaus	6	4,23
Intensivstationen - Klinik	1	,70
Intensivstationen - Kliniken	2	1,41
Intensivstationen - Stadt	1	,70
Intensivzentrum - Krankenhaus	1	,70
Krankenhäuser - Kreis	1	,70
Krankenhäuser - Stadt	1	,70
Krankenhäuser - Verbund	1	,70
Krankenversicherung - Land	1	,70
Labor - Kliniken	1	,70
OP - Klinik	3	2,11
OP - Krankenhaus	2	1,41
Palliativstation - Krankenhaus	1	,70
Pflegedienst - Klinik	4	2,82
Pflegedienst - Kliniken	1	,70
Pflegedienst - Krankenhaus	4	2,82
Pflegedienst - Seniorenzentrum	1	,70
Pflegedienst - Stationäre Einrichtungen	1	,70
Pflegeeinrichtungen - Kreis	1	,70
Pflegeeinrichtungen - Land	1	,70
Pflegeheim - Klinik	1	,70
Radiologie - Klinik	1	,70
Station - Altenpflege	1	,70
Station - Altenpflegeheim	2	1,41
Station - Ambulante Pflege	3	2,11
Station - Herzzentrum	1	,70
Station - Klinik	19	13,38
Station - Krankenhaus	12	8,45
Station - Langzeitpflegeeinrichtung	1	,70
Station - Rehabilitationsklinik	1	,70
Stationäre Altenpflegeeinrichtungen - Stadt	1	,70
Stationäre Krankenpflege - Klinik	1	,70
Stationäre Pflegeeinrichtungen - Stadt	1	,70
Stationen - Klinik	7	4,93
Stationen - Kliniken	1	,70
Stationen - Krankenhaus	5	3,52
Tagesklinik - Kinderpsychiatrie	1	,70
Tagespflege - Altenhilfezentrum	1	,70
Wohnbereich - Altenheim	1	,70
Wohnbereich - Altenpflegeeinrichtung	1	,70
Wohnbereich - Altenzentrum	1	,70
Wohnbereich - Pflegeeinrichtung	1	,70
Wohnbereich - Seniorenpark	1	,70
Wohnbereich - Seniorenresidenz	1	,70
Wohnbereiche - Seniorenheim	1	,70
Zentrum - Ambulante Pflege	1	,70
Gesamt	142	100,0

Tabelle A.4.1-20: Anwendungsbezogener Hinweis [PRO NK7a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 8 Berufsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Altenpflege	5	55,56
Krankenpflege	2	22,22
Pflege	2	22,22
<i>Gesamt</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>

Tabelle A.4.1-21: Berufsbezogener Hinweis [PRO NK8] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

A.4.2 Häufigkeitstabellen | Empirische Studie

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Kundenzufriedenheit	56	7,49
Pflege	38	5,08
Pflegedokumentation	31	4,14
Qualitätsmanagement	28	3,74
Fortbildung	25	3,34
Arbeitsbelastung	22	2,94
Mitarbeiterzufriedenheit	22	2,94
Sturz	17	2,27
Berufliche Kompetenz	16	2,14
Ausbildung	15	2,01
Schmerz	15	2,01
Arbeitszufriedenheit	14	1,87
Versorgung	13	1,74
Entlassungsmanagement	12	1,60
Ernährung	11	1,47
Psychische Belastung	11	1,47
Öffentlichkeitsarbeit	9	1,20
Personalführung	9	1,20
Betreuung	8	1,07
Dekubitus	8	1,07
Mitarbeitergesundheit	8	1,07
Pflegeberuf	8	1,07
Pflegediagnose	8	1,07
Prozessmanagement	8	1,07
Unternehmenskommunikation	8	1,07
Arbeitszeit	7	,94
Demenz	7	,94
Visite	7	,94
Altenpflegeheim	6	,80
Aufnahme	6	,80
Beratung	6	,80
Beschwerdemanagement	6	,80
Burnout	6	,80
Führungskräfteanforderung	6	,80
Information	6	,80
Marketing	6	,80
Personalgespräch	6	,80
Pflegekonzept	6	,80
Angehörige	5	,67
Betriebliche Gesundheitsförderung	5	,67
Daten	5	,67
Dokumentation	5	,67
Gesundheit	5	,67

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Gewalt	5	,67
Leitbild	5	,67
Mitarbeiterbefragung	5	,67
Pflegeaufwand	5	,67
Unternehmenskultur	5	,67
Wissensmanagement	5	,67
Arbeitsfähigkeit	4	,53
Aufgabenverteilung	4	,53
Dienstplan	4	,53
Palliativ	4	,53
Personalentwicklung	4	,53
Pflegeleistung	4	,53
Pflegeorganisation	4	,53
Wohnen	4	,53
Zertifizierung	4	,53
Akademisierung	3	,40
Altenpflegeheiminzug	3	,40
Berufsmotivation	3	,40
Ehrenamt	3	,40
Führungskräfte	3	,40
Lebensqualität	3	,40
Patientendaten	3	,40
Personalmanagement	3	,40
Pflegeplanung	3	,40
Pflegeprozess	3	,40
Praxisanleitung	3	,40
Professionalisierung	3	,40
Schnittstellenmanagement	3	,40
Sterben	3	,40
Team	3	,40
Übergabe	3	,40
Wund	3	,40
Altern	2	,27
Anreiz	2	,27
Arbeitsanalyse	2	,27
Balanced Scorecard	2	,27
Betten	2	,27
Case Management	2	,27
Dienstleistung	2	,27
Dolmetscher	2	,27
Einweg	2	,27
Fehler	2	,27
Fehlzeit	2	,27
Gesundheitsförderung	2	,27
Klinischer Pfad	2	,27
Kundenbefragung	2	,27
Motivation	2	,27
Personalauswahl	2	,27
Personalbeurteilung	2	,27
Pflegeaufgabe	2	,27
Pflegebedarf	2	,27
Pflegemanagement	2	,27
Planung	2	,27
Projektmanagement	2	,27
Selbstmanagement	2	,27
Stress	2	,27
Umfeldanalyse	2	,27
Unternehmensfusion	2	,27
Unternehmenskooperation	2	,27

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Wartezeit	2	,27
Arbeitsaufgabe	1	,13
Berufswahl	1	,13
Besprechung	1	,13
Betriebliches Gesundheitsmanagement	1	,13
Fachkräftemangel	1	,13
Führungskräfteauswahl	1	,13
Führungskräftebeurteilung	1	,13
Gesundheitsreform	1	,13
Integrierte Versorgung	1	,13
Kritisches Ereignis	1	,13
Kundenanalyse	1	,13
Kundengewinnung	1	,13
Mitarbeitermotivation	1	,13
Mitarbeiterzusammenarbeit	1	,13
OP	1	,13
Patienteninformation	1	,13
Patientenunterstützung	1	,13
Personalbedarf	1	,13
Personaleinarbeitung	1	,13
Personalfluktuations	1	,13
Personalpolitik	1	,13
Pflegemarkt	1	,13
Pflegestandard	1	,13
Reorganisation	1	,13
Stützpunkt	1	,13
Sonstige	24	3,21
Gesamt	748	100,0

Tabelle A.4.2-1: Zentraler Themenschwerpunkt [EMP HK] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Patientenzufriedenheit	25	3,35
Pflegedokumentation	23	3,08
Mitarbeiterzufriedenheit	17	2,28
Kundenzufriedenheit	13	1,74
Arbeitszufriedenheit	11	1,47
Fortbildung	11	1,47
Qualitätsmanagement	11	1,47
Zufriedenheit	11	1,47
Psychische Belastung	9	1,20
Sturz	8	1,07
Belastung	6	,80
Dekubitus	6	,80
Anforderung	5	,67
Arbeitsbelastung	5	,67
Beratung	5	,67
Betriebliche Gesundheitsförderung	5	,67
Burnout	5	,67
Dokumentation	5	,67
Entlassungsmanagement	5	,67
Gewalt	5	,67
Mitarbeiterbefragung	5	,67
Mitarbeitergespräch	5	,67

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegevisite	5	,67
Versorgung	5	,67
Ernährung	4	,54
Erwartung	4	,54
Kompetenz	4	,54
Motivation	4	,54
Qualität	4	,54
Qualitätssicherung	4	,54
Sturzereignis	4	,54
Arbeitsbedingung	3	,40
Ausbildung	3	,40
Bedürfnis	3	,40
Belastungsfaktor	3	,40
Beschwerdemanagement	3	,40
Betreuung	3	,40
Bewohnerzufriedenheit	3	,40
Demenzkranke	3	,40
Expertenstandard Ernährungsmanagement	3	,40
Führungsverhalten	3	,40
Gesundheit	3	,40
Gesundheitsverhalten	3	,40
Marketing	3	,40
Nebendiagnose	3	,40
Palliativ Care	3	,40
Pflegedienstleitung	3	,40
Pflegekonzept	3	,40
Pflegeleitbild	3	,40
Pflegeplanung	3	,40
Pflegeprozess	3	,40
Schmerz	3	,40
Schmerzmanagement	3	,40
Anreizsystem	2	,27
Arbeitsfähigkeit	2	,27
Belastungssituation	2	,27
Beschwerde	2	,27
Betreuungsangebot	2	,27
Bezugspflege	2	,27
Case Management	2	,27
Delegation	2	,27
Dementia Care Mapping	2	,27
Demenz	2	,27
Diabetes mellitus Typ 2	2	,27
Einzug	2	,27
Expertenstandard Schmerz	2	,27
Expertenstandard Schmerzmanagement	2	,27
Fortbildungsverhalten	2	,27
Gesundheitsförderung	2	,27
Klinischer Behandlungspfad	2	,27
Kommunikation	2	,27
Lebensqualität	2	,27
Mitarbeiterbeurteilung	2	,27
Naturheilkunde	2	,27
Patientendatensystem	2	,27
Personalauswahl	2	,27
Personalentwicklung	2	,27
Personalmanagement	2	,27
Pflegeaufwand	2	,27
Pflegeberuf	2	,27
Pflegediagnose	2	,27

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegeeinrichtung	2	,27
Pflegekomplexmaßnahmen-Score	2	,27
Pflegemanagement	2	,27
Pflegequalität	2	,27
Pflegeteam	2	,27
Pflegeüberleitung	2	,27
Praxisanleitung	2	,27
Primary Nursing	2	,27
Schmerztherapie	2	,27
Schnittstellen	2	,27
Stress	2	,27
Sturzprotokoll	2	,27
Tagespflege	2	,27
Übergabe	2	,27
Versorgungsangebot	2	,27
Wartezeit	2	,27
Weiterbildung	2	,27
Werbung	2	,27
Wissensmanagement	2	,27
Wundmanagement	2	,27
Zertifizierung (KTQ)	2	,27
Fehlend	[1]	
Gesamt	747	100,0

Tabelle A.4.2-2: Erster Themenschwerpunkt [EMP HK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 2 zweiter Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Qualitätsmanagement	9	2,27
Demenzkranke	8	2,02
Arbeitszufriedenheit	7	1,77
Krankenhaus	7	1,77
Pflegedokumentation	7	1,77
Qualitätssicherung	6	1,52
Stationsleitung	6	1,52
Mitarbeiterzufriedenheit	5	1,26
Versorgung	5	1,26
Ambulante Pflege	4	1,01
Aufnahme	4	1,01
Qualität	4	1,01
Demenz	3	,76
Gesundheitswesen	3	,76
OP	3	,76
Pflege	3	,76
Pflegepersonalregelung	3	,76
Pflegeprozess	3	,76
Altenpflege	2	,51
Altenpflegeausbildung	2	,51
Altersstruktur	2	,51
Arbeitsbedingung	2	,51
Arbeitsfähigkeit	2	,51
Beratung	2	,51
Berufsperspektive	2	,51
Betreutes Wohnen	2	,51
Case Management	2	,51

HK 2 zweiter Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Demografische Entwicklung	2	,51
Demografischer Wandel	2	,51
Expertenstandard Sturzprophylaxe	2	,51
Fortbildung	2	,51
Gesundheit	2	,51
Handlungskompetenz	2	,51
Intensivpflege	2	,51
Intensivstation	2	,51
Kundenzufriedenheit	2	,51
Leistungserfassung	2	,51
Mitarbeitermotivation	2	,51
Patientenzufriedenheit	2	,51
Pflegebericht	2	,51
Pflegediagnose	2	,51
Pflegeleistung	2	,51
Pflegepersonal	2	,51
Pflegequalität	2	,51
Qualitätskriterien	2	,51
Sturzprophylaxe	2	,51
Telefonischer Erstkontakt	2	,51
Veränderungsprozess	2	,51
Wissensmanagement	2	,51
Gesamt	396	100,0

Tabelle A.4.2-3: Zweiter Themenschwerpunkt [EMP HK2] – absolute und relative Häufigkeiten
[≥2 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Evaluation	72	35,12
Qualitative Studie	25	12,20
Vergleich	16	7,80
Bedarfsstudie	10	4,88
Quantitative Studie	10	4,88
Pretest	9	4,39
Zusammenhang	9	4,39
Studie	7	3,41
Einstellung	6	2,93
Korrelation	6	2,93
Messung	5	2,44
Vorstudie	4	1,95
Einschätzung	3	1,46
Quantitative Querschnittsstudie	3	1,46
Explorative Studie	2	,98
Fallstudie	2	,98
Längsschnittstudie	2	,98
Quantitative Vergleichsstudie	2	,98
Datenanalyse	1	,49
Deskriptive Analyse	1	,49
Deskriptive Querschnittsstudie	1	,49
Prävalenzstudie	1	,49
Prospektive Studie	1	,49
Qualitative Fallstudie	1	,49
Qualitative Querschnittsstudie	1	,49
Qualitative Vergleichsstudie	1	,49
Querschnittsstudie	1	,49

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Retrospektive Analyse	1	,49
Sekundäranalyse	1	,49
Wissenschaftliche Begleitung	1	,49
Gesamt	205	100,0

Tabelle A.4.2-4: Forschungsmethodischer Hinweis [EMP NK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Datenanalyse - OP-Planung	1	1,27
Einschätzung - Ärzte	1	1,27
Einstellung - Personal	1	1,27
Einstellung - Pflegepersonal	2	2,53
Evaluation - Aktivität	1	1,27
Evaluation - Akzeptanz	1	1,27
Evaluation - Angebot	1	1,27
Evaluation - Bedarf	1	1,27
Evaluation - Bedarfsanalyse	1	1,27
Evaluation - Bereitschaft	1	1,27
Evaluation - Curriculum	1	1,27
Evaluation - Dokumentationsqualität	1	1,27
Evaluation - Einführung	4	5,06
Evaluation - Ergebnisqualität	1	1,27
Evaluation - Erhebungsinstrument	1	1,27
Evaluation - Implementierung	1	1,27
Evaluation - Kenntnisse	1	1,27
Evaluation - Kodierung	1	1,27
Evaluation - Kontaktaufnahme	1	1,27
Evaluation - Konzept	2	2,53
Evaluation - Personal	1	1,27
Evaluation - Pflegepersonal	1	1,27
Evaluation - Pflegeprozess	1	1,27
Evaluation - Praxiskonzept	1	1,27
Evaluation - Projekt	1	1,27
Evaluation - Risiko-Skala	1	1,27
Evaluation - Schulung	1	1,27
Evaluation - Studiengang	1	1,27
Evaluation - Sturz	1	1,27
Evaluation - Teilnahmeverhalten	1	1,27
Evaluation - Umstellung	1	1,27
Evaluation - Unterrichtsinhalte	1	1,27
Evaluation - Veränderung	1	1,27
Evaluation - Veranstaltung	1	1,27
Evaluation - Wundstandard	1	1,27
Evaluation - Zusammenlegung OP/Anästhesie	1	1,27
Korrelation - Fortbildung/Pflegequalität	1	1,27
Korrelation - Mitarbeiterzufriedenheit/Patientenzufriedenheit	1	1,27
Korrelation - Sense of Coherence/Work Ability Index	1	1,27
Korrelation - Zeitaufwand/Schweregrad Demenz	1	1,27
Messung - Kundenerwartung	1	1,27
Messung - Selbsteinschätzung	1	1,27
Prospektive Studie - Verlaufsbeobachtung	1	1,27
Qualitative Studie - Pflegebereiche	1	1,27
Quantitative Querschnittsstudie - Bedarfsanalyse	1	1,27
Querschnittsstudie - Bedarf	1	1,27

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Studie - Fortbildungsbedarf	1	1,27
Studie - Indikatoren	1	1,27
Studie - Kohärenzgefühl	1	1,27
Studie - Krankenhäuser	1	1,27
Studie - Motivation	1	1,27
Studie - Wirkung	1	1,27
Studie - Zeitersparnis	1	1,27
Vergleich - Ambulante Intensivpflege/Stationäre Intensivpflege	1	1,27
Vergleich - Deutsche Patienten/Türkische Patienten	1	1,27
Vergleich - Einrichtungen	1	1,27
Vergleich - Kirchliche Einrichtung/Private Einrichtung	1	1,27
Vergleich - Krankenhaus/Heim	1	1,27
Vergleich - Krankenhäuser	1	1,27
Vergleich - Länder	1	1,27
Vergleich - Pflege/Krankengymnastik	1	1,27
Vergleich - Pflegeberichte	1	1,27
Vergleich - Qualität	1	1,27
Vergleich - Stationen	1	1,27
Vergleich - Wohngruppe/Stationäre Pflegeeinrichtung	1	1,27
Vorstudie - Fragebogen	1	1,27
Vorstudie - Kategorienschema	1	1,27
Vorstudie - Korrelation	1	1,27
Wissenschaftliche Begleitung - Fernlehrgang	1	1,27
Zusammenhang - Arbeitsbelastung/Krankheitsquote	1	1,27
Zusammenhang - Arbeitszufriedenheit/Fehlzeiten	1	1,27
Zusammenhang - Pflegevisite/Note Leistung	1	1,27
Zusammenhang - Führung/Arbeitsfähigkeit	1	1,27
Zusammenhang - Sturz/Demenz	1	1,27
Gesamt	79	100,0

Tabelle A.4.2-5: Forschungsmethodischer Hinweis [EMP NK1a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung	144	64,00
Inhaltsanalyse	19	8,44
Fragebogen	15	6,67
Dokumentenanalyse	14	6,22
Interview	9	4,00
Interviewleitfaden	7	3,11
Beobachtung	3	1,33
Interrater-Reliabilität	3	1,33
Statistik	3	1,33
Experteninterview	2	,89
Umfrage	2	,89
Work Ability Index	2	,89
Gruppendiskussion	1	,44
Sekundäranalyse	1	,44
Gesamt	225	100,0

Tabelle A.4.2-6: Forschungsinstrumenteller Hinweis [EMP NK2] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung - Angehörige	6	4,17
Befragung - Ärzte	2	1,39
Befragung - Auszubildende	3	2,08
Befragung - Bewohner	7	4,86
Befragung - Führungskräfte	1	,69
Befragung - Krankenhäuser	1	,69
Befragung - Kunden	9	6,25
Befragung - Mitarbeiter	56	38,89
Befragung - Patienten	22	15,28
Befragung - Pflegepersonal	11	7,64
Befragung - Praktikanten	1	,69
Befragung - Team	1	,69
Befragung - Teilnehmer	2	1,39
Dokumentenanalyse - Gesprächsprotokolle	1	,69
Dokumentenanalyse - Pflegedokumentation	1	,69
Dokumentenanalyse - Prüfberichte	1	,69
Fragebogen - Erstellung	1	,69
Fragebogen - Konstruktion	1	,69
Fragebogen - Patienten	1	,69
Fragebogen - Teamklima	1	,69
Inhaltsanalyse - Ereignisberichte	1	,69
Inhaltsanalyse - Erfahrungsberichte	1	,69
Inhaltsanalyse - Stellenanzeigen	9	6,25
Inhaltsanalyse - Werbebroschüren	1	,69
Interview - Pflegepersonal	1	,69
Interviewleitfaden - Entwicklung	1	,69
Umfrage - Patienten	1	,69
Gesamt	144	100,0

Tabelle A.4.2-7: Forschungsinstrumenteller Hinweis [EMP NK2a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Durchführung	2	2,33
Befragung - Durchführung	71	82,56
Beobachtung - Durchführung	2	2,33
Dokumentenanalyse - Durchführung	3	3,49
Inhaltsanalyse - Durchführung	5	5,81
Interview - Durchführung	3	3,49
Gesamt	86	100,0

Tabelle A.4.2-8: Forschungsinstrumenteller Hinweis [EMP NK2b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Analyse	42	20,39
Erfassung	41	19,90
Entwicklung	18	8,74
Auswirkung	15	7,28
Akzeptanz	9	4,37
Beurteilung	9	4,37

NK 3 Konzeptioneller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Einstellung	7	3,40
Einfluss	6	2,91
Zufriedenheit	5	2,43
Erwartung	4	1,94
Konzept	4	1,94
Überprüfung	4	1,94
Bedeutung	3	1,46
Einschätzung	3	1,46
Nutzung	3	1,46
Problemanalyse	3	1,46
Umgang	3	1,46
Ablaufanalyse	2	,97
Bestandsaufnahme	2	,97
Einsatz	2	,97
Identifizierung	2	,97
Selbsteinschätzung	2	,97
Situationsanalyse	2	,97
Wirksamkeit	2	,97
Anforderung	1	,49
Effizienz	1	,49
Eignung	1	,49
Erleben	1	,49
Inanspruchnahme	1	,49
Kritische Analyse	1	,49
Pilotprojekt	1	,49
Planung	1	,49
Potenzialanalyse	1	,49
Projektanalyse	1	,49
Risikoanalyse	1	,49
Schwachstellenanalyse	1	,49
Standortanalyse	1	,49
Gesamt	206	100,0

Tabelle A.4.2-9: Konzeptioneller Hinweis [EMP NK3] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Akzeptanz - Blended Learning	1	1,10
Analyse - Assessmentinstrument	1	1,10
Analyse - Erwartung	1	1,10
Analyse - Kommunikation	1	1,10
Analyse - Pflegedokumentation	1	1,10
Analyse - Servicequalität	1	1,10
Analyse - Umgang	1	1,10
Analyse - Versorgungssituation	1	1,10
Auswirkung - Mitarbeiter	1	1,10
Auswirkung - Verfahren	1	1,10
Bedeutung - Kostenreduktion	1	1,10
Bedeutung - Qualitätssicherung	1	1,10
Bedeutung - Schnittstellenmanagement	1	1,10
Beurteilung - Ausbildungskonzept	1	1,10
Beurteilung - Führungsverhalten	1	1,10
Beurteilung - Verwendung	1	1,10
Beurteilung - Zielerreichung	1	1,10
Eignung - Pflegedokumentation	1	1,10

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Einfluss - Leistungsfähigkeit	1	1,10
Einsatz - Analyseinstrument	1	1,10
Einsatz - Case Manager	1	1,10
Einschätzung - Assessmentinstrument	1	1,10
Einschätzung - Führungskompetenz	1	1,10
Einschätzung - Informationsfluss	1	1,10
Einstellung - Bewohner	1	1,10
Einstellung - Einwegprodukte	1	1,10
Einstellung - Integrierte Versorgung	1	1,10
Einstellung - Palliativ Care	1	1,10
Einstellung - Versorgung	1	1,10
Einstellung - Weiterbildung	1	1,10
Entwicklung - Analyseinstrument	1	1,10
Entwicklung - Befragung	1	1,10
Entwicklung - Beobachtungsinstrument	1	1,10
Entwicklung - Fragebogen	3	3,30
Entwicklung - Fragenkatalog	1	1,10
Entwicklung - Interview	1	1,10
Entwicklung - Interviewleitfaden	3	3,30
Entwicklung - Kategoriensystem	1	1,10
Entwicklung - Kennzahl	1	1,10
Entwicklung - Kernkompetenz	1	1,10
Entwicklung - Mitarbeiterfragebogen	1	1,10
Entwicklung - Prüfmethode	1	1,10
Entwicklung - Qualitätskriterien	1	1,10
Erfassung - Ausbildungssituation	1	1,10
Erfassung - Ausmaß	1	1,10
Erfassung - Auswirkung	1	1,10
Erfassung - Bedürfnis	2	2,20
Erfassung - Berufswahlmotiv	1	1,10
Erfassung - Beschwerde	1	1,10
Erfassung - Ist-Stand	3	3,30
Erfassung - Leistung	1	1,10
Erfassung - Rahmenbedingung	1	1,10
Erfassung - Risiko	1	1,10
Erfassung - Schmerz	1	1,10
Erfassung - Stärken - Schwächen	1	1,10
Erfassung - Unterstützungspotenzial	1	1,10
Erfassung - Verhalten	1	1,10
Erfassung - Wartezeit	1	1,10
Erfassung - Zeitaufwand	1	1,10
Erfassung - Zeiten	1	1,10
Erfassung - Zielerreichung	1	1,10
Erleben - Arbeitssituation	1	1,10
Erwartung - Versorgung	1	1,10
Identifizierung - Problemfeld	1	1,10
Identifizierung - Verbesserungspotenzial	1	1,10
Konzept - Marketing	1	1,10
Konzept - Patientenstrom	1	1,10
Kritische Analyse - Audit	1	1,10
Nutzung - Informationsmedien	1	1,10
Nutzung - Patientenfragebogen	1	1,10
Planung - Arbeitsstruktur	1	1,10
Problemanalyse - Einleben	1	1,10
Schwachstellenanalyse - OP	1	1,10
Selbsteinschätzung - Subjektive Befindlichkeit	1	1,10
Überprüfung - Qualität	1	1,10
Überprüfung - Risikofaktoren	1	1,10
Überprüfung - Vorgaben	1	1,10

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Umgang - Verordnung	1	1,10
Wirksamkeit - Pflegeplanung	1	1,10
Zufriedenheit - Aufnahmegeschehen	1	1,10
Zufriedenheit - Beschwerdemanagement	1	1,10
Zufriedenheit - Konzept	1	1,10
Zufriedenheit - Mappe	1	1,10
Zufriedenheit - OP-Vorbereitung	1	1,10
Gesamt	91	100,0

Tabelle A.4.2-10: Konzeptioneller Hinweis [EMP NK3a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung	21	31,34
Umsetzung	12	17,91
Anwendung	5	7,46
Optimierung	4	5,97
Durchführung	2	2,99
Gestaltung	2	2,99
Neustrukturierung	2	2,99
Praxisrelevanz	2	2,99
Überprüfung	2	2,99
Anweisung	1	1,49
Aufgabe	1	1,49
Einsatz	1	1,49
Erarbeitung	1	1,49
Erprobung	1	1,49
Erstellung	1	1,49
Erweiterung	1	1,49
Grundlage	1	1,49
Impuls	1	1,49
Intervention	1	1,49
Praktikabilitätsprüfung	1	1,49
Schulung	1	1,49
Strategie	1	1,49
Verbesserung	1	1,49
Vorbereitung	1	1,49
Gesamt	67	100,0

Tabelle A.4.2-11: Umsetzungsbezogener Hinweis [EMP NK4] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Anweisung - Dokumentationshandbuch	1	3,57
Anwendung - Anamnesebogen	1	3,57
Anwendung - Nicht medikamentöse Methoden	1	3,57
Anwendung - Norton-Skala	1	3,57
Anwendung - Resident Assessment Instrument	1	3,57
Aufgabe - Pflegemanagement	1	3,57
Durchführung - Mitarbeiterbeurteilung	1	3,57
Erarbeitung - Grundlagen	1	3,57

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Erprobung - Assessmentinstrument	1	3,57
Implementierung - Bereichspflege	1	3,57
Implementierung - Case Management	1	3,57
Implementierung - Dienstplan	2	7,14
Implementierung - Führungskonzept	1	3,57
Implementierung - Schmerzmanagement	1	3,57
Optimierung - Lebensbedingungen	1	3,57
Optimierung - Rettungskette	1	3,57
Strategie - Einsatz Ehrenamtliche	1	3,57
Überprüfung - Standard	1	3,57
Überprüfung - Tool	1	3,57
Umsetzung - Dokumentationsleitfaden	1	3,57
Umsetzung - Konzept	1	3,57
Umsetzung - Leitlinie	1	3,57
Umsetzung - Mitbestimmung	1	3,57
Umsetzung - Nützlichkeit	1	3,57
Umsetzung - Prozessmanagement	1	3,57
Verbesserung - Lebensqualität	1	3,57
Vorbereitung - Zertifizierung	1	3,57
Gesamt	28	100,0

Tabelle A.4.2-12: Umsetzungsbezogener Hinweis [EMP NK4a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegepersonal	86	39,27
Personal	32	14,61
Patienten	21	9,59
Auszubildende	16	7,31
Angehörige	12	5,48
Bewohner	8	3,65
Führungskräfte	8	3,65
Ältere	7	3,20
Behinderte	4	1,83
Pflegebedürftige	4	1,83
Ärzte	3	1,37
Kunden	3	1,37
Klienten	2	,91
Migranten	2	,91
Praxisanleiter	2	,91
Teilnehmer	2	,91
Absolventen	1	,46
Berufsgruppen	1	,46
Betreuer	1	,46
Patientinnen	1	,46
Pflegehilfpersonal	1	,46
Pflegetherapeuten	1	,46
Schulpraktikanten	1	,46
Gesamt	219	100,0

Tabelle A.4.2-13: Adressatenbezogener Hinweis [EMP NK5] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Ältere - 60- bis 70-Jährige	1	1,75
Angehörige - Bewohner	1	1,75
Angehörige - Demenzkranke	2	3,51
Angehörige - Intensivpatienten	1	1,75
Angehörige - Migranten	1	1,75
Angehörige - pflegende	3	5,26
Ärzte - einweisende	1	1,75
Ärzte - niedergelassene	1	1,75
Auszubildende - Altenpflege	4	7,02
Auszubildende - Krankenpflege	4	7,02
Auszubildende - Pflege	2	3,51
Berufsgruppen - Krankenhaus	1	1,75
Betreuer - Patienten	1	1,75
Bewohner - demenzkranke	2	3,51
Führungskräfte - Heimleiter	1	1,75
Führungskräfte - Mittlere Ebene	1	1,75
Führungskräfte - Mütter	1	1,75
Führungskräfte - Pflege	3	5,26
Führungskräfte - Stationsleitung	2	3,51
Kunden - Tagespflege	1	1,75
Patienten - demenzkranke	1	1,75
Patienten - ehemalige	1	1,75
Patienten - geriatrische	1	1,75
Patienten - hochaufwendige	1	1,75
Patienten - muslimische	1	1,75
Patientinnen - Brustkrebs	1	1,75
Personal - Altenheim	1	1,75
Personal - älteres	1	1,75
Personal - Intensiv	1	1,75
Personal - über 50-jähriges	2	3,51
Pflegebedürftige - jüngere	1	1,75
Pflegebedürftige - Migranten	1	1,75
Pflegepersonal - älteres	1	1,75
Pflegepersonal - Anästhesie	2	3,51
Pflegepersonal - ausländisches	1	1,75
Pflegepersonal - berufserfahrenes	1	1,75
Pflegepersonal - Intensiv	2	3,51
Pflegepersonal - Studierende	1	1,75
Pflegepersonal - über 50-jähriges	1	1,75
Schulpraktikanten - Pflegebereich	1	1,75
Gesamt	57	100,0

Tabelle A.4.2-14: Adressatenbezogener Hinweis [EMP NK5a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Salutogenese	9	39,13
Rolle	5	21,74
Burnout	1	4,35
Epidemiologie	1	4,35
Expertenorganisation	1	4,35
Persönlichkeitstypologie	1	4,35
Pflegeforschung	1	4,35
Pflegemodell	1	4,35
Pflegewissenschaft	1	4,35
Totale Institution	1	4,35
Trajekt-Pflegemodell	1	4,35
Gesamt	23	100,0

Tabelle A.4.2-15: Wissenschaftsbezogener Hinweis [EMP NK6] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Burnout - Edelwich	1	16,67
Persönlichkeitstypologie - Riemann	1	16,67
Pflegemodell - Krohwinkel	1	16,67
Salutogenese - Antonovsky	2	33,33
Trajekt-Pflegemodell - Corbin, Strauss	1	16,67
Gesamt	6	100,0

Tabelle A.4.2-16: Wissenschaftsbezogener Hinweis [EMP NK6a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Klinik	55	15,07
Krankenhaus	49	13,42
Station	16	4,38
Ambulanter Pflegedienst	14	3,84
Abteilung	12	3,29
Intensivstation	12	3,29
Stadt	10	2,74
Sozialstation	9	2,47
Altenpflegeheim	8	2,19
Pflegeheim	8	2,19
Seniorenzentrum	8	2,19
Stationäre Pflegeeinrichtung	8	2,19
Pflegedienst	7	1,92
Stationäre Altenpflegeeinrichtung	7	1,92
Krankenhäuser	5	1,37
Krankenpflegeschule	5	1,37
OP	5	1,37
Stationäre Altenhilfeeinrichtung	5	1,37
Stationäre Einrichtung	5	1,37
Ambulante Pflegedienste	4	1,10
Haus	4	1,10
Heim	4	1,10
Landkreis	4	1,10

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Palliativstation	4	1,10
Stationäre Krankenpflege	4	1,10
Stationäre Pflegeeinrichtungen	4	1,10
Intensivstationen	3	,82
Land	3	,82
Pflegeeinrichtung	3	,82
Seniorenheim	3	,82
Altenheim	2	,55
Altenhilfeeinrichtung	2	,55
Altenpflegeeinrichtung	2	,55
Altenpflegeschule	2	,55
Ambulanter Dienst	2	,55
Geriatrizentrum	2	,55
Pflegedienste	2	,55
Pflegeeinrichtungen	2	,55
Rehabilitationsklinik	2	,55
Seniorenresidenz	2	,55
Sozialstationen	2	,55
Stationäre Altenhilfe	2	,55
Stationäre Altenpflege	2	,55
Stationäre Pflege	2	,55
Tagespflegeeinrichtung	2	,55
Zentrum	2	,55
Ambulante Dialyseeinrichtung	1	,27
Ambulante Krankenpflege	1	,27
Ambulanter Krankenpflegedienst	1	,27
Ambulantes Zentrum	1	,27
Ambulanz	1	,27
Anästhesie	1	,27
Anstalten	1	,27
Arztpraxis	1	,27
Aufnahme	1	,27
Berufsgenossenschaft	1	,27
Bezirk	1	,27
Bildungszentrum	1	,27
Brustzentrum	1	,27
Dialysezentrum	1	,27
Förderzentrum	1	,27
Gesundheitsschule	1	,27
Innere Medizin	1	,27
Intensivpflegedienst	1	,27
Intermediate Care Station	1	,27
Kliniken	1	,27
Krankenkassen	1	,27
Kreisverband	1	,27
Kurzzeitpflege	1	,27
Labor	1	,27
Landkreise	1	,27
Maßregelvollzug	1	,27
Medizinischer Dienst Krankenversicherung	1	,27
Nachsorgende Einrichtungen	1	,27
Pflegeschule	1	,27
Region	1	,27
Rehabilitation	1	,27
Seniorenwohnanlage	1	,27
Seniorenwohnanlagen	1	,27
Seniorenwohnheim	1	,27
Stationäre Einrichtungen	1	,27
Stationärer Bereich	1	,27

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Stationen	1	,27
Stift	1	,27
Stiftung	1	,27
Verein	1	,27
Werkstatt	1	,27
Wohnhaus	1	,27
Wohnheim	1	,27
Wohnpark	1	,27
Zentrum Ambulantes Operieren	1	,27
Gesamt	365	100,0

Tabelle A.4.2-17: Anwendungsbezogener Hinweis [EMP NK7] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 8 Berufsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Altenpflege	4	40,00
Pflege	3	30,00
Krankenpflege	2	20,00
Kinderkrankenpflege	1	10,00
Gesamt	10	100,0

Tabelle A.4.2-18: Berufsbezogener Hinweis [EMP NK8] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

A.4.3 Häufigkeitstabellen | Diplom

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflege	44	6,13
Demenz	22	3,06
Personalentwicklung	21	2,92
Qualitätsmanagement	20	2,79
Marketing	16	2,23
Betriebliche Gesundheitsförderung	12	1,67
Personalführung	12	1,67
Pflegeberuf	12	1,67
Wissensmanagement	12	1,67
Führung	11	1,53
Kundenzufriedenheit	11	1,53
Case Management	10	1,39
Diagnosis Related Groups	10	1,39
Entlassungsmanagement	10	1,39
Organisationsentwicklung	10	1,39
Palliativ	10	1,39
Prozessmanagement	10	1,39
Sturz	10	1,39
Wohnen	10	1,39
Ausbildung	9	1,25
Ernährung	9	1,25
Angehörige	8	1,11
Aufgabenverteilung	8	1,11
Interkulturelle Pflege	8	1,11
Mitarbeiterzufriedenheit	8	1,11
Risikomanagement	8	1,11
Strategisches Management	8	1,11
Betriebliches Gesundheitsmanagement	7	,97
Führungskräfteanforderung	7	,97
Gesundheitsförderung	7	,97
Gewalt	7	,97
Integrierte Versorgung	7	,97
Personalbindung	7	,97
Pflegeaufwand	7	,97
Pflegedokumentation	7	,97
Schmerz	7	,97
Sterben	7	,97
Versorgung	7	,97
Balanced Scorecard	6	,84
Beratung	6	,84
Fortbildung	6	,84
Führungskräfte	6	,84
Gründung	6	,84
Pflegekonzept	6	,84
Pflegemanagement	6	,84
Pflegevisite	6	,84
Stationäre Altenhilfe	6	,84
Unternehmenskommunikation	6	,84
Vergütung	6	,84
Akademisierung	5	,70
Berufliche Kompetenz	5	,70
Fachkräftemangel	5	,70
Pflegeprozess	5	,70
Arbeitszeit	4	,56
Controlling	4	,56
Demografischer Wandel	4	,56

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Ethik	4	,56
Personalbeschaffung	4	,56
Personalgespräch	4	,56
Personalgewinnung	4	,56
Pflegequalität	4	,56
Unternehmenskultur	4	,56
Arbeitszufriedenheit	3	,42
Betriebliche Eingliederung	3	,42
Dekubitus	3	,42
Finanzierung	3	,42
Gesundheit	3	,42
Gesundheitswesen	3	,42
Kommunikation	3	,42
Management	3	,42
Mitarbeitergesundheit	3	,42
Mobbing	3	,42
Motivation	3	,42
Organisation	3	,42
Personalmanagement	3	,42
Pflegediagnose	3	,42
Pflegeleistung	3	,42
Schnittstellenmanagement	3	,42
Stützpunkt	3	,42
Altern	2	,28
Alternsgerechte Arbeitsgestaltung	2	,28
Arbeitsbelastung	2	,28
Arbeitsfähigkeit	2	,28
Berufsbild	2	,28
Beschwerdemanagement	2	,28
Betreuung	2	,28
Burnout	2	,28
Businessplan	2	,28
Dokumentation	2	,28
Fehlzeit	2	,28
Führungskräfteentwicklung	2	,28
Fundraising	2	,28
Kostenrechnung	2	,28
Lean Management	2	,28
Lebensqualität	2	,28
Lernende Organisation	2	,28
Patient	2	,28
Patientenedukation	2	,28
Personalbedarf	2	,28
Personaleinarbeitung	2	,28
Personalfuktuation	2	,28
Personalpolitik	2	,28
Pflegeorganisation	2	,28
Pflegeversicherung	2	,28
Professionalisierung	2	,28
Psychische Belastung	2	,28
Selbstbestimmung	2	,28
Stress	2	,28
Umfeldanalyse	2	,28
Zertifizierung	2	,28
Zusammenlegung	2	,28
Anreiz	1	,14
Arbeitssituation	1	,14
Ehrenamt	1	,14
Fehler	1	,14

HK zentraler Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Führungsaufgabe	1	,14
Führungsgrundsätze	1	,14
Führungskräfteauswahl	1	,14
Führungsstil	1	,14
Gesundheitsreform	1	,14
Klinischer Pfad	1	,14
Leitbild	1	,14
Mitarbeitermotivation	1	,14
Öffentlichkeitsarbeit	1	,14
OP	1	,14
Patientenautonomie	1	,14
Patienteninformation	1	,14
Personalbeurteilung	1	,14
Personalplanung	1	,14
Pflegeplanung	1	,14
Potenzialanalyse	1	,14
Projektmanagement	1	,14
Selbstmanagement	1	,14
Standard	1	,14
Unternehmensangliederung	1	,14
Unternehmensfusion	1	,14
Unternehmensimage	1	,14
Verhandlung	1	,14
Wertewandel	1	,14
Wund	1	,14
Sonstige	36	5,01
Gesamt	718	100,0

Tabelle A.4.3-1: Zentraler Themenschwerpunkt [DIP HK] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Demenz	16	2,23
Personalentwicklung	11	1,53
Betriebliche Gesundheitsförderung	9	1,26
Demografischer Wandel	9	1,26
Wissensmanagement	9	1,26
Diagnosis Related Groups	8	1,12
Risikomanagement	7	,98
Pflegedokumentation	6	,84
Pflegekomplexmaßnahmen-Score	6	,84
Pflegevisite	6	,84
Qualitätsmanagementsystem	6	,84
Qualitätssicherung	6	,84
Balanced Scorecard	5	,70
Betriebliches Gesundheitsmanagement	5	,70
Case Management	5	,70
Change Management	5	,70
Entlassungsmanagement	5	,70
Expertenstandard Ernährungsmanagement	5	,70
Betreutes Wohnen	4	,56
Führung	4	,56
Führungskräfte	4	,56
Gesundheitsförderung	4	,56
Integrierte Versorgung	4	,56

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Marketing	4	,56
Mitarbeiterführung	4	,56
Mitarbeiterzufriedenheit	4	,56
Pflegemanagement	4	,56
Sterbebegleitung	4	,56
Akademisierung	3	,42
Arbeitszufriedenheit	3	,42
Betreuung	3	,42
Betriebliches Eingliederungsmanagement	3	,42
Controlling	3	,42
Expertenstandard Sturzprophylaxe	3	,42
Fehlzeit	3	,42
Gründung	3	,42
Krankenpflege	3	,42
Leistungsorientierte Vergütung	3	,42
Marketinginstrument	3	,42
Mobbing	3	,42
Motivation	3	,42
Palliativpflege	3	,42
Patientenorientierung	3	,42
Personalmarketing	3	,42
Pflege- und Betreuungskonzept	3	,42
Pflegeberatung	3	,42
Pflegeprozess	3	,42
Pflegequalität	3	,42
Pflegestützpunkt	3	,42
Prävention	3	,42
Prozessmanagement	3	,42
Qualitätsmanagement	3	,42
Strategisches Management	3	,42
Sturz	3	,42
Unternehmenskultur	3	,42
Aggression	2	,28
Anforderung	2	,28
Angehörige	2	,28
Angehörigenzufriedenheit	2	,28
Beschwerdemanagement	2	,28
Bildungsmanagement	2	,28
Burnout	2	,28
Dekubitus	2	,28
E-Learning	2	,28
Einstellung	2	,28
Elektronische Datenverarbeitung	2	,28
Existenzgründung	2	,28
Expertenstandard Schmerzmanagement	2	,28
Fachkräftemangel	2	,28
Freiheitsentziehende Maßnahme	2	,28
Führungskräfteentwicklung	2	,28
Gender Mainstream	2	,28
Gewalt	2	,28
Internetbasiertes Marketing	2	,28
Kinästhetik	2	,28
Krankenhausaufenthalt	2	,28
Kundenzufriedenheit	2	,28
Lean Management	2	,28
Lebenssituation	2	,28
Leistungsbezogenes Entgelt	2	,28
Leistungserfassung Pflege	2	,28
Mitarbeitergespräch	2	,28

HK 1 erster Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Mitarbeiterorientierung	2	,28
Netzwerk	2	,28
Organisation	2	,28
Organisationsentwicklung	2	,28
Palliativ Care	2	,28
Palliativversorgung	2	,28
Personalbindung	2	,28
Personalfluktuatun	2	,28
Pflegeausbildung	2	,28
Pflegebedürftigkeit	2	,28
Pflegediagnose NANDA	2	,28
Pflegende Angehörige	2	,28
Pflegeversicherung	2	,28
Primary Nursing	2	,28
Professionalisierung	2	,28
Prozessoptimierung	2	,28
Qualität	2	,28
Religion	2	,28
Salutogenese	2	,28
Schulung	2	,28
Selbstständigkeit	2	,28
Sterben	2	,28
Sturzereignis	2	,28
Sturzprophylaxe	2	,28
Supervision	2	,28
Transkulturelle Pflege	2	,28
Unternehmenskommunikation	2	,28
Versorgungskontinuität	2	,28
Wohngemeinschaft Senioren	2	,28
Zusammenarbeit	2	,28
Fehlend	[1]	
Gesamt	717	100,0

Tabelle A.4.3-2: Erster Themenschwerpunkt [DIP HK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

HK 2 zweiter Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Demenz	13	2,48
Pflege	11	2,10
Personalentwicklung	10	1,91
Anforderung	7	1,34
Führungskraft	6	1,15
Gesundheitsförderung	6	1,15
Qualität	6	1,15
Qualitätssicherung	6	1,15
Demografischer Wandel	5	,95
Qualitätsmanagement	5	,95
Case Management	4	,76
Fachkräftemangel	4	,76
Führung	4	,76
Motivation	4	,76
Pflegemanagement	4	,76
Salutogenese	4	,76
Altenpflege	3	,57
Ambulanter Pflegedienst	3	,57

HK 2 zweiter Themenschwerpunkt		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Betreuung	3	,57
Entlassungsmanagement	3	,57
Gesundheitswesen	3	,57
Gewalt	3	,57
Marketing	3	,57
Mitarbeiterbindung	3	,57
Mitarbeitermotivation	3	,57
Mitarbeiterorientierung	3	,57
Palliativ Care	3	,57
Pflegeberuf	3	,57
Pflegekräftemangel	3	,57
Qualitätsmanagementsystem	3	,57
Anreizsystem	2	,38
Attraktivität	2	,38
Auszubildende	2	,38
Bedürfnisse	2	,38
Betreutes Wohnen	2	,38
Betriebliche Gesundheitsförderung	2	,38
Betriebliches Gesundheitsmanagement	2	,38
Einflussfaktor	2	,38
Entbürokratisierung	2	,38
Erfolgsfaktor	2	,38
Führungsgrundsätze	2	,38
Führungsinstrument	2	,38
Führungskompetenz	2	,38
Gesellschaft	2	,38
Kultursensible Altenpflege	2	,38
Management	2	,38
Managementsystem	2	,38
Öffentlichkeitsarbeit	2	,38
Ökonomisierung	2	,38
Orale Ernährung	2	,38
Organisation Krankenhaus	2	,38
Patientenorientierung	2	,38
Personalpolitik	2	,38
Pflegecontrolling	2	,38
Pflegedienst	2	,38
Pflegedokumentation	2	,38
Pflegeleistung	2	,38
Prävention	2	,38
Primary Nursing	2	,38
Psychiatrie	2	,38
Reorganisation	2	,38
Schmerztherapie	2	,38
Stationäre Pflegeeinrichtungen	2	,38
Strategie	2	,38
Tätigkeiten	2	,38
Unternehmenserfolg	2	,38
Versorgungssituation	2	,38
Wandel	2	,38
Wirtschaftlichkeit	2	,38
Wissensmanagement	2	,38
Zertifizierung	2	,38
Gesamt	524	100,0

Tabelle A.4.3-3: Zweiter Themenschwerpunkt [DIP HK2] – absolute und relative Häufigkeiten
[≥2 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Evaluation	14	27,45
Vergleich	12	23,53
Empirische Studie	8	15,69
Qualitative Studie	7	13,73
Erfassung	3	5,88
Exploration	2	3,92
Bedarfsstudie	1	1,96
Fallstudie	1	1,96
Feldstudie	1	1,96
Sekundäranalyse	1	1,96
Vorstudie	1	1,96
Gesamt	51	100,0

Tabelle A.4.3-4: Forschungsmethodischer Hinweis [DIP NK1] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 1 Forschungsmethodischer Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Erfassung - Gesundheitsverhalten	1	4,00
Erfassung - Lebensqualität	1	4,00
Erfassung - Pflegeparameter	1	4,00
Evaluation - Einführung	1	4,00
Evaluation - Fernlehrgang	1	4,00
Evaluation - Implementierung	1	4,00
Evaluation - Instrumentenentwicklung	1	4,00
Evaluation - Kriterien	1	4,00
Evaluation - Leitfaden	1	4,00
Evaluation - Pflegekonzept	1	4,00
Evaluation - Präferenzen	1	4,00
Evaluation - Risiko-Skala	1	4,00
Evaluation - Umsetzung	3	12,00
Qualitative Studie - Patienten	1	4,00
Sekundäranalyse - Sturzereignisprotokolle	1	4,00
Vergleich - DIN EN ISO 9001:2008/KTQ	1	4,00
Vergleich - Industrieunternehmen/Klinik	1	4,00
Vergleich - Kleine Unternehmen/Große Unternehmen	1	4,00
Vergleich - Kliniken	1	4,00
Vergleich - Konzepte	1	4,00
Vergleich - Nutzen/Risiken	1	4,00
Vergleich - Qualitätsmanagementsysteme	1	4,00
Vergleich - Regionen	1	4,00
Gesamt	25	100,0

Tabelle A.4.3-5: Forschungsmethodischer Hinweis [DIP NK1a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung	8	50,00
Instrument	3	18,75
Fragebogen	2	12,50
Dokumentenanalyse	1	6,25
Experteninterview	1	6,25
Inhaltsanalyse	1	6,25
Gesamt	16	100,0

Table A.4.3-6: Forschungsinstrumenteller Hinweis [DIP NK2] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Befragung - Absolventen	1	8,33
Befragung - Führungskräfte	1	8,33
Befragung - Klienten	1	8,33
Befragung - Kunden	2	16,67
Befragung - Patienten	1	8,33
Befragung - Personal	1	8,33
Dokumentenanalyse - Protokolle Pflegevisite	1	8,33
Experteninterview - Führungskräfte	1	8,33
Instrument - Arbeitsgestaltung	1	8,33
Instrument - Ergebnisqualität	1	8,33
Instrument - Team-Kohärenzgefühl	1	8,33
Gesamt	12	100,0

Table A.4.3-7: Forschungsinstrumenteller Hinweis [DIP NK2a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 2 Forschungsinstrumenteller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Fragebogen - Entwicklung	1	20,00
Fragebogen - Überprüfung	1	20,00
Instrument - Einsatz	1	20,00
Instrument - Entwicklung	2	40,00
Gesamt	5	100,0

Table A.4.3-8: Forschungsinstrumenteller Hinweis [DIP NK2b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Konzept	48	51,06
Analyse	15	15,96
Entwicklung	14	14,89
Modell	6	6,38
Projekt	6	6,38
Modellprojekt	2	2,13
Bestandsaufnahme	1	1,06
Kritische Analyse	1	1,06
Projektauswertung	1	1,06
Gesamt	94	100,0

Tabelle A.4.3-9: Konzeptioneller Hinweis [DIP NK3] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Analyse - Entlassungsplanung	1	1,30
Analyse - Expertenstandard	2	2,60
Analyse - Mitarbeiterzufriedenheit	1	1,30
Analyse - Pflegeaufwand	1	1,30
Analyse - Psychische Belastung	2	2,60
Analyse - Qualitätsmanagement	1	1,30
Analyse - Qualitätssicherung	1	1,30
Analyse - Schmerzerfassung	1	1,30
Analyse - Stakeholder	1	1,30
Analyse - Sturz	2	2,60
Analyse - Wirtschaftlichkeit	1	1,30
Entwicklung - Controllingsystem	1	1,30
Entwicklung - Dienstleistungsangebot	1	1,30
Entwicklung - Entscheidungshilfe	1	1,30
Entwicklung - Fortbildungskonzept	1	1,30
Entwicklung - Fortbildungsmodule	1	1,30
Entwicklung - Leitfaden	1	1,30
Entwicklung - Optimierungsstrategie	1	1,30
Entwicklung - Personalmarketingstrategie	1	1,30
Entwicklung - Pflegemanagement	1	1,30
Entwicklung - Potenzialanalyse	1	1,30
Entwicklung - Qualitätsstandard	1	1,30
Entwicklung - Scorecard Qualitätsmanagement	1	1,30
Entwicklung - Strategie	1	1,30
Entwicklung - Zukunftsvision	1	1,30
Konzept - Angehörige	1	1,30
Konzept - Angehörigenschulung	1	1,30
Konzept - Betreutes Wohnen	1	1,30
Konzept - Betreuung	3	3,90
Konzept - Betriebliche Gesundheitsförderung	1	1,30
Konzept - Betriebliches Eingliederungsmanagement	1	1,30
Konzept - Dienstleistung	1	1,30
Konzept - E-Learning	1	1,30
Konzept - Entlassungsmanagement	1	1,30
Konzept - Entwicklung	1	1,30
Konzept - Führung	1	1,30
Konzept - Führungsqualität	1	1,30
Konzept - Integrierte Versorgung	1	1,30
Konzept - Intermediate Care	1	1,30
Konzept - Kommunikation	1	1,30

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Konzept - Leistungsbezogenes Entgelt	1	1,30
Konzept - Leistungserbringung	1	1,30
Konzept - Leistungsfähigkeit	1	1,30
Konzept - Lernbegleitung	1	1,30
Konzept - Management	1	1,30
Konzept - Marketing	1	1,30
Konzept - Patientenedukation	1	1,30
Konzept - Personalentwicklung	1	1,30
Konzept - Personalmarketing	1	1,30
Konzept - Pflege	2	2,60
Konzept - Pflegeausbildung	1	1,30
Konzept - Pflege Diagnosen	1	1,30
Konzept - Pflegetheorie/Pflegepraxis	1	1,30
Konzept - Pflegeüberleitung	1	1,30
Konzept - Pflegevisite	1	1,30
Konzept - Praxisausbildung	1	1,30
Konzept - Risikomanagement	1	1,30
Konzept - Sterbebegleitung	2	2,60
Konzept - Tagespflege	1	1,30
Konzept - Überstunden	1	1,30
Konzept - Versorgungssystem	1	1,30
Konzept - Widerstand	1	1,30
Konzept - Wohngemeinschaft	1	1,30
Konzept - Zentrum	1	1,30
Modell - Angehörigenanleitung	1	1,30
Modell - Führungskräfteentwicklung	1	1,30
Modell - Integrierte Versorgung	1	1,30
Modell - Kooperation	1	1,30
Modell - Krankenhaus der Zukunft	1	1,30
Projektauswertung - Migrantenqualifizierung	1	1,30
Gesamt	77	100,0

Tabelle A.4.3-10: Konzeptioneller Hinweis [DIP NK3a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 3 Konzeptioneller Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Analyse - Einführung	2	12,50
Analyse - Implementierung	1	6,25
Analyse - Umsetzung	1	6,25
Konzept - Abbau	1	6,25
Konzept - Einführung	5	31,25
Konzept - Implementierung	1	6,25
Konzept - Integration	2	12,50
Konzept - Reduzierung	1	6,25
Konzept - Umsetzung	2	12,50
Gesamt	16	100,0

Tabelle A.4.3-11: Konzeptioneller Hinweis [DIP NK3b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung	31	19,25
Aufgabe	28	17,39
Empfehlung	13	8,07
Gestaltung	10	6,21
Maßnahme	10	6,21
Instrument	9	5,59
Herausforderung	8	4,97
Umsetzung	8	4,97
Erstellung	6	3,73
Strategie	5	3,11
Verbesserung	5	3,11
Ansatz	4	2,48
Intervention	4	2,48
Anwendung	3	1,86
Führungsinstrument	3	1,86
Leitfaden	3	1,86
Optimierung	3	1,86
Steuerungsinstrument	3	1,86
Etablierung	2	1,24
Nutzen	1	,62
Schulungsmaterial	1	,62
Unterstützung	1	,62
Gesamt	161	100,0

Tabelle A.4.3-12: Umsetzungsbezogener Hinweis [DIP NK4] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Ansatz - Management	1	,92
Ansatz - Pflegemanagement	1	,92
Ansatz - Pflegepraxis	1	,92
Anwendung - Pflegebereich	1	,92
Aufgabe - Entlassungsmanagement	1	,92
Aufgabe - Management	1	,92
Aufgabe - Pflege	3	2,75
Aufgabe - Pflegemanagement	23	21,10
Empfehlung - Implementierung	1	,92
Empfehlung - Lerntransferförderung	1	,92
Empfehlung - Management	3	2,75
Empfehlung - Pflegemanagement	2	1,83
Erstellung - Betreuungskonzept	1	,92
Erstellung - Businessplan	2	1,83
Erstellung - Fundraisingkonzept	1	,92
Erstellung - Leitfaden	1	,92
Erstellung - Pflegeberatungskonzept	1	,92
Etablierung - Pfadkostenrechnung	1	,92
Etablierung - Prozessorientierte Führungsstruktur	1	,92
Führungsinstrument - Pflege	1	,92
Führungsinstrument - Pflegemanagement	2	1,83
Gestaltung - Human Resources	1	,92
Gestaltung - Pflegemanagement	6	5,50
Gestaltung - Unternehmenskultur	1	,92
Herausforderung - Pflege	1	,92
Herausforderung - Pflegemanagement	7	6,42
Implementierung - Betreuungsangebot	1	,92

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Implementierung - Dienstzeit	1	,92
Implementierung - Konzept	2	1,83
Implementierung - Materialcontrolling	1	,92
Implementierung - Patientenedukation	1	,92
Implementierung - Pflegebereich	1	,92
Implementierung - Projekt	2	1,83
Implementierung - Qualitätskonzept	1	,92
Implementierung - Sportgruppe	1	,92
Implementierung - Standard	1	,92
Instrument - Personalmanagement	1	,92
Instrument - Pflegemanagement	4	3,67
Instrument - Qualitätssicherung	1	,92
Instrument - Qualitätszirkel	1	,92
Intervention - Palliativversorgung	1	,92
Intervention - Pflege	1	,92
Intervention - Pflegemanagement	1	,92
Leitfaden - Pflegebereich	1	,92
Leitfaden - Qualitätsmanagement	1	,92
Maßnahme - Abbau	1	,92
Maßnahme - Burnout	1	,92
Maßnahme - Deeskalation	1	,92
Maßnahme - Management	1	,92
Maßnahme - Pflegemanagement	1	,92
Maßnahme - Prävention	1	,92
Maßnahme - Resilienz	1	,92
Optimierung - Entlassungsplanung	1	,92
Schulungsmaterial - Pflegelehre/Pflegepraxis	1	,92
Steuerungsinstrument - Pflegemanagement	2	1,83
Strategie - Entgeltsystem	1	,92
Strategie - Management	1	,92
Strategie - Unternehmen	1	,92
Umsetzung - Pflegemanagement	1	,92
Umsetzung - Salutogenese	1	,92
Umsetzung - Versorgungskonzept	1	,92
Verbesserung - Mitarbeiterzufriedenheit	1	,92
Verbesserung - Prozess	1	,92
Gesamt	109	100,0

Tabelle A.4.3-13: Umsetzungsbezogener Hinweis [DIP NK4a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 4 Umsetzungsbezogener Hinweis (b)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Leitfaden - Einführung	1	50,00
Strategie - Einführung	1	50,00
Gesamt	2	100,0

Tabelle A.4.3-14: Umsetzungsbezogener Hinweis [DIP NK4b] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflegepersonal	34	30,09
Personal	21	18,58
Demenzkranke	10	8,85
Führungskräfte	9	7,96
Patienten	8	7,08
Ältere	7	6,19
Migranten	6	5,31
Ärzte	4	3,54
Kinder	4	3,54
Bewohner	2	1,77
Pflegebedürftige	2	1,77
Senioren	2	1,77
Absolventen	1	,88
Auszubildende	1	,88
Berufsanfänger	1	,88
Patientinnen	1	,88
Gesamt	113	100,0

Tabelle A.4.3-15: Adressatenbezogener Hinweis [DIP NK5] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 5 Adressatenbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Absolventen - Pflegeausbildung	1	3,23
Auszubildende - Pflegeausbildung	1	3,23
Berufsanfänger - Pflege	1	3,23
Bewohner - Pflegeheim	1	3,23
Demenzkranke - Bewohner	1	3,23
Demenzkranke - Patienten	1	3,23
Führungskräfte - Mittlere Ebene	1	3,23
Führungskräfte - Untere Ebene	2	6,45
Migranten - ältere	2	6,45
Migranten - Kinder	1	3,23
Migranten - Muslime	1	3,23
Migranten - psychisch kranke	1	3,23
Patienten - geriatrische	1	3,23
Patienten - querschnittsgelähmte	1	3,23
Patienten - Schmerz	1	3,23
Patientinnen - Mammakarzinom	1	3,23
Personal - älteres	4	12,90
Personal - alterndes	1	3,23
Personal - Dialyse	1	3,23
Personal - nicht ärztliches	1	3,23
Pflegebedürftige - jüngere	1	3,23
Pflegepersonal - älteres	1	3,23
Pflegepersonal - Funktionsdienst	1	3,23
Pflegepersonal - Intensiv	1	3,23
Pflegepersonal - OP	1	3,23
Pflegepersonal - über 50-jähriges	1	3,23
Gesamt	31	100,0

Tabelle A.4.3-16: Adressatenbezogener Hinweis [DIP NK5a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Salutogenese	12	27,27
Integrierte Versorgung	6	13,64
Pflegewissenschaft	2	4,55
Systemtheorie	2	4,55
Achtsamkeit	1	2,27
Arbeitswissenschaft	1	2,27
Burnout	1	2,27
Epidemiologie	1	2,27
Forschungsgruppe Metrik	1	2,27
Geriatric	1	2,27
Gesundheitsmarkt	1	2,27
Inklusion	1	2,27
Integration	1	2,27
Interaktion	1	2,27
Kooperatives Lernen	1	2,27
Lebenswelt	1	2,27
Management	1	2,27
Organisationsentwicklung	1	2,27
Personenzentriertes Pflegemodell	1	2,27
Pflegemodell	1	2,27
Psychobiografisches Pflegemodell	1	2,27
Psychosoziales Entwicklungsmodell	1	2,27
Rolle	1	2,27
Sozialethik	1	2,27
Totale Institution	1	2,27
Transformationale Führung	1	2,27
Gesamt	44	100,0

Tabelle A.4.3-17: Wissenschaftsbezogener Hinweis [DIP NK6] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 6 Wissenschaftsbezogener Hinweis (a)		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Burnout - Edelwich	1	10,00
Personenzentriertes Pflegemodell - Kitwood	1	10,00
Pflegemodell - Krohwinkel	1	10,00
Psychobiografisches Pflegemodell - Böhm	1	10,00
Psychosoziales Entwicklungsmodell - Erikson	1	10,00
Salutogenese - Antonovsky	5	50,00
Gesamt	10	100,0

Tabelle A.4.3-18: Wissenschaftsbezogener Hinweis [DIP NK6a] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 7 Anwendungsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflege	18	18,37
Klinik	10	10,20
Krankenhaus	7	7,14
OP	4	4,08
Intensivpflege	3	3,06
Intensivstation	3	3,06
Krankenpflege	3	3,06
Stationäre Altenpflege	3	3,06
Krankenhäuser	2	2,04
Pflegeeinrichtung	2	2,04
Psychiatrische Pflege	2	2,04
Region	2	2,04
Stadt	2	2,04
Station	2	2,04
Abteilung	1	1,02
Altenpflegeeinrichtung	1	1,02
Altenpflegeheime	1	1,02
Ambulante Pflegedienste	1	1,02
Ambulanter Pflegedienst	1	1,02
Arztpraxen	1	1,02
Betreute Wohngemeinschaften	1	1,02
Bezirk	1	1,02
Geriatrizentrum	1	1,02
Gerontopsychiatrie	1	1,02
Hospiz	1	1,02
Kliniken	1	1,02
Ländlicher Raum	1	1,02
Maßregelvollzug	1	1,02
Pflegeschule	1	1,02
Pflegestützpunkte	1	1,02
Psychiatrie	1	1,02
Rehabilitationsklinik	1	1,02
Schule	1	1,02
Seniorenheim	1	1,02
Seniorenpark	1	1,02
Seniorenpflegeheim	1	1,02
Seniorenzentrum	1	1,02
Sozialdienst	1	1,02
Sozialstation	1	1,02
Stationäre Altenhilfeeinrichtung	1	1,02
Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	1	1,02
Stationäre Krankenpflege	1	1,02
Stift	1	1,02
Stiftung	1	1,02
Verein	1	1,02
Wohnpark	1	1,02
Wohnpflegeheim	1	1,02
Wohnstift	1	1,02
Zentrum	1	1,02
Gesamt	98	100,0

Tabelle A.4.3-19: Anwendungsbezogener Hinweis [DIP NK7] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

NK 8 Berufsbezogener Hinweis		
Schwerpunkt	Häufigkeit	Prozent
Pflege	11	44,00
Krankenpflege	7	28,00
Altenpflege	4	16,00
Heilerziehungspflege	1	4,00
Intensivpflege	1	4,00
Physiotherapie	1	4,00
<i>Gesamt</i>	<i>25</i>	<i>100,0</i>

Tabelle A.4.3-20: Berufsbezogener Hinweis [DIP NK8] – absolute und relative Häufigkeiten
(eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

A.4.4 Zentraler Themenschwerpunkt | Vergleich

A.4.4.1 Häufigkeitstabellen | Vergleich

Hausarbeiten Häufigkeit			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Ausbildung	9	16	15
Beratung	6	6	6
Berufliche Kompetenz	5	5	16
Demenz	22	15	7
Entlassungsmanagement	10	22	12
Ernährung	9	25	11
Fortbildung	6	17	25
Kundenzufriedenheit	11	14	56
Marketing	16	5	6
Mitarbeiterzufriedenheit	8	7	22
Pflege	44	37	38
Pflegeaufwand	7	11	5
Pflegedokumentation	7	26	31
Prozessmanagement	10	5	8
Qualitätsmanagement	20	24	28
Schmerz	7	18	15
Sonstige	36	61	24
Sturz	10	30	17
Versorgung	7	6	13
Wissensmanagement	12	11	5

Tabelle A.4.4-1: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (absolute Häufigkeiten)
[≥5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Hausarbeiten Prozent			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Ausbildung	1,25	1,63	2,01
Beratung	,84	,61	,80
Berufliche Kompetenz	,70	,51	2,14
Demenz	3,06	1,52	,94
Entlassungsmanagement	1,39	2,24	1,60
Ernährung	1,25	2,54	1,47
Fortbildung	,84	1,73	3,34
Kundenzufriedenheit	1,53	1,42	7,49
Marketing	2,23	,51	,80
Mitarbeiterzufriedenheit	1,11	,71	2,94
Pflege	6,13	3,76	5,08
Pflegeaufwand	,97	1,12	,67
Pflegedokumentation	,97	2,64	4,14
Prozessmanagement	1,39	,51	1,07
Qualitätsmanagement	2,79	2,44	3,74
Schmerz	,97	1,83	2,01
Sonstige	5,01	6,20	3,21
Sturz	1,39	3,05	2,27
Versorgung	,97	,61	1,74
Wissensmanagement	1,67	1,12	,67

Tabelle A.4.4-2: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (relative Häufigkeiten) [≥ 5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Hausarbeiten Häufigkeit			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Angehörige	8	3	5
Arbeitsbelastung	2	2	22
Arbeitszeit	4	26	7
Arbeitszufriedenheit	3	6	14
Aufgabenverteilung	8	5	4
Balanced Scorecard	6	3	2
Beschwerdemanagement	2	22	6
Betreuung	2	13	8
Betriebliche Gesundheitsförderung	12	4	5
Burnout	2	3	6
Case Management	10	7	2
Dekubitus	3	15	8
Dokumentation	2	18	5
Fehlzeit	2	2	2
Führungskräfte	6	2	3
Gesundheit	3	3	5
Gesundheitsförderung	7	3	2
Gewalt	7	4	5
Lebensqualität	2	2	3
Palliativ	10	2	4
Personalentwicklung	21	5	4
Personalführung	12	4	9
Personalgespräch	4	17	6
Pflegediagnose	3	10	8
Pflegekonzept	6	3	6
Pflegeleistung	3	3	4
Pflegeorganisation	2	15	4
Pflegeprozess	5	7	3

Hausarbeiten Häufigkeit			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Schnittstellenmanagement	3	6	3
Sterben	7	5	3
Unternehmenskultur	4	3	5
Wohnen	10	9	4
Zertifizierung	2	8	4

Tabelle A.4.4-3: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (absolute Häufigkeiten)
[<5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

Hausarbeiten Prozent			
Schwerpunkt	Diplom	Projektmanagement	Empirische Studie
Angehörige	1,11	,30	,67
Arbeitsbelastung	,28	,20	2,94
Arbeitszeit	,56	2,64	,94
Arbeitszufriedenheit	,42	,61	1,87
Aufgabenverteilung	1,11	,51	,53
Balanced Scorecard	,84	,30	,27
Beschwerdemanagement	,28	2,24	,80
Betreuung	,28	1,32	1,07
Betriebliche Gesundheitsförderung	1,67	,41	,67
Burnout	,28	,30	,80
Case Management	1,39	,71	,27
Dekubitus	,42	1,52	1,07
Dokumentation	,28	1,83	,67
Fehlzeit	,28	,20	,27
Führungskräfte	,84	,20	,40
Gesundheit	,42	,30	,67
Gesundheitsförderung	,97	,30	,27
Gewalt	,97	,41	,67
Lebensqualität	,28	,20	,40
Palliativ	1,39	,20	,53
Personalentwicklung	2,92	,51	,53
Personalführung	1,67	,41	1,20
Personalgespräch	,56	1,73	,80
Pflegediagnose	,42	1,02	1,07
Pflegekonzept	,84	,30	,80
Pflegeleistung	,42	,30	,53
Pflegeorganisation	,28	1,52	,53
Pflegeprozess	,70	,71	,40
Schnittstellenmanagement	,42	,61	,40
Sterben	,97	,51	,40
Unternehmenskultur	,56	,30	,67
Wohnen	1,39	,91	,53
Zertifizierung	,28	,81	,53

Tabelle A.4.4-4: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen (relative Häufigkeiten)
[<5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

A.4.4.2 Profildiagramm | Vergleich

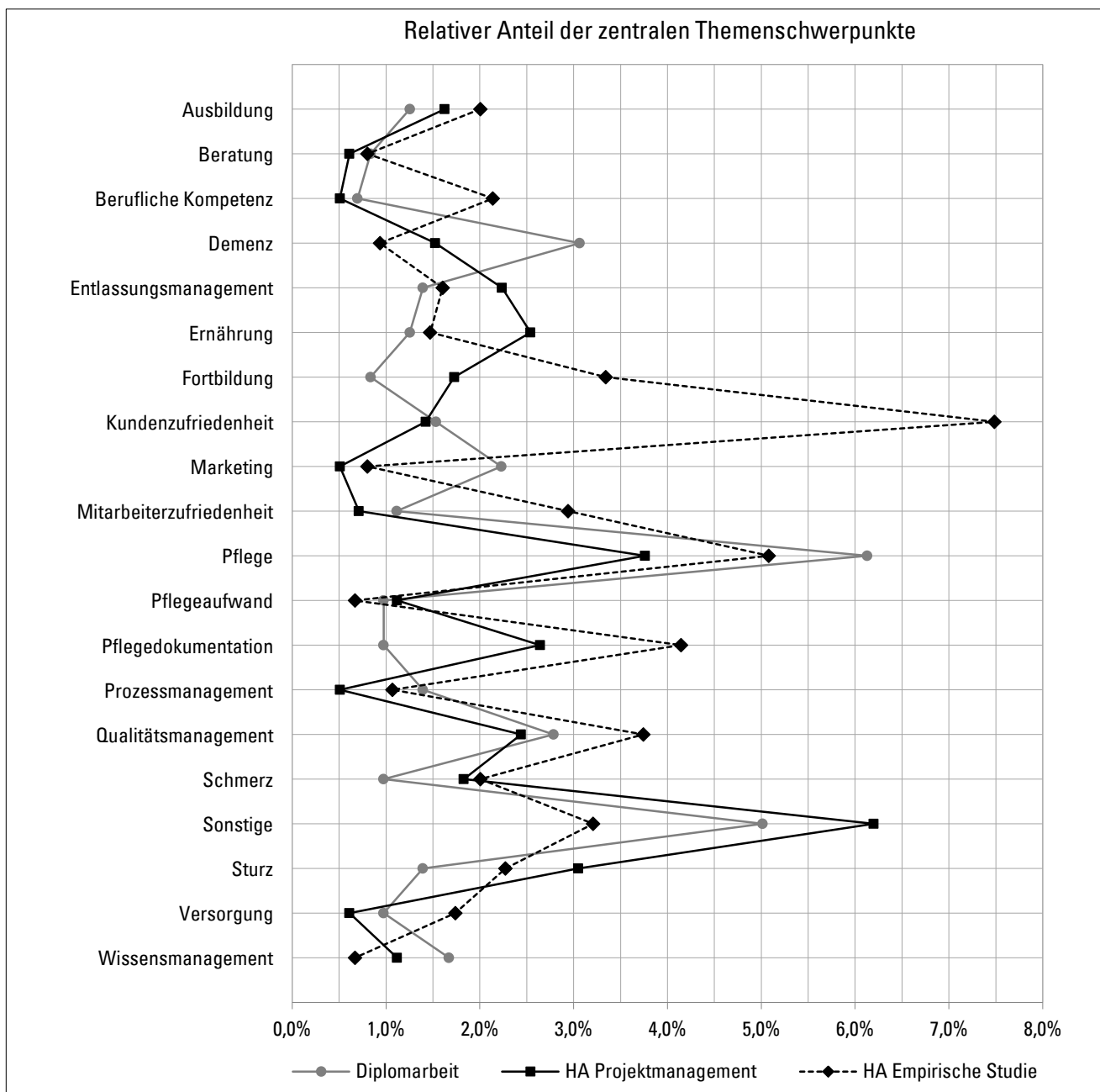


Abbildung A.4.4-1: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen [≥5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

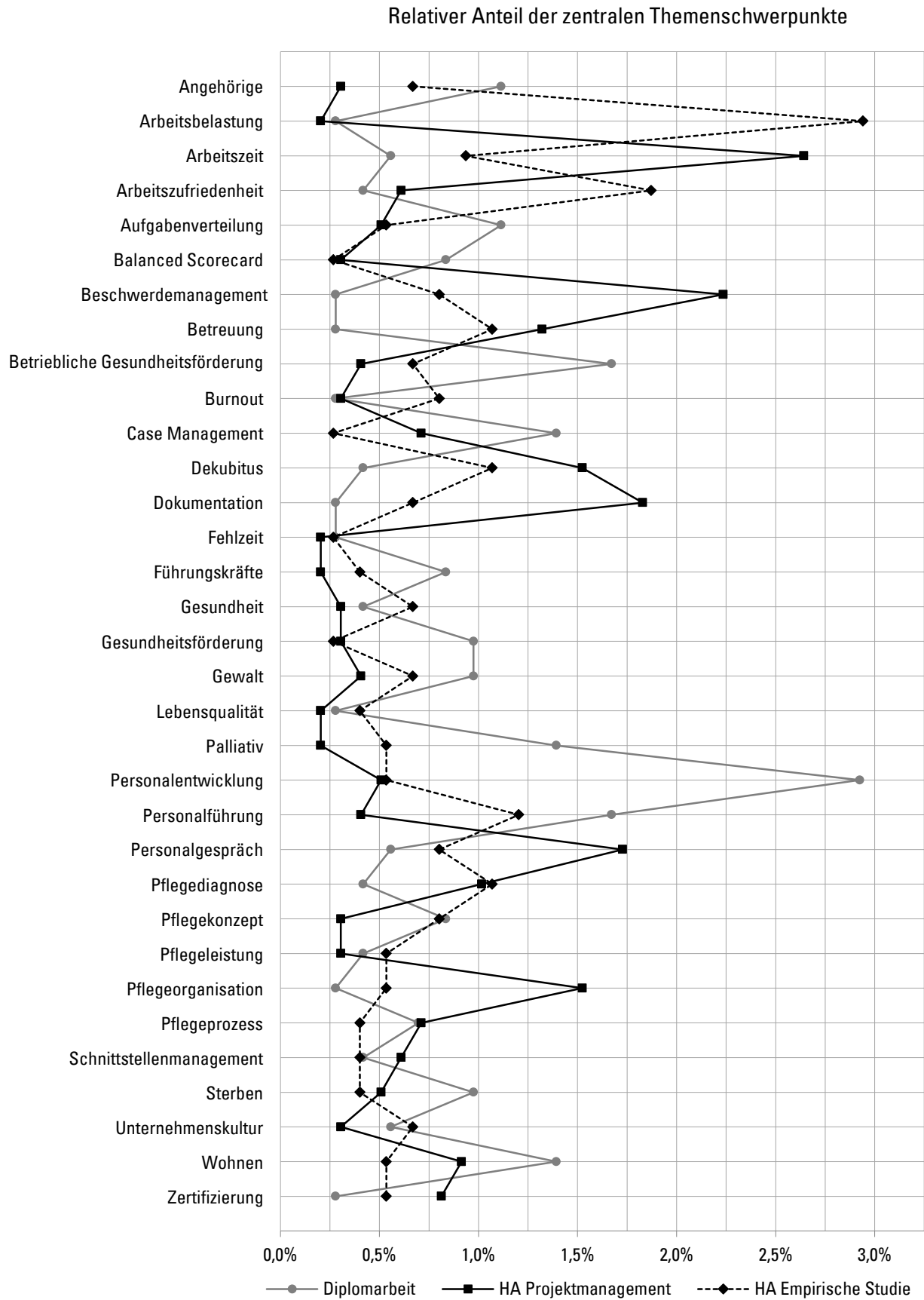


Abbildung A.4.4-2: Zentraler Themenschwerpunkt [HK] – Vergleich der Hausarbeitsthemen [<5 Nennungen] (eigene Darstellung nach Hamburger Fern-Hochschule 2014e)

A.5 Auszug | Rahmenablaufplan

A.5.1 Grundstudium | 25. August 2007

Stunden	Studienfach	Stoff	Lehrangebot Prüfungsleistung Studienleistung
2	Allg. BWL/Rechnungswesen	SB 7	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussion der Grundlagen des betrieblichen Rechnungswesens - Reflexion der kaufmännischen Buchführung und ihrer Organisation - Übung der kaufmännischen Buchführung
2	Allg. BWL/Rechnungswesen	SB 8	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussion der rechtlichen Grundlagen für Jahresabschluss und Bilanz - Reflexion der Grundlagen ordnungsgemäßer Buchführung - Bewertung von Jahresabschlüssen und Bilanzen
2	Soziologie	SB 6 SB 7	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion soziologischer Aspekte der Professionalisierungsdiskussion in der Pflege - Diskussion von Organisation und Strukturen in der stationären Pflege - Reflexion der Vor- und Nachteile von Führungsmodellen aus soziologischer Sicht

A.5.2 Hauptstudium | 12. April 2007

Stunden	Studienfach	Stoff	Lehrangebot Prüfungsleistung Studienleistung
2	Wahlpflichtfach Personalmanagement	SB 1	- Erörterung der Instrumente der Personalbedarfsbestimmung und Personalbedarfsdeckung
2	Wahlpflichtfach Personalmanagement	SB 2	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussion von Beurteilungsinstrumenten - Übung Personaleinsatzplanung im stationären Bereich
2	Wahlpflichtfach Personalmanagement	SB 3	- Übung zum Personalcontrolling

A.6 Dokumentation | Ergebnisse Studienmaterial

A.6.1 Grafiken | Grundstudium (Seitenumfang)

A.6.1.1 Grafiken | Studienfächer

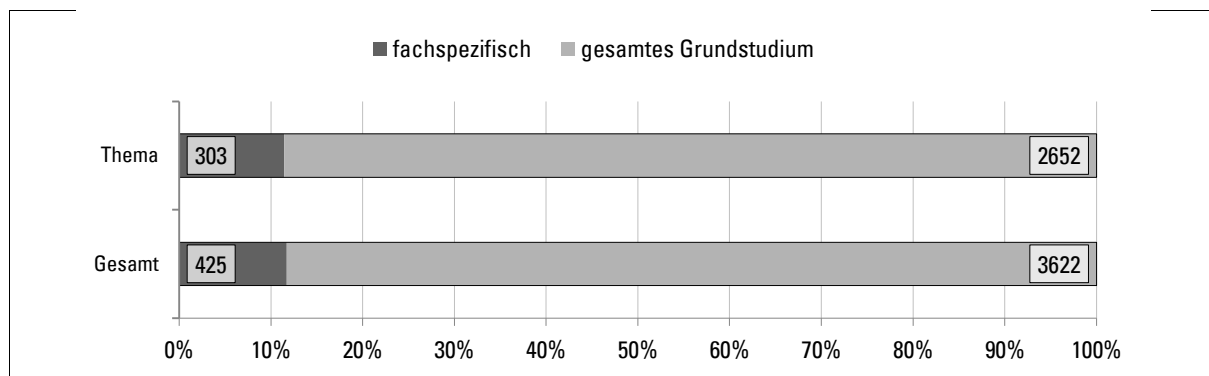


Abbildung A.6.1-1: Studienfach Pflegewissenschaft I – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

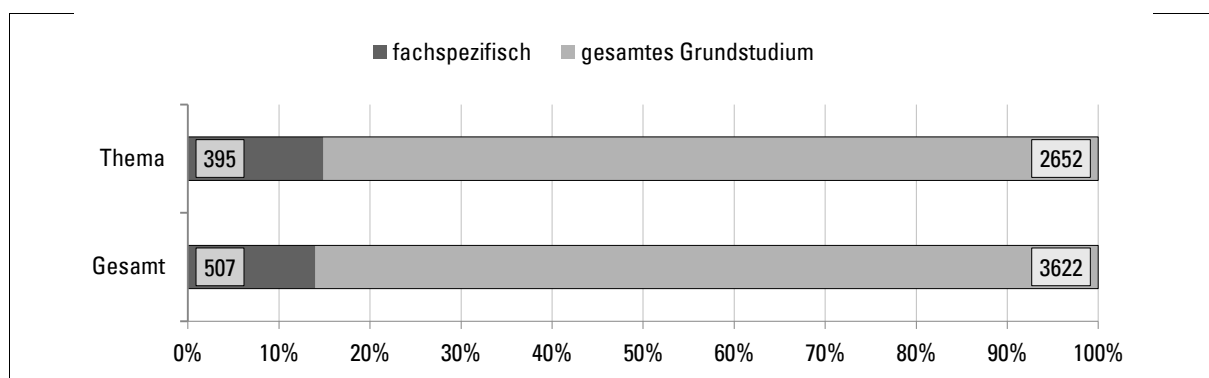


Abbildung A.6.1-2: Studienfach Allg. Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

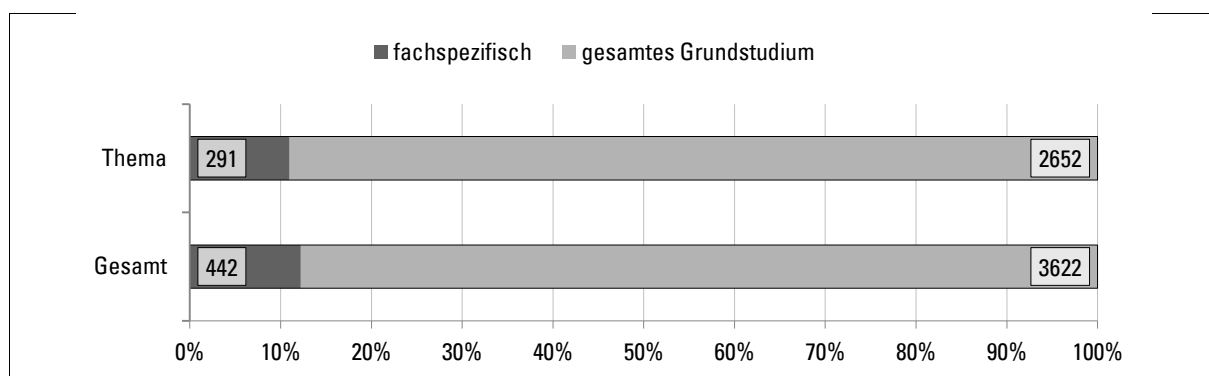


Abbildung A.6.1-3: Studienfach Soziologie – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

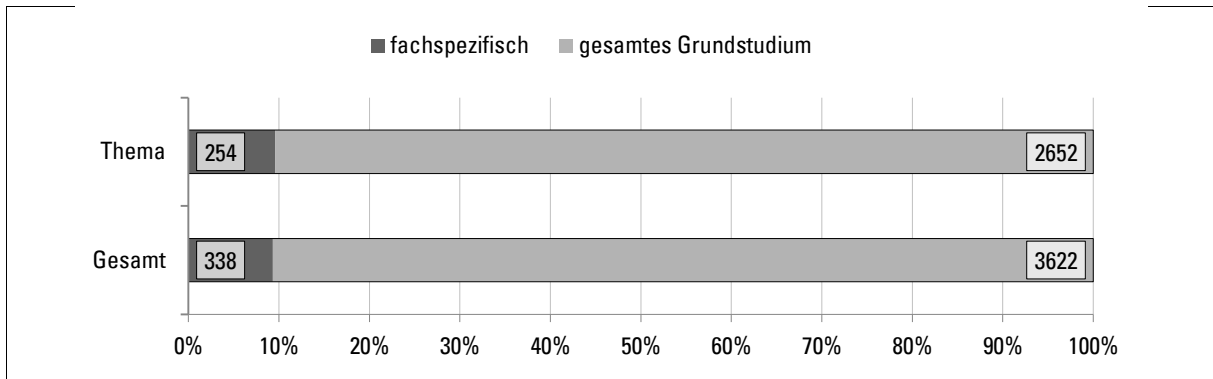


Abbildung A.6.1-4: Studienfach Psychologie – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

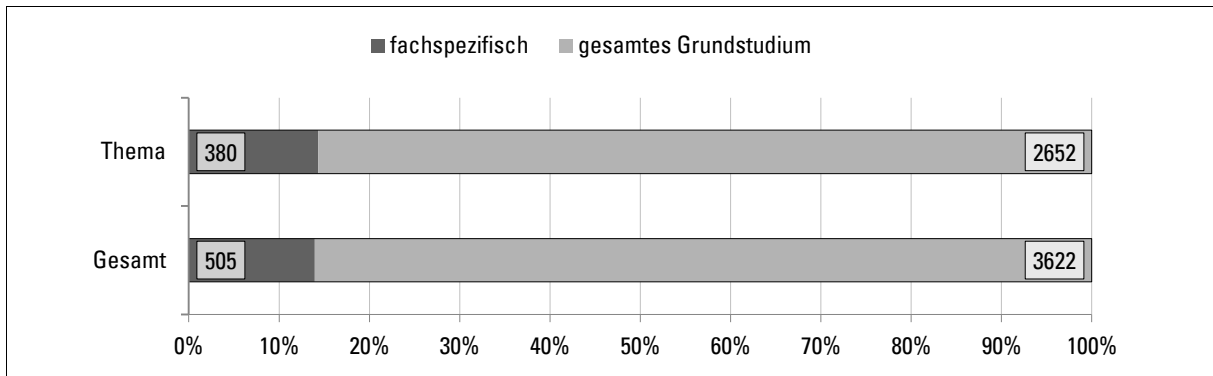


Abbildung A.6.1-5: Studienfach Recht der Pflege – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

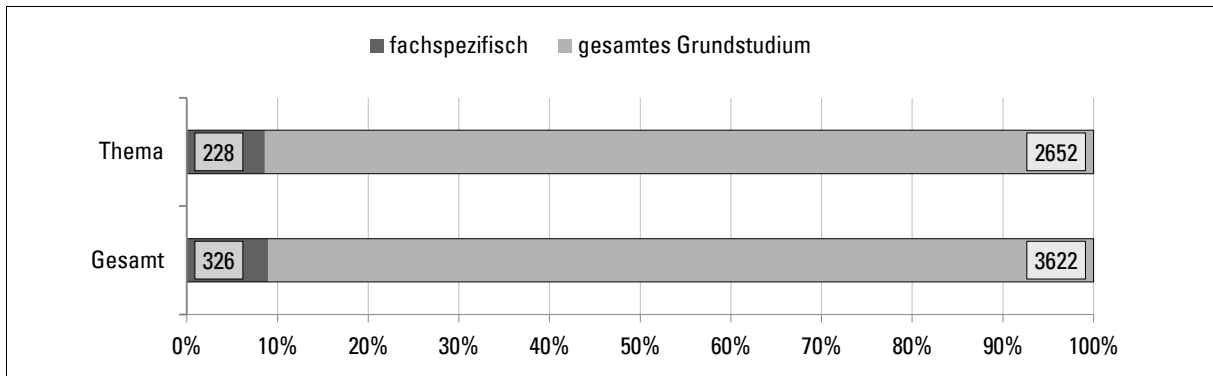


Abbildung A.6.1-6: Studienfach Gesundheitswissenschaft – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

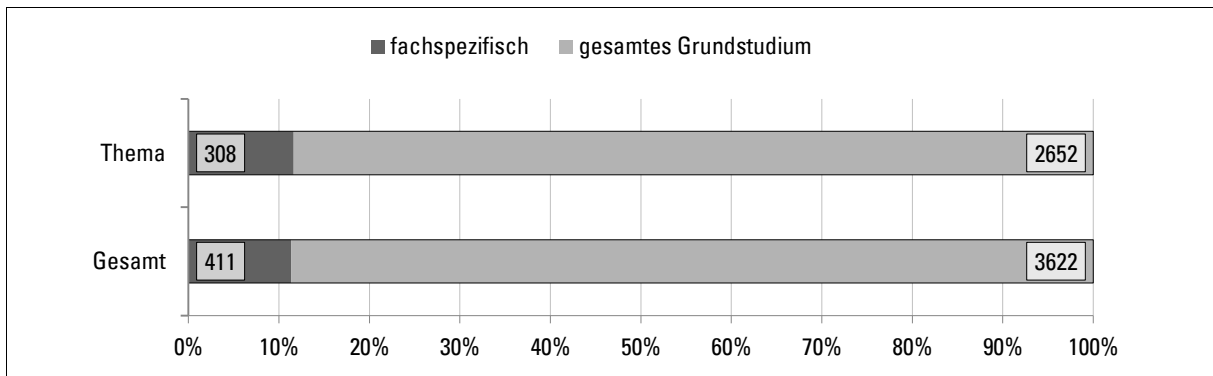


Abbildung A.6.1-7: Studienfach Gesundheitsökonomie und -politik – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

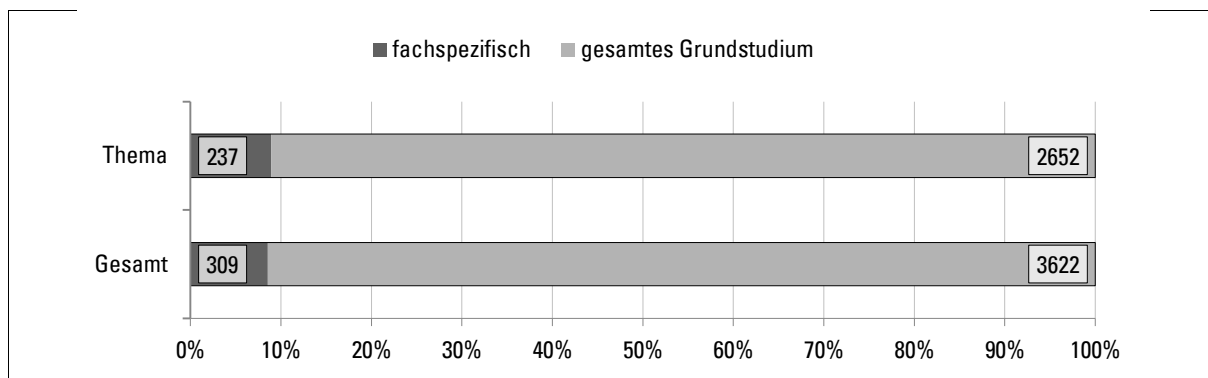


Abbildung A.6.1-8: Studienfach Empirische Methoden – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

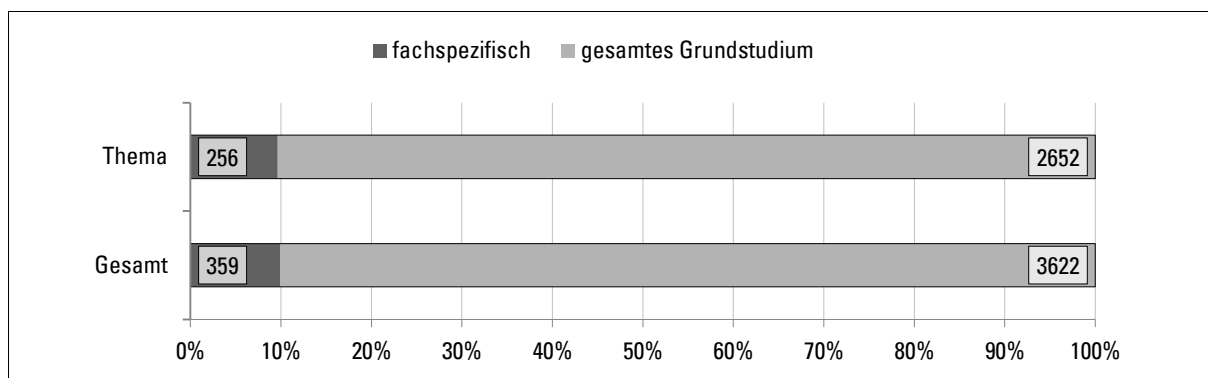


Abbildung A.6.1-9: Studienfach Pflegemanagement I – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

A.6.1.2 Grafiken | Übersicht

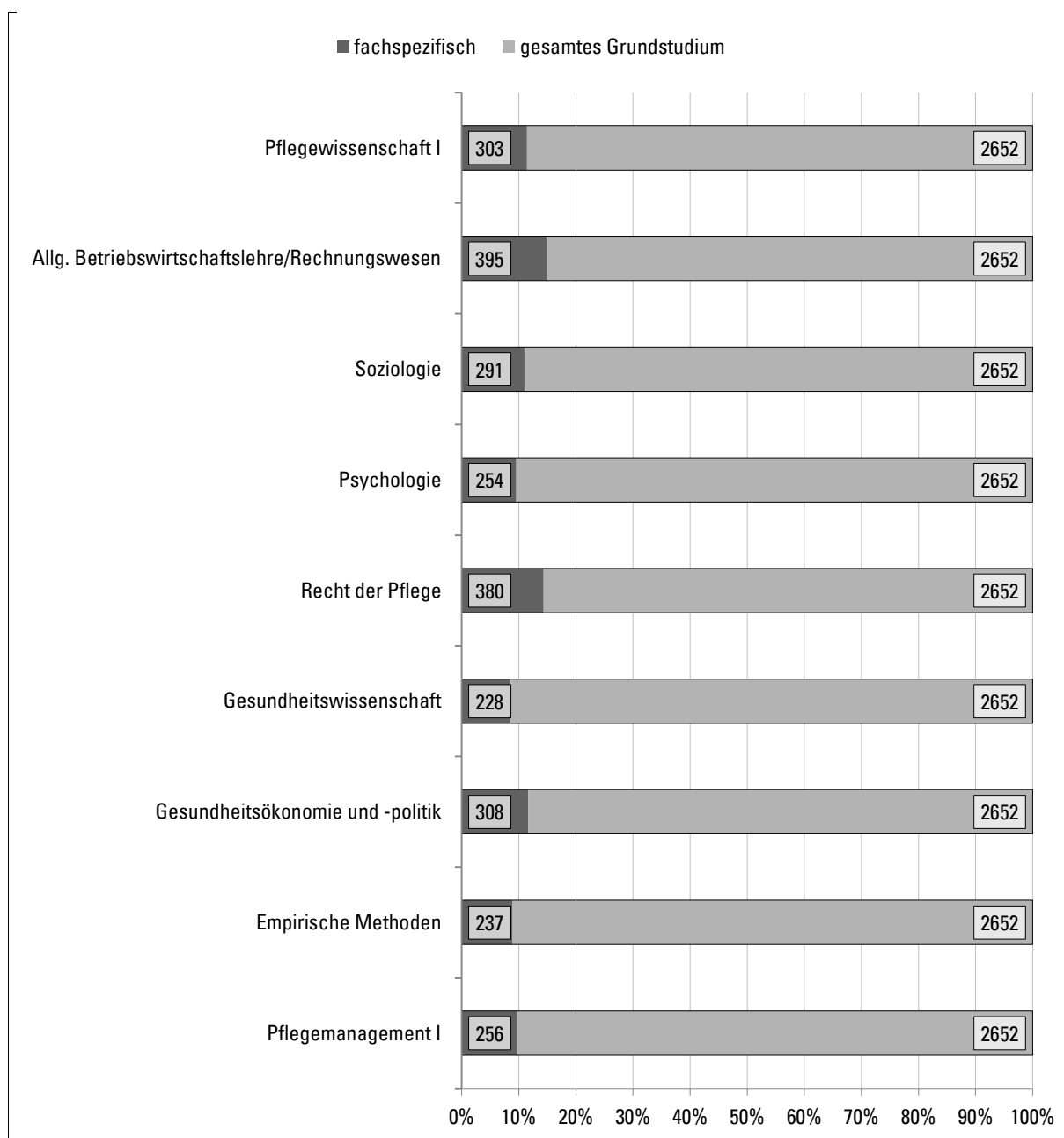


Abbildung A.6.1-10: Studienfächer im Grundstudium – Seitenumfang [Thema] (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

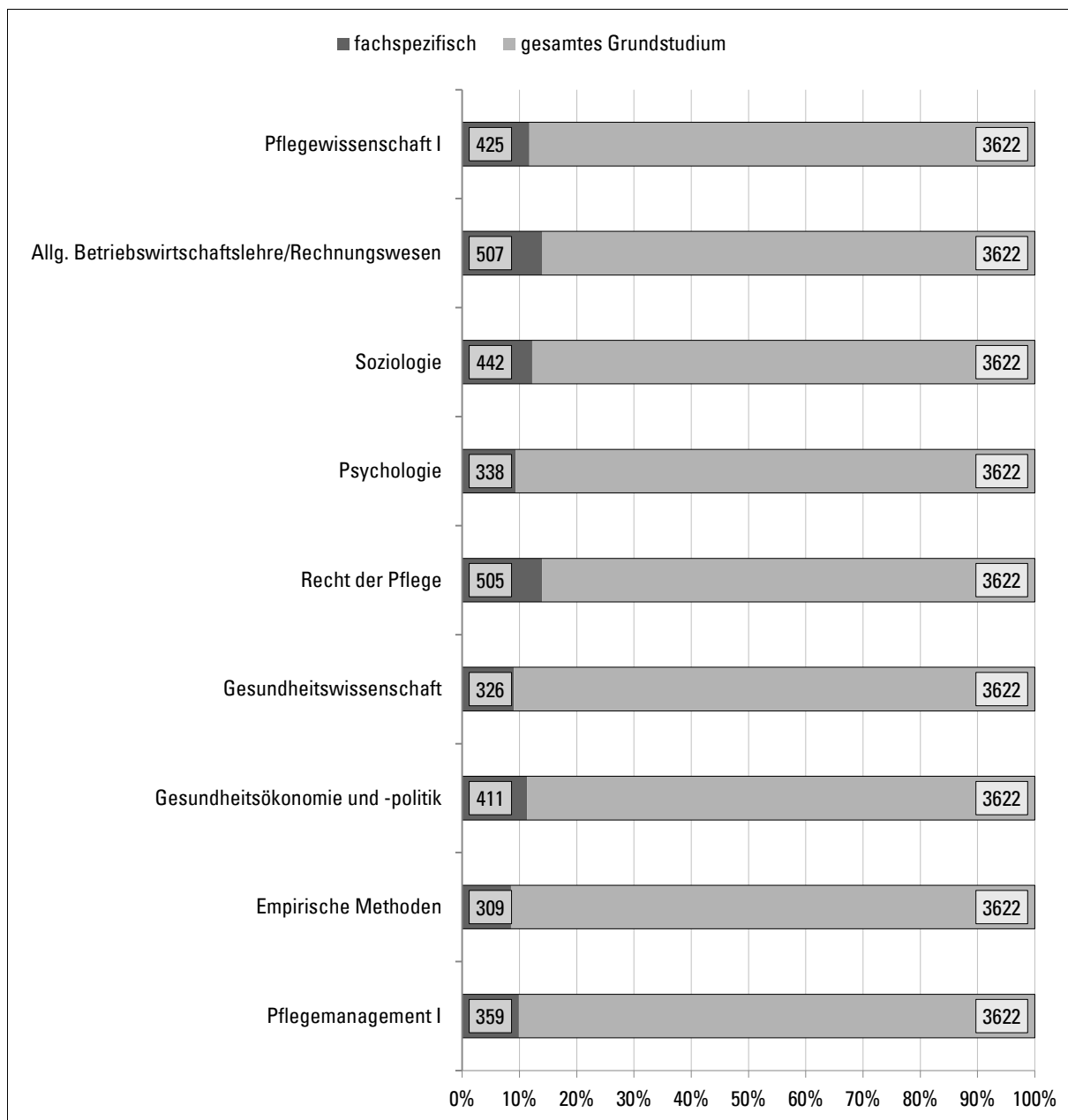


Abbildung A.6.1-11: Studienfächer im Grundstudium – Seitenumfang [Gesamt] (eigene Berechnung nach Anhang B.2.1)

A.6.2 Grafiken | Hauptstudium (Seitenumfang)

A.6.2.1 Grafiken | Studienfächer

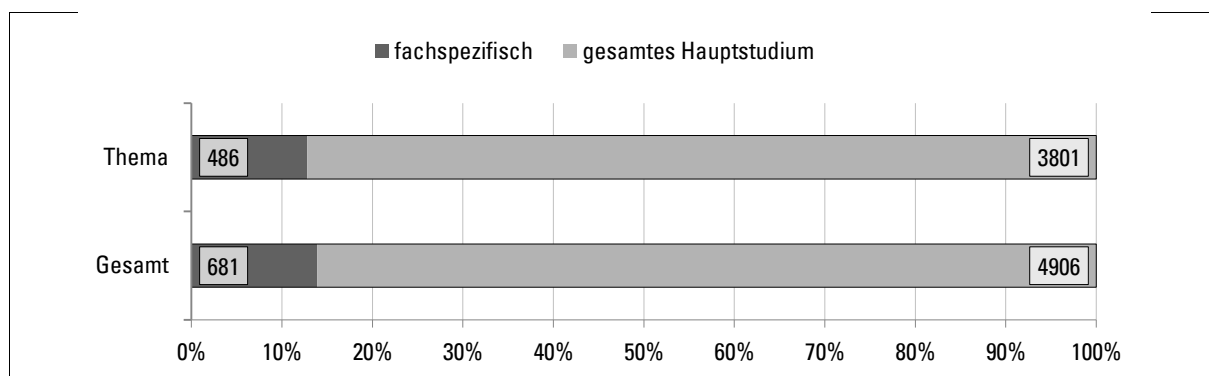


Abbildung A.6.2-1: Studienfach Pflegewissenschaft II – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

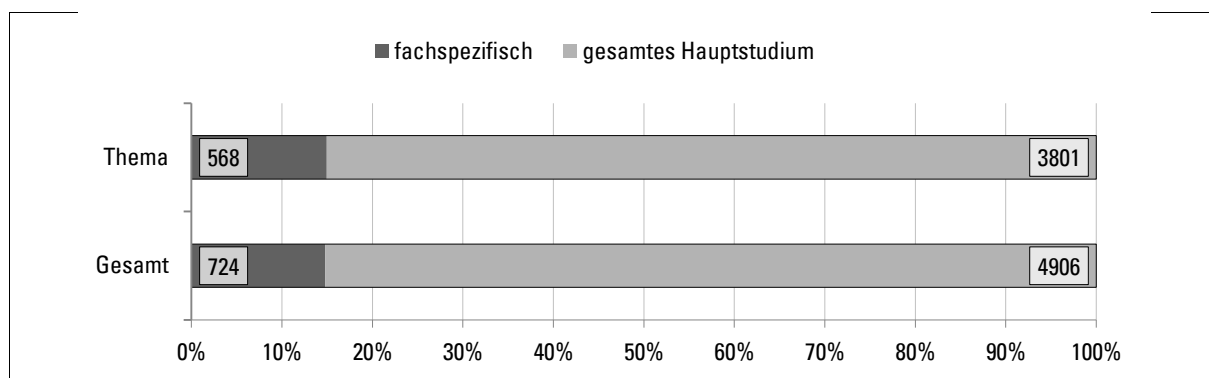


Abbildung A.6.2-2: Studienfach Allg. Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

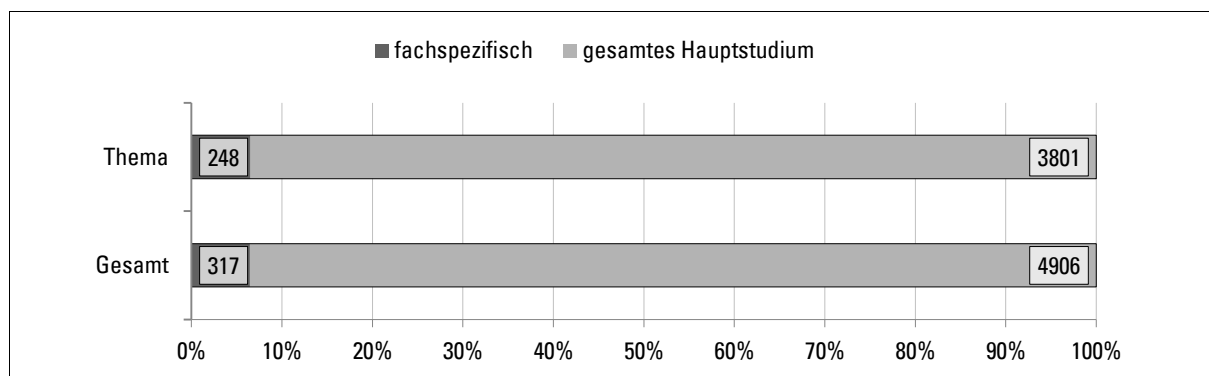


Abbildung A.6.2-3: Studienfach Methoden und Techniken – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

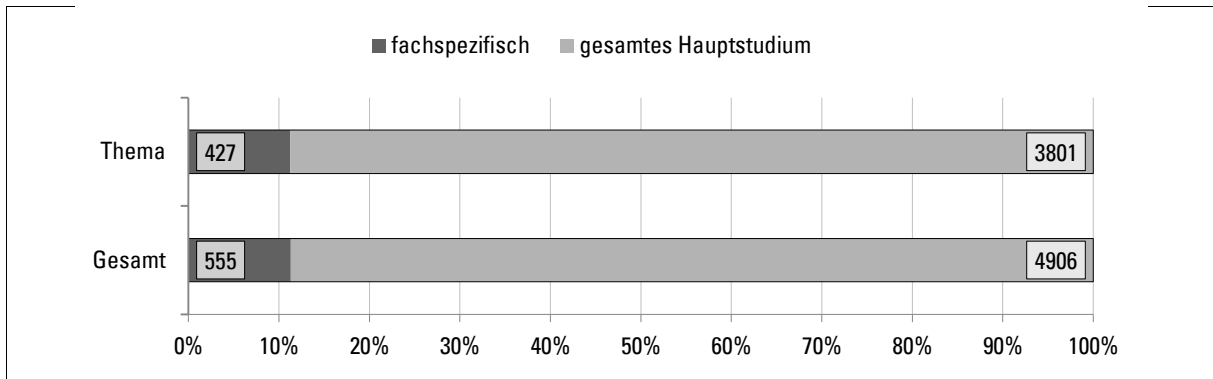


Abbildung A.6.2-4: Studienfach Pflegemanagement II – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

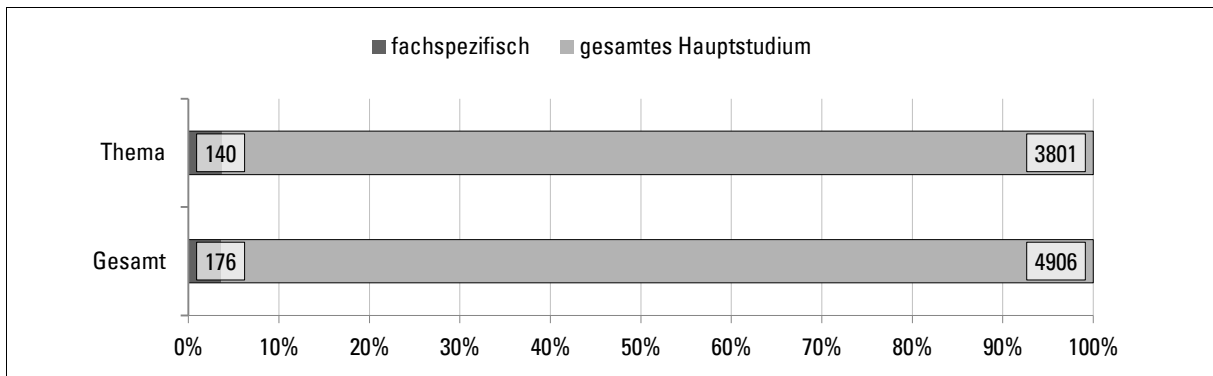


Abbildung A.6.2-5: Studienfach Informations- und Kommunikationstechnologien – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

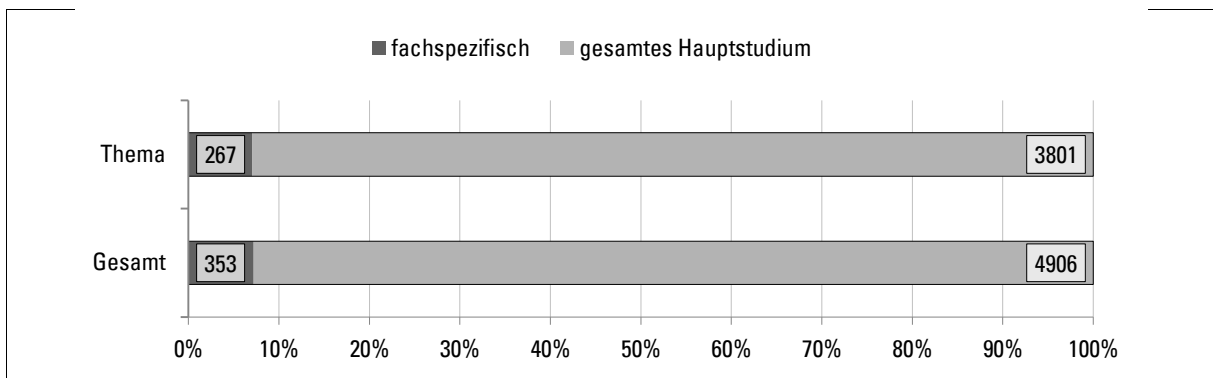


Abbildung A.6.2-6: Studienfach Arbeitswissenschaft – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

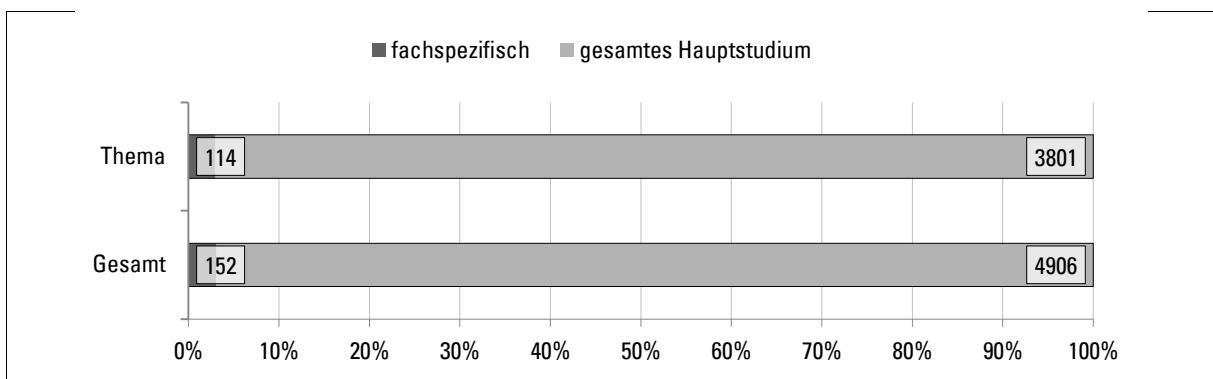


Abbildung A.6.2-7: Studienfach Betriebliches Umweltmanagement – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

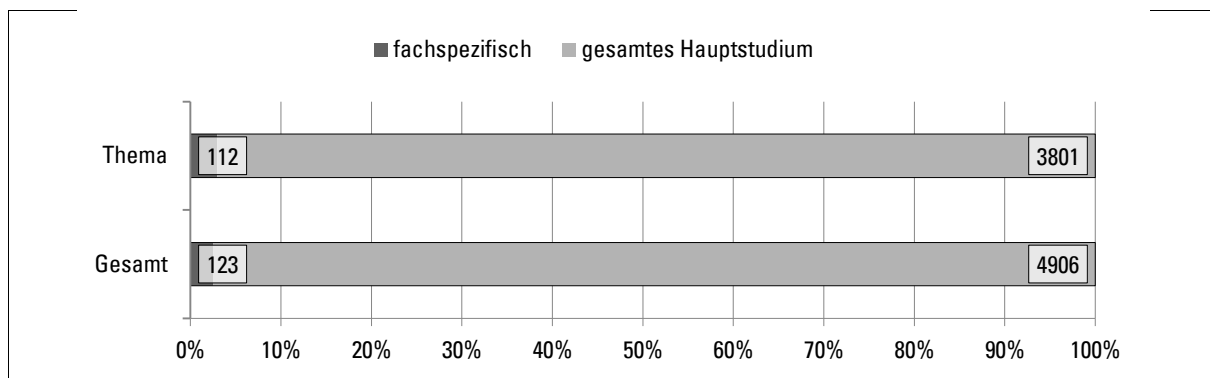


Abbildung A.6.2-8: Studienfach Vernetzung und Koordination – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

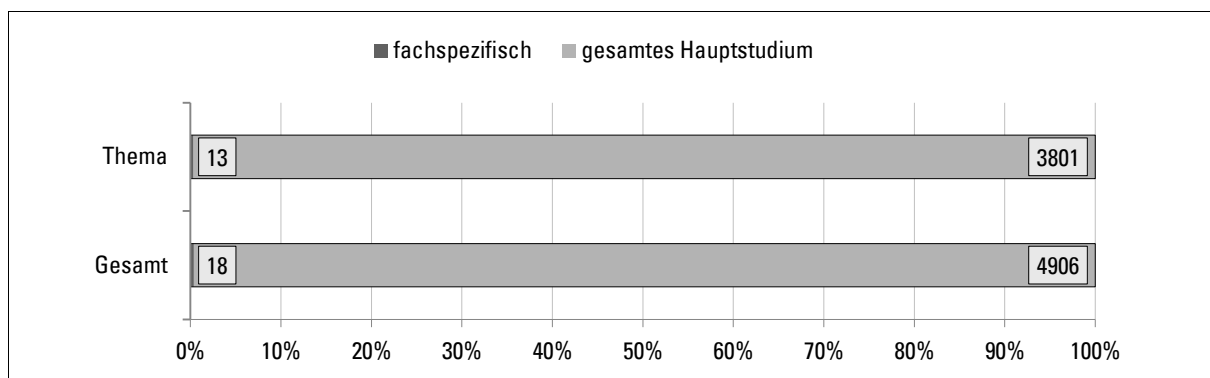


Abbildung A.6.2-9: Studienfach Empirische Studie – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

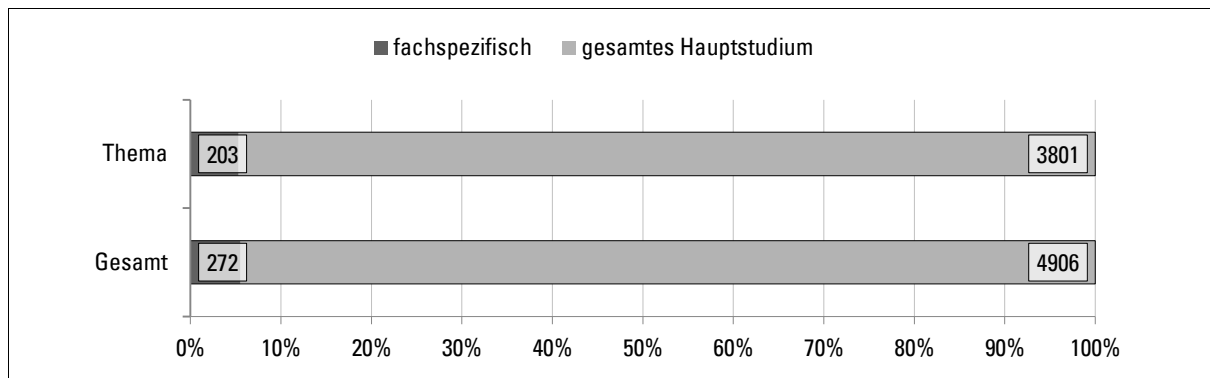


Abbildung A.6.2-10: Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

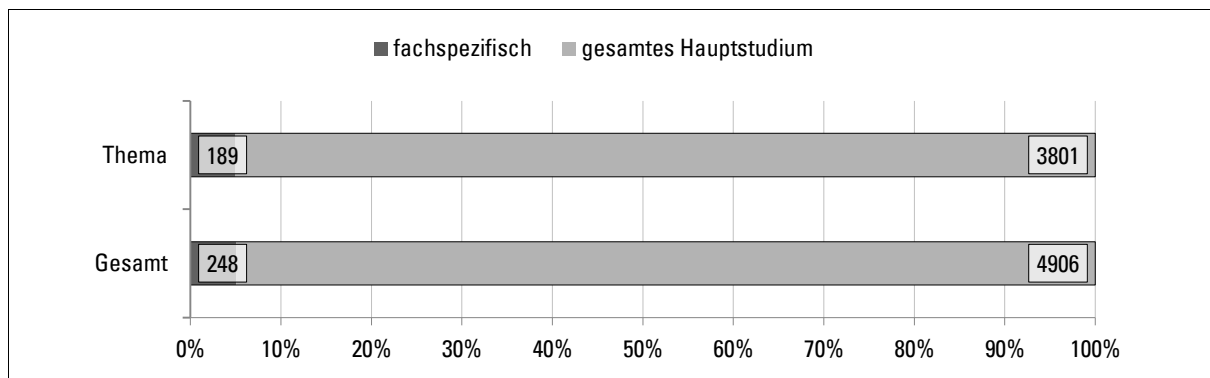


Abbildung A.6.2-11: Wahlpflichtfach Personalmanagement – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

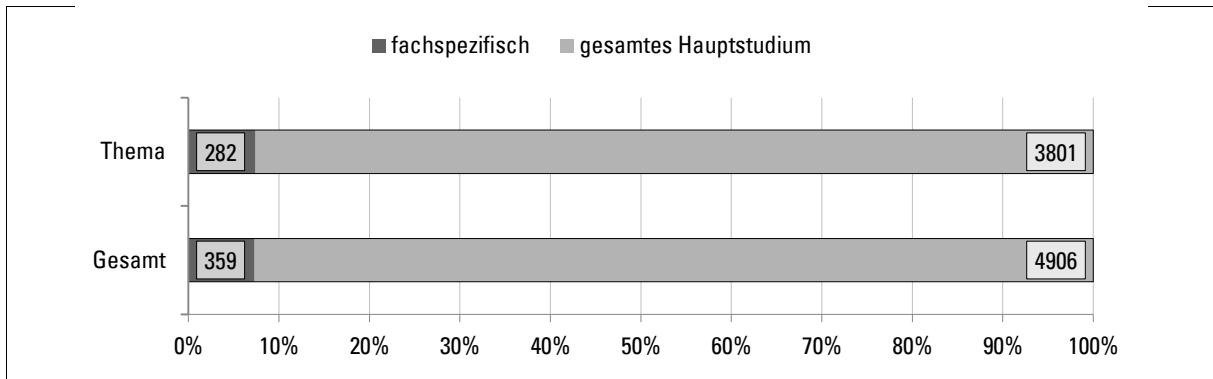


Abbildung A.6.2-12: Wahlpflichtfach Organisationsmanagement – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

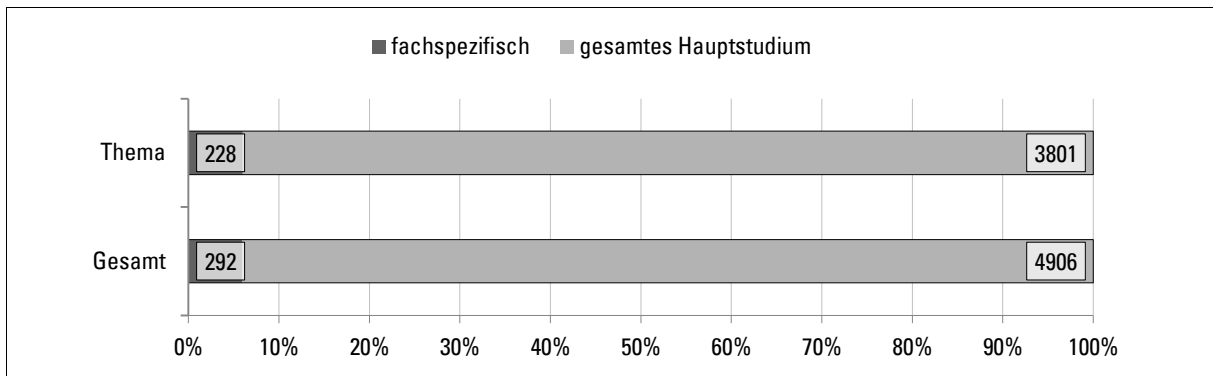


Abbildung A.6.2-13: Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

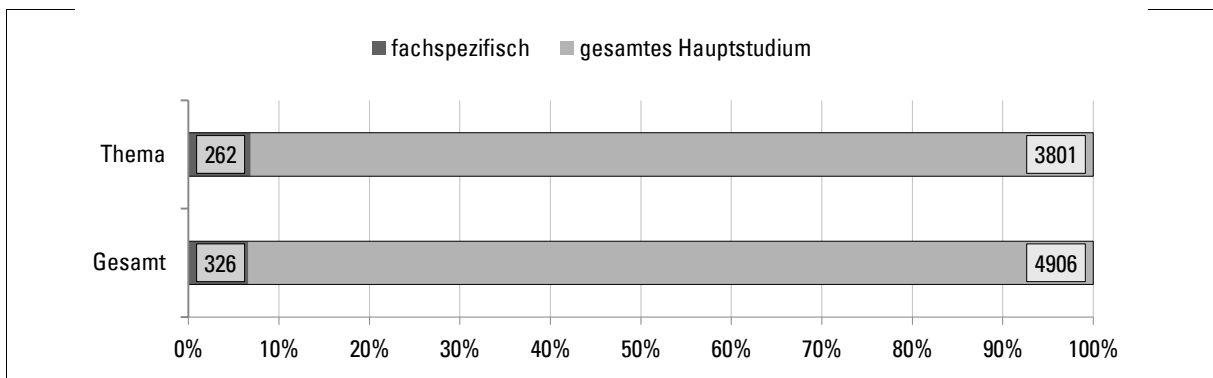


Abbildung A.6.2-14: Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

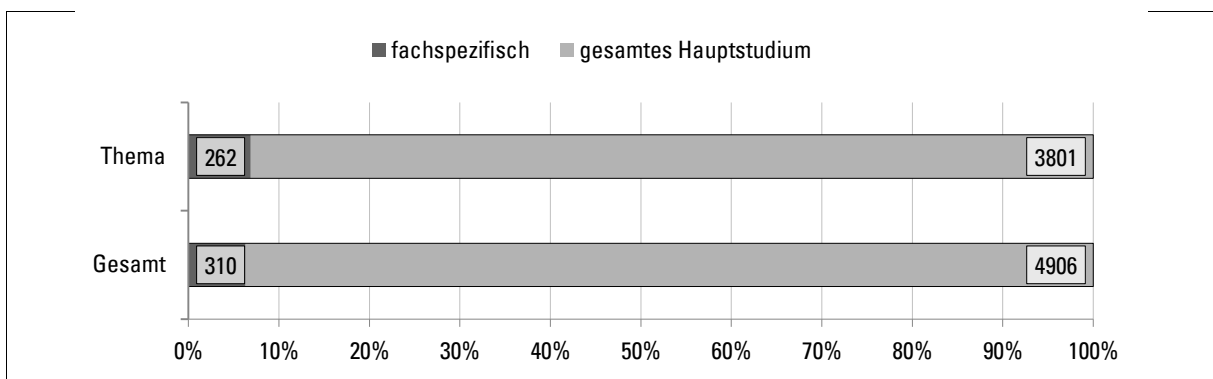


Abbildung A.6.2-15: Studienschwerpunkt Ambulante Dienste – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

A.6.2.2 Grafiken | Übersicht

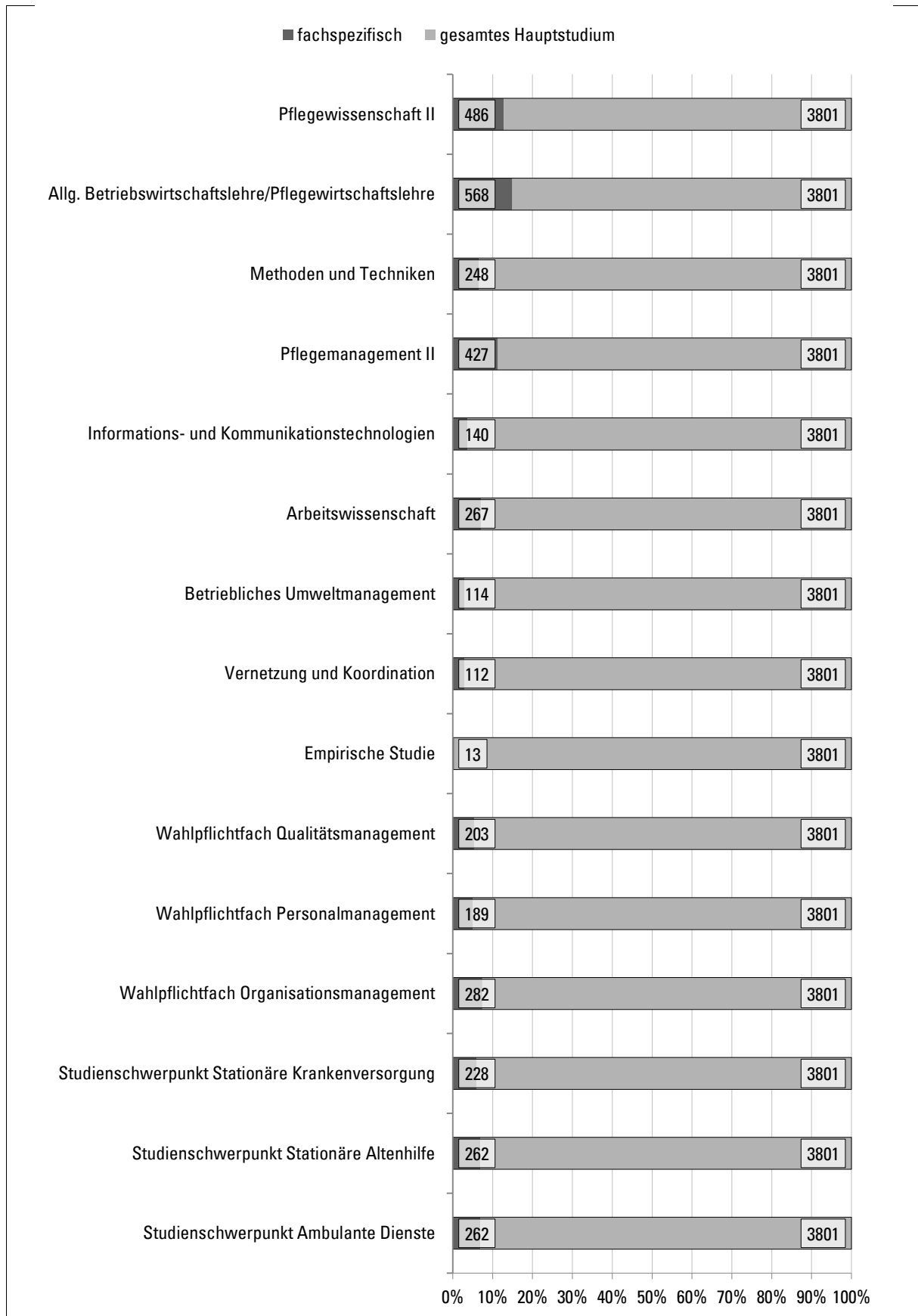


Abbildung A.6.2-16: Studienfächer im Hauptstudium – Seitenumfang [Thema] (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

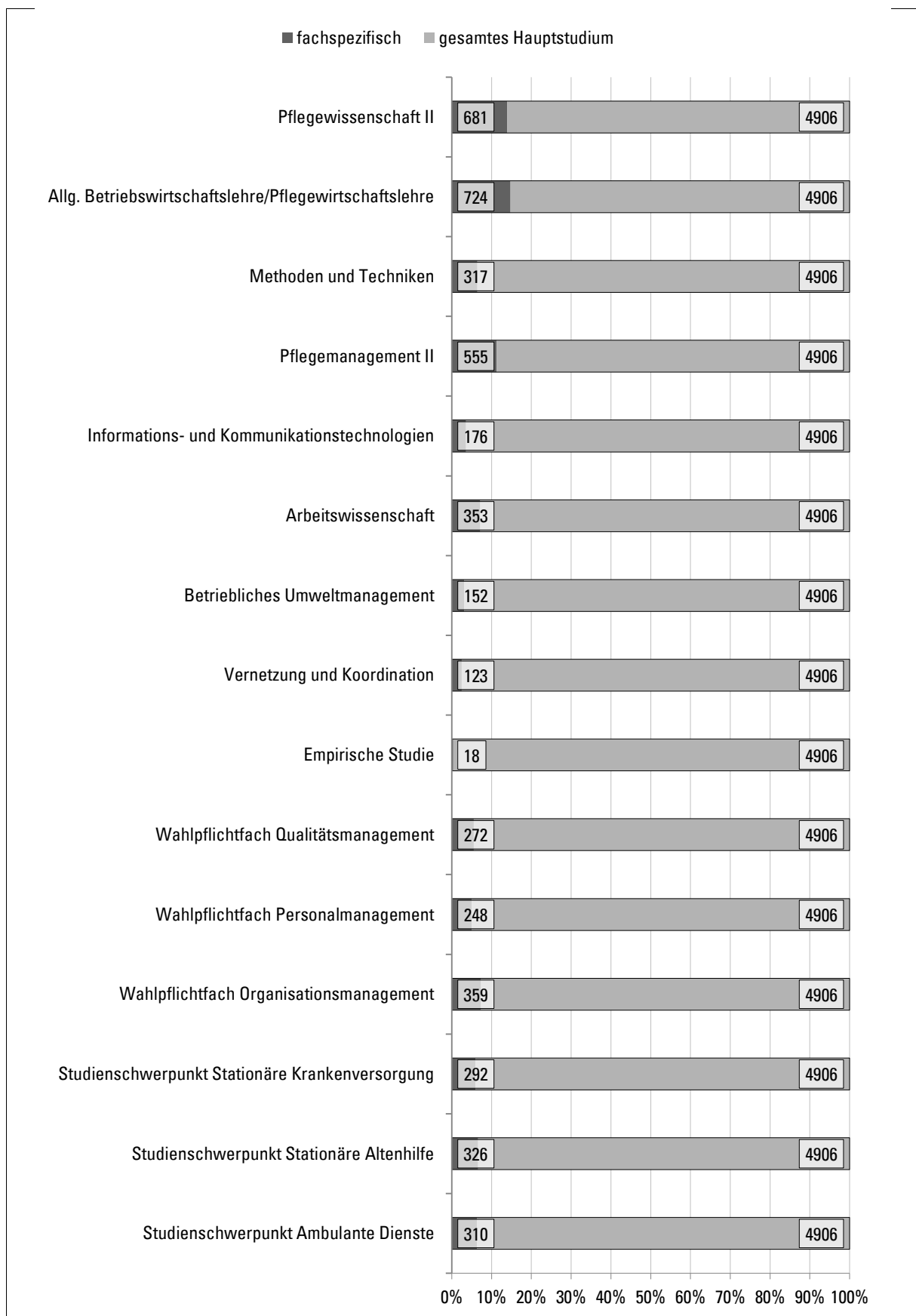


Abbildung A.6.2-17: Studienfächer im Hauptstudium – Seitenumfang [Gesamt] (eigene Berechnung nach Anhang B.2.2)

A.6.3 Häufigkeitstabelle | Seitenumfang

Studienabschnittfach	Thema		Gesamt	
	absolut	relativ	absolut	relativ
Grundstudium	2652	100,0 %	3622	100,0 %
Pflegerwissenschaft I	303	11,4 %	425	11,7 %
Allg. Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen	395	14,9 %	507	14,0 %
Soziologie	291	11,0 %	442	12,2 %
Psychologie	254	9,6 %	338	9,3 %
Recht der Pflege	380	14,3 %	505	13,9 %
Gesundheitswissenschaft	228	8,6 %	326	9,0 %
Gesundheitsökonomie und -politik	308	11,6 %	411	11,3 %
Empirische Methoden	237	8,9 %	309	8,5 %
Pflegermanagement I	256	9,7 %	359	9,9 %
Hauptstudium	3801	100,0 %	4906	100,0 %
Pflegerwissenschaft II	486	12,8 %	681	13,9 %
Allg. Betriebswirtschaftslehre/Pflegerwirtschaftslehre	568	14,9 %	724	14,8 %
Methoden und Techniken	248	6,5 %	317	6,5 %
Pflegermanagement II	427	11,2 %	555	11,3 %
Informations- und Kommunikationstechnologien	140	3,7 %	176	3,6 %
Arbeitswissenschaft	267	7,0 %	353	7,2 %
Betriebliches Umweltmanagement	114	3,0 %	152	3,1 %
Vernetzung und Koordination	112	2,9 %	123	2,5 %
Empirische Studie	13	,3 %	18	,4 %
Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement	203	5,3 %	272	5,5 %
Wahlpflichtfach Personalmanagement	189	5,0 %	248	5,1 %
Wahlpflichtfach Organisationsmanagement	282	7,4 %	359	7,3 %
Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung	228	6,0 %	292	6,0 %
Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe	262	6,9 %	326	6,6 %
Studienschwerpunkt Ambulante Dienste	262	6,9 %	310	6,3 %
<i>Insgesamt</i>	<i>6453</i>	<i>100 %</i>	<i>8528</i>	<i>100 %</i>

Tabelle A.6.3-1: Studienfächer im Studiengang Pflegemanagement – Seitenumfang (eigene Berechnung nach Anhang B.2)

Anhang B

Pflegemanagement im Fernstudium

Eine Evaluationsstudie zum Qualifikationsprofil
des Diplomstudienganges Pflegemanagement
an der Hamburger Fern-Hochschule (HFH)

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor rerum politicarum
(Dr. rer. pol.)

an der
Universität Hamburg
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Gutachter
Prof. Dr. Alfred Oppolzer

vorgelegt von

Thomas Rosenthal
Dipl.-Sozialökonom
Am Deich 7a
25335 Elmshorn

30. September 2015

Anhang B | Verzeichnis

Anhang B Verzeichnis	2
Hinweis zu Anhang B	3
B.1 Dokumentation Hausarbeitsthema	4
B.1.1 Projektmanagement	4
B.1.2 Empirische Studie	45
B.1.3 Diplomarbeit	76
B.2 Dokumentation Lehrinhalt:	105
B.2.1 Studienmaterialien Grundstudium	105
B.2.2 Studienmaterialien Hauptstudium	116
B.3 Auszug Curriculum	131
B.3.1 Grundstudium Pflegewissenschaft I.....	131
B.3.2 Hauptstudium Arbeitswissenschaft.....	132

Hinweis zu Anhang B

Anhang B stellt (im Querformat) Dokumente und Materialien zur Studie bereit. Damit sollen die für die vorliegende Untersuchung verwendeten Daten transparent und nachvollziehbar belegt werden. Anhang B gliedert sich in drei Kapitel:

- Anhang B.1 dokumentiert sämtliche für die Inhaltsanalyse verwendeten schriftlichen Hausarbeitsthemen – zum Projektmanagement (B.1.1), zur Empirischen Studie (B.1.2) und zur Diplomarbeit (B.1.3) im Diplomstudiengang Pflegemanagement. Bei den Angaben handelt es sich um die von den Studierenden freigegebenen Hausarbeitstitel – die Übersicht basiert auf den Angaben der Hamburger Fern-Hochschule (2014e).
- Anhang B.2 dokumentiert alle im Diplomstudiengang Pflegemanagement vermittelten Lehrinhalte auf der Basis der eingesetzten Studienmaterialien (Studienbriefe, Studienanleitungen, Reader) bzw. Begleitmaterialien (CD mit z. B. Studien oder Gutachten) im Grundstudium (B.2.1) und Hauptstudium (B.2.2). Zusätzlich erfolgt eine Angabe der Seitenzahl – damit soll der Umfang der für die Studierenden zu bearbeitenden Lehrinhalte angegeben werden. Dazu werden einerseits die Kapitel der Studienbriefe auf der zweiten Gliederungsebene (die eigentlichen fachlichen Themen und Inhalte) genannt und die entsprechenden Seitenzahlen erfasst. Darüber hinaus wird andererseits die Gesamtseitenzahl der einzelnen Studienbriefe aufgeführt (mit Einleitung, Lösungen zu den Übungsaufgaben, Glossar und Literaturverzeichnis). Bei den anderen Studienmaterialien bzw. Begleitmaterialien wird der von den Studierenden zu bearbeitende Seitenumfang angegeben.
- Anhang B.3 präsentiert einen kurzen Auszug aus dem Curriculum des Diplomstudienganges Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule – für das Grundstudium (B.3.1) das Studienfach Pflegewissenschaft I und für das Hauptstudium (B.3.2) das Studienfach Arbeitswissenschaft (Görres, Gebert 1999: 7; Oppolzer 1999: 6).

B.1 Dokumentation | Hausarbeitsthema

B.1.1 Projektmanagement

Nr.	Titel
1	Geburts-Tag – im Klinikum kommen Babys gut an. Tag der offenen Tür im Klinikum Hildesheim am 28.05.2011
2	In Starnberg verbunden. Entwicklung und Evaluation von Synergien zweier Altenpflegeheime zur Gründung eines Altenhilfeverbundes Starnberg auf Basis einer Matrixorganisation
3	Mach mit – bleib fit. Planung eines Gesundheitstages für beruflich Pflegende im Bereich der Altenpflege
4	Mangelernährung muss nicht sein. Erfassung von Mangelernährung in einer Pflegeeinrichtung im bundesweiten Vergleich
5	Mit den Beinen fest im Leben stehen. Eine Projektarbeit zur Implementierung des Nationalen Expertenstandards zur Sturzprophylaxe in der Pflege mit anschließender Zertifizierung
6	Mit Hundtwasser neue Wege gehen. Konzeptentwicklung für einen Fachpflegebereich für Menschen mit Demenz
7	Pflegetnotstand – Nein danke! Neue Mitarbeiter gewinnen und langfristig halten. Erstellung eines Organisationsstandards (Checkliste Einarbeitung neuer Mitarbeiter)
8	Sich beschäftigen, lernen und entwickeln können. Eine empirische Untersuchung über die Auswirkungen der in der Form eines Projektes durchgeführten täglichen Aktivierung auf das Wohlbefinden der Pflegeheimbewohner des Bürgerheims in Tübingen
9	Wie war es denn damals? Ein auf den pflegewissenschaftlichen Ansätzen basierendes Projekt mit den Altenpflegeschülern des Perthes Werkes
10	Wissen von Pflege für Pflege. Ein Pilotprojekt zur Implementierung des Wissensmanagements auf der Intensivstation im Stadtspital Triemli Zürich
11	360°-Feedback. Anwendung im Gesundheitsbereich
12	Abbildung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung in der Pflegedokumentation mittels eines standardisierten Pflegeplans. Ein evaluierender Abschlussbericht
13	Ablösung der Bereitschaftsdienste. Das PANDA-Projekt im LBK Hamburg
14	Aktualisierung des Pflegestandards Sterbebegleitung
15	Aktualisierung und Implementierung der Stationshandbücher von vier ambulanten Pflegestationen eines Trägers auf der Basis des prüfungsrelevanten Anforderungskataloges des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI
16	Aktuelle Ernährungssituation von älteren Menschen in stationären Einrichtungen
17	Akzeptanz des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Maßnahmen zur Optimierung desselben
18	Ambulante Intensivpflege beatmungspflichtiger Menschen. Eine Marktübersicht für Mitteldeutschland
19	Ambulante Pflegedienste im Landkreis Sächsische Schweiz. Untersuchung des Marketingverhaltens anhand des telefonischen Erstkontaktes
20	Analyse der Arbeitsabläufe und Entwicklung eines Konzeptes zur Reorganisation im Bereich des Pflegedienstes und der Servicedienste der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
21	Analyse der Arbeitsprozesse auf einer operativen Intensivstation

Nr.	Titel
22	Analyse der Barrierefreiheit beim Zugang zu Geldausgabeautomaten am Beispiel der Stadt Dresden
23	Analyse der Implementierung des Expertenstandards Ernährung in einer Berliner Seniorenresidenz unter Berücksichtigung des Projektmanagements – Wie ein Projekt in der Pflege abläuft und wie es ablaufen sollte
24	Analyse der Integration von Umschülern der Gesundheits- und Krankenpflege während ihres praktischen Einsatzes im Klinikalltag
25	Analyse der Konsequenzen eines Reorganisationsprozesses im OP-Bereich
26	Analyse der Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Bezugspflege orientiert an den konzeptionellen Aussagen Monika Krohwinkels in einer stationären Altenhilfeeinrichtung
27	Analyse der sozialen und organisatorischen Strukturen auf der Intensivstation der Asklepios Klinik Weißenfels im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung
28	Analyse der Standard Operating Procedures zur Ernährung auf der Anästhesiologischen Intensivstation des Universitätsklinikums Dresden
29	Analyse der Sturzereignisse in einem kommunalen Akutkrankenhaus in Sachsen
30	Analyse des Online-Marketings stationärer Pflegeeinrichtungen in der Stadt Leipzig
31	Analyse und Bewertung zum Expertenstandard. Entlassungsmanagement und Entwicklung eines Pflegeverlegungsberichtes als Instrument zur Qualitätssicherung an den Helios-Kliniken Schwerin
32	Analyse und Konzeption zur Implementierung von Schulungskursen im Rahmen des § 45 SGB XI für das Wohn- und Pflegezentrum Bergeck zum Thema Demenz
33	Analyse und Neuorganisation der Nachtdiensttätigkeiten am Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg
34	Analyse und Optimierung der Prozessabläufe in der Ambulanz
35	Analyse und Weiterentwicklung des bestehenden Beschwerdeerfassungsverfahrens im Brustzentrum des Luisenkrankenhauses
36	Analyse und Weiterentwicklung des Kirchenbesuchsdienstes am Klinikum Freising
37	Analyse von Aggressionsprotokollen im St.-Marien-Krankenhaus Dresden
38	Analyse von Gutachten des MDK und Gutachten freier Pflegesachverständiger zum Zeitaufwand für Hilfen bei den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege
39	Analyse von Stürzen in einer stationären Pflegeeinrichtung
40	Analyse von Sturzereignissen in verschiedenen Fachabteilungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung
41	Analyse vorliegender Sturzereignisprotokolle des Seniorenzentrums Schloßblick
42	Analyse, Weiterentwicklung und Neustrukturierung eines bestehenden Qualitätsmanagementsystems nach KTQ in einem geriatrischen Fachkrankenhaus und in einer geriatrischen Klinik für Rehabilitation
43	Anforderungsprofil und Tätigkeitskatalog für Stationsleitungen. Darstellung des Entstehungsprozesses und der Reflexion des Projektverlaufs
44	Angehörigenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Steigerung der Kundenzufriedenheit
45	Angehörigenbefragung in der stationären Altenpflege

Nr.	Titel
46	Anpassung des täglichen Stationsablaufs zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit auf Station 2 des PKH Andernach
47	Attraktiver Arbeitsplatz RoMed Kliniken. Ein Projekt zur Personalentwicklung im Pflegedienst
48	Aufbau einer CAPD-Einheit in einer ambulanten Dialyseeinrichtung aus pflegerischer Sicht. Rückblick und Modell für den Einsatz der Methoden und Techniken des Projektmanagements
49	Aufbau eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstruktur älterer Menschen
50	Aufbau eines ehrenamtlichen Patientendienstes im Aufnahmebereich der Kliniken Dr. Erler gGmbH
51	Aufbau und Implementation des Kanban- und Barcodesystems für die Arzneimittelversorgung an der Neurologischen Intensivstation in Innsbruck
52	Aufbau und Implementation eines Schulungskonzeptes zum Einsatz eines Patientendaten-Management-Systems in einer anästhesiologischen Intensivstation
53	Auswahl und Umsetzung von Lerneinheiten aus dem Curriculum Gemeinsame Pflegeausbildung für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege
54	Auswertung der Sturzereignisprotokolle in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe
55	Auswertung von Schmerzprotokollen in einer stationären Pflegeeinrichtung
56	Auswertung von Sturzereignisprotokollen einer vollstationären Pflegeeinrichtung aus dem Jahr 2009
57	Auswertung von Sturzereignisprotokollen in einer stationären Pflegeeinrichtung
58	Balanced Scorecard. Einführung im KWA-Fortbildungszentrum für Pflegeberufe in Rothalmünster
59	Bearbeitung des Qualitätsmanagement-Fragenkataloges zur Kategorie 1 (1.3.1, 1.3.2) KTQ 4.0, proCum Cert. Leitung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe und Einberufung neuer Qualitätszirkel
60	Bearbeitung und Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege im Rahmen der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung
61	Bearbeitung und Implementierung des nationalen Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden im Wohn- und Pflegeheim Laupark
62	Bearbeitung und Implementierung des nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe im Rahmen einer theoretischen Projektkonzeption
63	Befragung von Patienten übernehmenden Kliniken im Rahmen der Analyse des Entlassungsmanagements einer Reha-Klinik
64	Befragungs- und Beschwerdemanagement. Angebote zur Erhöhung der Kundenorientierung in Krankenhäusern des Diakoniewerks Bethesda
65	Bereichspflege in der Gerontopsychiatrie unter dem Aspekt der Neugliederung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
66	Bericht über die Einführung der supervidierenden Pflegevisite auf den peripheren Stationen des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand
67	Bericht über die Einführung einer Stationsassistentin bzw. einer Stationssekretärin
68	Berufliche Handlungsfähigkeit. Anforderungsprofile für die Tätigkeit in einer ambulanten tagesstrukturierenden Wohngemeinschaft für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen
69	Beschreibung der offenen Tür. Entwicklung und Implementierung von Pflegestandards bei offener Tür im Rahmen der Qualitätssicherung auf einer psychiatrischen vollstationären Aufnahmestation nach Bernardi

Nr.	Titel
70	Beschreibung des Teilprojektes Sturzanalyse im Rahmen des Projektes Sturzprävention in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
71	Beschreibung und Bewertung der Implementation des Projektes Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen am Beispiel eines Wohnheimes für Menschen mit Behinderung der Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH (Ressort Behindertenhilfe)
72	Beschwerdemanagement in Dienstleistungsunternehmen
73	Bewegung fördern. Unruhe abbauen: Schaffung eines Rundweges im Garten des Pflegewohnheimes Rast und Ruh
74	Bewohnerorientierte Umstrukturierung einer geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtung
75	Bildungsbedarfserhebung an den Salzburger Landeskliniken im Bereich Pflege
76	Biografiearbeit. Eine fast vergessene Ressource im ambulanten Pflegedienst
77	Brückenpflege – Pflegeüberleitung. Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens von der häuslichen Krankenpflege mit Herz zur verbesserten Verlegungssituation der Patienten ins Krankenhaus, Heim oder zum Besuch beim Hausarzt
78	Darstellung der Projektplanungsphase zur Implementierung von Case Management für den gesamten Klinikverbund der Oberschwaben Klinik gGmbH
79	Das Konzept zur Einführung des Pflegekomplexmaßnahme-Scores in einem Klinikum der Maximalversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeiterschulung
80	Das Mitarbeitergespräch. Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Pflegedienst. Erstellung eines Konzeptes zur Einführung von strukturierten, regelmäßigen Mitarbeitergesprächen im Pflegedienst
81	Das Pflegeleitbild als Gegenstand der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung
82	Das Projekt der Implementierung des Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in einer ambulanten Pflegestation
83	Das Projekt der Implementierung von Clinical Pathways zur Steuerung stationärer Liegezeiten (Duokopfprothese)
84	Das Projekt Erstellung eines Weiterbildungsmoduls Qualitätsmanagement für Wohnbereichsleitungen in der Altenpflege
85	Das Projekt zur Zusammenlegung von zwei bettenführenden Stationen im Fachbereich Orthopädie
86	Das theoretische Projekt Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit
87	Dekubitusprävalenz und Inzidenz. Einführung einer kontinuierlichen Qualitätssicherung in der Pflege im Herzzentrum Dresden GmbH
88	Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegepersonen auf den Stationen der Abteilung für Innere Medizin im DRK Klinikum Westerwald-Krankenhaus Kirchen
89	Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege: Eine Untersuchung zu den Erfahrungen mit der Implementierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Stadt Leipzig
90	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Umsetzung der Neuen Begutachtungsanleitung (NBA) in die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz
91	Der Pflegeplan. Die verbindliche Arbeitsgrundlage aller Pflegenden für die Versorgung der Bewohner im Altenpflegebereich
92	Der Projektlebenszyklus am Beispiel der Erarbeitung einer patientenorientierten Ablauforganisation

Nr.	Titel
93	Der ultimative Pflegenachwuchstag am 7. November 2007. Eine Reflexion über die Vorbereitung und Durchführung des Pfl egetages des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (Junge Pflege im Aufwind) im Landesverband Bayern
94	Die Bedeutung der Einführung des Salutogenese-Konzeptes von Aaron Antonovsky für die pflegerische Arbeitsorganisation
95	Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen schriftlicher und mündlicher Informationsweitergabe im Hinblick auf die Erkennbarkeit des Pflegeprozesses im Pflegebericht
96	Die DRG-Einführung und die Rolle der kodierenden Mitarbeiter
97	Die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung an einem Krankenhaus mit einem Schwerpunkt auf der Projektplanung
98	Die Einführung der Pflegevisite in einem psychiatrischen Krankenhaus. Darstellung der Projektplanung
99	Die Einführung des Bezugspflegesystems auf der onkologischen Abteilung West H im Universitäts-Spital Zürich
100	Die Einführung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden im Seniorenbereich des Diakoniewerks München-Maxvorstadt
101	Die Einführung eines Fort- und Weiterbildungskatalogs beim Pflegedienst Pro Vita. Darstellung des Projekts
102	Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einer Rehabilitationseinrichtung
103	Die Einrichtung eines Gesundheits- und Pflegeberatungszentrums am Krankenhaus München Schwabing
104	Die Entwicklung eines Konzeptes zur Optimierung der Ablauforganisation im interdisziplinären Ambulanten Zentrum
105	Die Entwicklung eines Pflegestandards bei Diabetes mellitus Typ 2 für die Diakoniestation Wetter gGmbH
106	Die Entwicklung eines Standards Mitarbeiterintegration in den Pflegealltag – ein Instrument zur Qualitätssicherung
107	Die Entwicklung eines strukturierten Notfallmanagements im Krankenhaus Gerresheim
108	Die Entwicklung von Möglichkeiten mobiler Diagnostik in der EKG-Abteilung am Klinikum Rosenheim und deren Umsetzung
109	Die Erarbeitung von hausinternen Richtlinien zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner/-innen im Bereich Ernährung durch die Projektgruppe des Potsdamer Bürgerstiftes
110	Die Erstellung des Konzeptes Kooperative Pflegeüberleitung onkologischer Patienten für die Sektoren Ambulanter Pflegedienst und Akutkrankenhaus
111	Die Erstellung eines Qualitäts-Handbuchs in einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche
112	Die Erstellung und Einführung eines Pflegemodells im Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck (KPPPM)
113	Die fiktive Einführung eines Pflegeleitbildes in einer Pflegeeinrichtung
114	Die Implementierung der Pflegeplanung als handlungsleitendes Instrument der Qualitätssicherung in einem ambulanten Pflegedienst für außerklinische Intensivpflege
115	Die Implementierung des Modellprojektes Familiäre Pflege
116	Die Implementierung einer neuen OP-Methode in die OP-Abteilung. Die Interpretation des Projektes Endograf
117	Die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Nr.	Titel
118	Die Implementierung eines Schmerzstandards auf der Grundlage des Expertenstandards Schmerzmanagement an einer neuroonkologischen Station des Universitätsklinikums Heidelberg
119	Die Initiierung einer Probestellung im Rahmen der Einführung eines neuen Monitoring- und Patientendaten-Management-Systems auf der operativen Intensivstation des Ortenau-Klinikums Lahr-Ettenheim
120	Die Integration eines bestehenden Online-Qualitätsmanagement-Systems in das QM-Modul der Dialysesoftware nephro7 der Firma MedVision und die Entwicklung des Qualitätsmanagement-Systems als Basis einer Wissensbereitstellung
121	Die Konstituierung von Arbeitsgruppen als Teil der Implementierung des integrativen Managementkonzeptes auf einer interdisziplinären Intensivstation in Anlehnung an das St. Galler Management-Modell
122	Die Kundenbefragung als ein Instrument zur Messung, Überwachung und Steuerung des internen Qualitätsmanagements. Kundenbefragung 2007 im Augustenstift zu Schwerin
123	Die multiprofessionelle Behandlungsplanungsbesprechung der allgemeinspsychiatrischen Station 31/1 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg. Konzepterstellung und Einführung
124	Die optimale Versorgung eines Patienten im Lysezeitfenster
125	Die Optimierung der Aufnahme chirurgischer Patienten in einem Krankenhaus der Regelversorgung
126	Die Optimierung des Handlungsablaufs Essen auf Rädern
127	Die Optimierung des Personaleinsatzes für die dezentrale Essensversorgung auf vier Wohnbereichen. Reflexion eines erfolgreichen Potenzialprojektes
128	Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung (Review einer Projektbegleitung bei der Einführung der Pflegevisite auf einer chirurgischen Teststation als Grundlage erneuter Projektplanungen)
129	Die Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument. Arbeitsgrundlage zur Einführung in Krankenhäusern
130	Die Planung einer empirischen Untersuchung nach den Vorgaben des Projektmanagements
131	Die Präsentation der operativen Intensivstation am Klinikum Memmingen im Rahmen des Tages der offenen Tür. Ein richtiges Projekt?
132	Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
133	Die Rückführung mehrerer, während der Generalsanierung ausgelagerter, akutpsychiatrischer Stationen und Bereiche in das sanierte Hauptgebäude
134	Die Schlafqualität der Patienten in der Akutpflege. Durchführung eines Projektes zur Einführung von Schlafmittelalternativen auf einer Inneren Station eines Universitätskrankenhauses. Aufnahme der Ergebnisse in den Ordner Pflegerichtlinien im USZ
135	Die tiergestützte Therapie in der Altenpflege. Ein Projektentwurf für den Einsatz von Therapiehunden in der Tagespflege
136	Die Vorbereitung der einheitlichen Umsetzung einer neuen Handlungsanweisung über die Leistungsgewährung an Kunden der Berufsgenossenschaft
137	Die Vorgehensweise der Personalakquisition der Beratungsgesellschaft XY GmbH
138	Die wissenschaftliche Interviewstudie Lebensqualität in der Neonatologie (LENE) als Forschungsprojekt
139	Dienstplanerstellung durch das Pflgeteam. Möglichkeit, die Motivation und Zufriedenheit auf einer chirurgischen Intensivstation zu steigern?

Nr.	Titel
140	Dokumentation in der Pflege. Analyse und Optimierung der verwendeten Pflegedokumentation an einer österreichischen Standardkrankenanstalt – ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation
141	Dokumentation und Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen durch die Pflege zur Erlösoptimierung im DRG-basierten Vergütungssystem
142	Dokumenten-, Informations- und Wissensmanagement im Intensivpflegebereich
143	Durchführung des Projektes zur Entwicklung und Einführung eines Tools zur rechnergestützten Prozessbegleitung der Vergütungsverhandlungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen
144	Durchführung einer betrieblichen Reorganisation in einem Altenpflegeheim anhand der Prüfrichtlinien des MDK
145	Durchführung einer Erhebung Dekubitusrisiko und -häufigkeit und Vergleich der Ergebnisse mit einem geeigneten Benchmarkpartner
146	Durchführung einer Kundenbefragung in einem ambulanten Pflegedienst
147	Durchführung einer Mitarbeiterbefragung in einem ambulanten Pflegedienst
148	Durchführung einer Projektarbeit. Erarbeitung eines neuen praktischen Ausbildungskonzeptes für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege auf der Intensivstation im Klinikum Leer
149	Durchführung einer Projektarbeit. Thema: Organisation eines Fortbildungskonzeptes für ein innerklinisches Reanimations- und Notfallmanagement
150	Durchführung einer Projektgruppe zur Implementierung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung im akutpsychiatrischen Bereich eines Krankenhauses
151	Durchführung und Evaluation eines Pilottrainingsprogrammes zur Pflegeprozessdokumentation
152	Effektiver Einsatz von Personalressourcen durch ein neues Konzept zur Dienstplangestaltung für zwei Stationen im Bereich der Medizinischen Klinik des Westküstenklinikums in Heide
153	Ein internes Projekt zur Ablaufoptimierung des Dienstleistungsprozesses ambulantes Operieren durch Steuerung und Kontrolle
154	Ein Konzept zur Einführung von Primary Nursing im Kontext von Bezugspflege in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Projektes
155	Ein Qualitätshandbuch in der Ambulanten Pflege. Das Projekt: Erstellen eines Pflegeleitbildes für unseren Pflegedienst
156	Ein Tagesausflug mit der Betreuungsgruppe demenzkranker Menschen und deren Angehörigen im Ambulanten Pflegedienst Müller. Planung – Organisation – Auswertung
157	Einarbeitung und Anleitung von OTA-Kurs-Schülern im OP der Facharztambulanz Hamburg
158	Einarbeitungskonzept Pflege in der Reha-Klinik Rheingrafenstein (Zentrum für Geriatrie, Orthopädie und Rehabilitation)
159	Einbindung der Beschäftigungstherapie in die Pflegeplanung
160	Einführung der Bezugspflege auf einer Altenpflegestation. Beschreibung und Kritik eines Projektes
161	Einführung der Bezugspflege für Alkohol- und Medikamentenabhängige Patienten am BKH Augsburg Station D2
162	Einführung der Bezugspflege in der Seniorenwohnanlage Kiefförn
163	Einführung der EDV-gestützten Pflegeplanung auf der gynäkologischen Station im städtischen Krankenhaus Neuperlach

Nr.	Titel
164	Einführung der EDV-gestützten Pflegedokumentation GO ON in die Einrichtung der stationären Altenhilfe
165	Einführung der elektronischen Patientenakte in einer psychosomatischen Klinik
166	Einführung der Kinästhetik im Evangelischen Altenheim Billwerder Bucht
167	Einführung der mobilen Datenerfassung im ambulanten Pflegedienst
168	Einführung der Nursing Delirium Screening Scale auf der Intensivstation: Ist der NU-DESC geeignet als pflegerische Assessment-Methode in der Intensivpflege für die Erfassung eines Delirs bei Intensivpatienten
169	Einführung der Pflegeplanung auf einer psychiatrischen Station
170	Einführung der Pflegeplanung nach Ausrichtung an einem Pflegemodell
171	Einführung der Pflegeplanung nach dem Modell der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel auf den neurologischen Stationen einer Rehabilitationsklinik
172	Einführung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung auf einer orthopädischen Station des St. Josef Hospitals in Troisdorf
173	Einführung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung im Bereich der stationären Altenpflege
174	Einführung der Pflegevisite im stationären Altenpflegebereich mit einmaliger Umsetzung
175	Einführung der Pflegevisite in der Geriatrischen Fachklinik Neuburg
176	Einführung der Pflegevisite in einer zugelassenen Einrichtung der Stationären Altenpflege nach dem SGB XI als Instrument des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung
177	Einführung der Pflegevisite zur Absicherung der Pflegequalität in einer Pflegeeinrichtung
178	Einführung der Schichtübergabe am Patientenbett auf einer Intensivpflegeeinheit der neurologischen Frührehabilitation
179	Einführung der Validation als Methode im Umgang mit desorientierten alten Menschen in der Altenpflege
180	Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer ambulanten Pflegeorganisation
181	Einführung des Bereichspflegemodells auf einer Station für Wirbelsäulenchirurgie in einer Orthopädischen Fachklinik als Pilotprojekt
182	Einführung des Beschwerdemanagements in der ambulanten Hauskrankenpflege
183	Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Absatz 2 Sozialgesetzbuch IX
184	Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der internistischen Klinik Dr. Müller. Entwicklung eines hausinternen Strukturstandards und Assessments aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement
185	Einführung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in die betriebliche Praxis und Prozesslandschaft eines ambulanten Pflegedienstes
186	Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege
187	Einführung des Kennzahlensystems TISS-28 auf einer operativen Intensivstation

Nr.	Titel
188	Einführung des Konzepts der integrativen Validation nach Nicole Richard auf einer Station im Alters- und Pflegeheim
189	Einführung des krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren KTQ am Beispiel der BG-Unfallklinik Murnau: Vorbereitungs- und Selbstbewertungsphase
190	Einführung des Mitarbeitergesprächs in einer Pflegeeinrichtung
191	Einführung des nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege einer stationären Altenheim Einrichtung durch eine Fern-Fortbildung
192	Einführung des nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege in die betriebliche Praxis der ambulanten Pflege der Sozialstation St. Burkard e. V.
193	Einführung des nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege im ambulanten Pflegedienst Vacances GmbH in Bremen
194	Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score auf den somatischen Allgemeinstationen im Dr. von Haunerschen Kinderspital am Klinikum der Universität München. Ein Pflegeleistungserfassungssystem für pflegerisch hochaufwendige Patienten
195	Einführung des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel in die ambulante Situation einer Sozialstation
196	Einführung des Pflegesystems Primary Nursing in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
197	Einführung des Qualifikationsmix im Neurozentrum des UK-SH auf den Allgemeinstationen
198	Einführung des Steuerungsinstruments Pflegeplanung am Kreiskrankenhaus Taubertischheim
199	Einführung einer Pflegevisite am Patientenbett in der stationären Krankenversorgung. Prospektive Strategie zur Kundenbindung durch Partizipation
200	Einführung einer Bewohnerbefragung im Spittel-Seniorenzentrum
201	Einführung einer Demenzgruppe in einer stationären Altenhilfeeinrichtung
202	Einführung einer EDV-gestützten Dokumentation der Anästhesiepflege
203	Einführung einer EDV-gestützten Wunddokumentation in einer Einrichtung der stationären Altenpflege
204	Einführung einer elektronischen Datenbank zur Erfassung und Erarbeitung von klinischen Aktivitäten in der intensivmedizinischen Versorgung
205	Einführung einer Heimeinzugskonzeption in einer vollstationären Pflegeeinrichtung als Bestandteil der Bezugspflege
206	Einführung einer IT-gestützten Abbildung und Dokumentation von integrierten klinischen Pfaden als Modul eines Krankenhausinformationssystems
207	Einführung einer Leistungserfassung im Rahmen der gesetzlichen Umstellung der Leistungsabrechnung auf DRG im SRH Fachkrankenhaus Neresheim
208	Einführung einer PC-gestützten Pflegedokumentation im Zentral-OP
209	Einführung einer Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung
210	Einführung einer Presseschau auf einer beschützenden psychiatrischen Aufnahmestation unter Einbeziehung des Interaktionsmodells nach Hildegard Peplau
211	Einführung einer professionellen Biografie-Arbeit im Wohnbereich einer Pflegeeinrichtung in Form eines Pilotprojektes
212	Einführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme auf einer chirurgischen Station

Nr.	Titel
213	Einführung einer Rückensprechstunde für Mitarbeiter eines Allgemeinkrankenhauses
214	Einführung einer Verfahrensweisung zum Umgang mit Patienteneigentum im Krankenhaus für Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
215	Einführung eines abteilungsübergreifenden Wundmanagements im Krankenhaus
216	Einführung eines aktiven Beschwerdemanagements an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
217	Einführung eines aktiven Beschwerdemanagements mit integrierter Kundenzufriedenheitsmessung im Krankenhaus
218	Einführung eines Beschwerdemanagements in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
219	Einführung eines Beschwerdemanagements auf der kinderkardiologischen Station der Kinderklinik Gießen
220	Einführung eines Beschwerdemanagementsystems in einem ambulanten Pflegedienst
221	Einführung eines betrieblichen Fehlzeitenmanagements in einer Einrichtung der Altenpflege
222	Einführung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) in einer Rehaklinik
223	Einführung eines didaktischen Anleitungskonzeptes zur qualitativen Verbesserung der praktischen Schüleranleitung
224	Einführung eines Drei-Schicht-Arbeitszeitmodells in einer privaten, stationären Pflegeeinrichtung in Österreich
225	Einführung eines EDV-gestützten Dienstplan-Dokumentation im Bereich einer interdisziplinären Intensivstation
226	Einführung eines einheitlichen Dokumentationssystems in der stationären Altenpflege. Retrospektive Analyse des Projektverlaufes
227	Einführung eines einheitlichen Projektmanagements anhand eines Erprobungsprojektes (Evaluierung des Ablaufes der Pflegevisite)
228	Einführung eines Ernährungsmanagements am Städtischen Klinikum Dessau
229	Einführung eines gezielten Dekubitusmanagements in der Carl-Thiem-Klinikum gGmbH
230	Einführung eines Informationsflyers in der Neurochirurgie
231	Einführung eines Intranets
232	Einführung eines klinikinternen Dolmetscherdienstes
233	Einführung eines Konzeptes zur Dienstplanerstellung in einer Wohngemeinschaft für außerklinische Beatmungspflege unter aktiver Beteiligung aller Mitarbeiter
234	Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells für den Bereich Pflege (ambulant und stationär) als Modellprojekt in der Seniorenresidenz Haus Grafenbergerwald in Düsseldorf
235	Einführung eines neuen Pflegedokumentationssystems in einer gerontopsychiatrischen Pflege- und Betreuungseinrichtung
236	Einführung eines Patientenarmbandes zur Patientenidentifikation auf der Pflegestation Ebene 6 im Rahmen einer Pilotphase
237	Einführung eines Patientendaten-Managementsystems auf einer operativen Intensivstation unter besonderer Berücksichtigung des Projektmarketings. Projektbericht und Evaluation
238	Einführung eines Personalrotationssystems im Krankenhaus Neukölln

Nr.	Titel
239	Einführung eines pflegerischen Entlassungsmanagements in einem Krankenhaus der Regelversorgung auf der Basis des nationalen Expertenstandards
240	Einführung eines Praxisanleitungs- und Betreuungskonzeptes von Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflegeauszubildenden im ambulanten Pflegedienst
241	Einführung eines Qualitätsmanagements in einem Kreiskrankenhaus
242	Einführung eines Qualitätszirkels entlang des Themas Ernährung bei Heimbewohnern einer stationären Pflegeeinrichtung
243	Einführung eines Qualitätszirkels in der ambulanten Pflege
244	Einführung eines satellitengestützten Zeit- und Leistungserfassungssystems im Pflegezentrum Katinka Launert in Zusammenarbeit mit der Universität Rostock
245	Einführung eines Schmerzmanagements in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
246	Einführung eines Stationshandbuches
247	Einführung eines zentralen Patientenmanagements in der Allgemeinchirurgischen Klinik der Klinik am Eichert in Göppingen
248	Einführung eines Zwischendienstes auf der Kinderonkologischen Station des Universitätsklinikums Münster
249	Einführung familienfreundlicher Arbeitszeiten für teilschichtige Mitarbeiter auf einer medizinischen Normalstation
250	Einführung neuer Arbeitsprozesse durch Standardisierung auf der Intensivstation am Beispiel der Standardentwicklung für die endotracheale, orale und nasale Patientenabsaugung
251	Einführung neuer Arbeitszeiten für die Notaufnahme im St. Franziskus-Hospital Münster
252	Einführung neuer Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienstzeiten im Krankenhaus Überlingen. Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der Tarifbestimmungen in den Bereichen OP, Anästhesie, Chirurgie und Aufwachraum
253	Einführung neuer Dienstzeiten in der Neurochirurgie eines Krankenhauses der Maximalversorgung und deren Auswirkung auf stationseigene Arbeitsprozesse
254	Einführung patientenintegrierter Übergaben als eine Schlüsselfunktion qualitätsgesicherter Arbeit. Implementierung einer Leitlinie
255	Einführung und Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege im Rahmen des Qualitätsmanagements
256	Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements auf der Sozialstation Ingersheim
257	Einführung vom Assessmentinstrument zur Verbesserung der Lebensqualität im Rahmen eines Seniorenzentrums
258	Einführung von Abschiedsfeiern im Pflegeheim beim Tod eines Bewohners
259	Einführung von Betriebssport im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung
260	Einführung von Case-Management in der Geriatrie
261	Einführung von Dienstkleidung in einem ambulanten Pflegedienst
262	Einführung von Erhebung der Kundenzufriedenheit zur Qualitätssicherung im ambulanten Pflegedienst
263	Einführung von Hundetherapie in einem ambulanten Pflegedienst
264	Einführung von Mitarbeitergesprächen in der Hans-Prinzhorn-Klinik

Nr.	Titel
265	Einführung von Mitarbeiterjahresgesprächen in der stationären Altenpflege
266	Einführung von Personalpflegemaßnahmen in den Pflegedienst
267	Einführung von Pflegediagnosen als Grundlagen für Pflegeprozessplanung
268	Einführung von pflegerischen Lehrvisiten durch examiniertes Pflegepersonal für Pflegeschüler/-innen
269	Einführung von Pflegestandards auf einer Wochenbettstation zur Sicherung der Qualität und Organisationsentwicklung durch Implementierung eines Qualitätszirkels
270	Einführung von Pflegestandards in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
271	Einführung von präoperativen Pflegevisiten im Zentral-OP als Instrument der Qualitätssicherung
272	Einführung von Primary Nursing auf allen Stationen des Diakonieklinikums in Stuttgart
273	Einführung von Qualitätszirkeln in gemeindeintegrierte Wohngruppen eines Wohnheimes für Menschen mit geistiger Behinderung
274	Einführung von Schmerzerfassungsinstrumenten in die klinische Pflegepraxis
275	Einführung von Verblistern in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe
276	Einführung von Zielvereinbarungen im Rahmen von Mitarbeiterfördergesprächen
277	Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen auf Stationsebene im Krankenhaus
278	Einführung, Implementierung und Evaluation der Kontinenzförderung im Evangelischen Krankenhaus Hubertus anhand des Expertenstandards
279	Eingliederung der Dauernachtwachen in den Tagdienst
280	Einrichtung einer Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz
281	Einrichtung einer solitären Kurzzeitpflegestation im Krankenhaus Schramberg
282	Einrichtung einer speziellen Pflege- und Betreuungsstation für demenzkranke Bewohner in einem Alten- und Pflegeheim
283	Einrichtung einer Wohngruppe für beatmete Kunden
284	Einrichtung eines Hauses zur persönlichen Assistenz innerhalb einer Pflegeeinrichtung
285	Planung des Projektes Einführung des Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege im Rahmen der Qualitätssicherung in der Paracelsusklinik Kaltenkirchen/Henstedt-Ulzburg
286	Einrichtung und Etablierung eines Qualitätszirkels durch einen internen Prozessbegleiter auf der operativen Intensivstation des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg
287	Entspannungsmöglichkeiten im Bereich der integrativen Altenpflege – angelehnt an das Konzept des mobilen Snoezelen
288	Entwicklung der Weiterbildung zur Fachpflegekraft für außerklinische Intensivpflege. Ein Pilotprojekt
289	Entwicklung des gerontopsychiatrischen Erfassungsbogens am Klinikum Fürth
290	Entwicklung des Pflegestandards Aggressivität in der psychiatrischen Akutstation am Marien-Hospital

Nr.	Titel
291	Entwicklung einer aktivierenden Individualförderung für geriatrisch besonders geschwächte oder an Demenz erkrankte Bewohner eines Altenpflegeheims
292	Entwicklung einer bedarfsgerechten, patientenorientierten und für die KKEL GmbH einheitlichen OP-Checkliste in Anlehnung an die Vorgaben der WHO
293	Entwicklung einer Einarbeitungsmappe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ein Freiwilliges Soziales Jahr bzw. einen Bundesfreiwilligendienst im Bereich der Altenpflege ableisten
294	Entwicklung einer internen modularen Pflegevisite in einem Unternehmen der stationären Altenhilfe
295	Entwicklung einer Leitlinie und spezieller Instrumente für die Überleitung gerontopsychiatrischer Patienten aus der vollstationären in die teilstationäre Behandlung
296	Entwicklung einer Pflegedokumentation für die Einheit einer interdisziplinären Überwachungsstation
297	Entwicklung einer praxisorientierten Pflegeplanung in einem Akutkrankenhaus unter Einsatz eines integrierten Planungsmoduls im Krankenhaus-Informationssystem
298	Entwicklung einer Schulungseinheit zur fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel
299	Entwicklung einer Stellenbeschreibung als gerontopsychiatrische Fachkraft
300	Entwicklung einer Systematik zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für die vertragsärztliche Versorgung
301	Entwicklung eines Arbeitszeitmodells zur gesundheitsförderlichen, bedarfsorientierten und wirtschaftlichen Personaleinsatzplanung im Pflegebereich
302	Entwicklung eines Aufnahmekonzeptes für Patienten mit einer infektiösen Erkrankung
303	Entwicklung eines Betreuungskonzeptes für an Demenz erkrankte Menschen in der stationären Altenpflege – am Beispiel der Seniorenwohnanlagen Gut Köttenich in Aldenhoven und Am Wallgraben in Jülich
304	Entwicklung eines Curriculums zum Thema Biografiearbeit
305	Entwicklung eines Dekubitusprophylaxe-Standards auf Basis des nationalen Expertenstandards in einem Altenpflegeheim
306	Entwicklung eines EDV-gestützten Überwachungs- und Anordnungsbogens für den Intensivpflegebereich einer Klinik der Maximalversorgung. Qualitätssteigerung durch Reduktion auf wesentliche Informationsgehalte
307	Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes für das Linksherzkatheterlabor der Schweriner HELIOS Kliniken
308	Entwicklung eines einheitlichen Intensivpflege-Dokumentations-Systems
309	Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Seniorenheim Haus Sonnenwinkel
310	Entwicklung eines flexiblen Arbeitszeitmodells in einer stationären Pflegeeinrichtung
311	Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes für die stationäre Krankenpflege der Privatklinik Bad Gleisweiler
312	Entwicklung eines Fragebogens für die kontinuierliche Patientenbefragung im Marienkrankenhaus Schwerte
313	Entwicklung eines Fragebogens zur Bestimmung der Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI bei den beruflich Pflegenden einer stationären Pflegeeinrichtung

Nr.	Titel
314	Entwicklung eines Fragebogens zur Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit in stationären Pflegeeinrichtungen
315	Entwicklung eines Fragebogens zur Erkennung der Burnout-Gefahr bei Pflegepersonal in der stationären Altenpflege
316	Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit von stationären Patienten im Bereich der Radiologie einer Privatklinik
317	Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit des Kreiskrankenhauses Saar gGmbH
318	Entwicklung eines Fragebogens zur hausübergreifenden Bestimmung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter eines privaten Trägers der stationären Altenhilfe
319	Entwicklung eines Handbuchs für die innerbetriebliche Ausbildung von medizinischen Fachangestellten in einem klinischen Forschungsinstitut
320	Entwicklung eines Handlungsleitfadens zur Einführung der Pflegevisite
321	Entwicklung eines Handlungsstandards zur Erfassung des Sturzrisikos mit Maßnahmen zur Sturzprophylaxe für den Ambulanten Krankenpflagedienst Ingrid Meyer unter Berücksichtigung des nationalen Expertenstandards
322	Entwicklung eines innovativen Systems zur Reduzierung der betrieblichen Überstunden sowie der Aufbau eines elektronischen Netzwerkes zwischen Kunde und medicalORDERinstruments GmbH
323	Entwicklung eines Instruments/Fragebogens zur Optimierung von Fortbildungen in einem Seniorenheim
324	Entwicklung eines Interviewleitfadens für Einstellungsgespräche nach dem Vorbild des multimodalen Interviews von Heinz Schuler unter Einbeziehung der Salutogenese und Meads Interaktionstheorie
325	Entwicklung eines Katalogs für innerbetriebliche Fortbildungen sowohl mono- als auch interdisziplinär in der Rehabilitationsklinik für Orthopädie, Neurologie und Geriatrie Carolinum im Bad Karlshafen
326	Entwicklung eines klinikübergreifenden Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter/-innen im Operationsbereich anhand genau konzipierter Einarbeitungsphasen mit Checklisten inklusive der dazugehörigen Leitlinien zur Erleichterung der Einarbeitung
327	Entwicklung eines Konzeptes für die ambulante psychiatrische Pflege zur Vorlage bei Adressaten
328	Entwicklung eines Konzeptes zur Durchführung von Zielvereinbarungsgesprächen
329	Entwicklung eines Konzeptes zur Neustrukturierung der Aufgabenverteilung der stationären, ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Delegations- und Allokationsfähigkeit von Aufgaben
330	Entwicklung eines Konzeptes zur Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen für das Einschleusen in den OP unter besonderer Berücksichtigung des Qualitätsempfindens aus Patientensicht
331	Entwicklung eines Konzepts für das Anästhesiepraktikum im Rahmen der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege
332	Entwicklung eines Konzepts zur Einführung regelmäßiger Stationsleitungssitzungen als Arbeitsgrundlage für Stationsleitungen im Deutschen Roten Kreuz Krankenhaus Sondershausen
333	Entwicklung eines Konzepts zur einheitlichen Praxisanleiterarbeit in den SHG-Kliniken Völklingen
334	Entwicklung eines Kümmerer-Konzeptes im Rahmen der Personalvermittlung ausländischer Pflegekräfte

Nr.	Titel
335	Entwicklung eines kurzfristigen Personalausfallkonzeptes in der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg (Projektleitung)
336	Entwicklung eines Leitbildes mit Innenwirkung nach dem Bottom-up-Prinzip
337	Entwicklung eines Mitarbeitergesprächsleitfadens unter Einbeziehung des Salutogenese-Modells von Antonovsky und der Burnout-Theorie von Edelwich
338	Entwicklung eines neuen Arbeitszeitmodells für den Pflegedienst in den Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel Essen
339	Entwicklung eines neuen Dienstplanformulars mit Berücksichtigung der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes
340	Entwicklung eines Pflegeleitbildes für den ambulanten Pflegedienst der Schloßsee Senioren Residenz
341	Entwicklung eines Pflegevisitenkonzeptes im Intensivzentrum des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg
342	Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Lenkung der Qualitätsmanagement-Dokumentation
343	Entwicklung eines standardisierten Lernzielkatalogs sowie einheitlicher (allgemeiner) Standards zur Praxisanleitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschülern sowie Altenpflegeschülern im praktischen Einsatz in einer psychiatrischen Klinik
344	Entwicklung eines Standardpflegeplans im Rahmen der pflegerischen Qualitätssicherung für die Diagnose chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED)
345	Entwicklung eines Untersuchungsdesigns. Planung einer Studie zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung
346	Entwicklung eines Wiederbelebungskonzeptes für Notfallsituationen
347	Entwicklung eines Wissensmanagement für den Pflegedienst in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen
348	Entwicklung einheitlicher Dokumentationsblätter für die Intensivstationen der Standorte Mosbach und Buchen an den Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH
349	Entwicklung und Ausarbeitung eines interdisziplinären Konzeptes für beschütztes Wohnen und Leben Demenzkranker im Haus Salzberg
350	Entwicklung und Einführung einer Bordmappe für den Einsatz in einem ambulanten Pflegedienst
351	Entwicklung und Einführung einer Checkliste zur Überprüfung der Pflegedokumentation
352	Entwicklung und Einführung einer Intranet-gestützten Dokumentation und Verwaltung der Geräteeinweisungen nach dem Medizinproduktegesetz
353	Entwicklung und Einführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung im Krankenhaus
354	Entwicklung und Einführung einer Website für einen ambulanten Pflegedienst
355	Entwicklung und Einführung einer zeitintensiven und individuellen Betreuung zu Hause
356	Entwicklung und Einführung eines Angebots Betreutes Wohnen zu Hause. Ein theoretisches Projekt
357	Entwicklung und Einführung eines hausinternen Dokumentationssystems in der Sozialtherapeutischen Einrichtung Neuer Weg GmbH
358	Entwicklung und Einführung eines Programms zur Sterbebegleitung im Haus St. Ulrich
359	Entwicklung und Einführung eines Visitenstandards für die Stationen derselben Fachrichtung
360	Entwicklung und Einführung eines Weaning Managements auf einer nephrologischen Intensivstation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung.

Nr.	Titel
361	Entwicklung und Einführung neuer Arbeitszeiten für den Pflegebereich des Kreissenioienzentrums Sankt Maximilian Kolbe in Kenzingen
362	Entwicklung und Erprobung der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten in der plastisch-ästhetischen Chirurgie durch das OP-Personal in der Universitätsfrauenklinik Bonn
363	Entwicklung und Erstellung eines Einarbeitungskonzepts – inklusive Handbuch und Abbildung der Routineabläufe für neue Mitarbeiter/-innen im Nachtdienst des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft
364	Entwicklung und Evaluation einer Verfahrensweise zur selbständigen Planung und Durchführung einer Urlaubsreise bei Betroffenen mit hoher Querschnittlähmung und Langzeitbeatmung
365	Entwicklung und Implementierung des Pflegekonzeptes Humor in der Pflege
366	Entwicklung und Implementierung einer fachspezifischen Pflegedokumentation in einer Abteilung für Frührehabilitation Phase B
367	Entwicklung und Implementierung einer Leitlinie zur Sturzprophylaxe. Ein Projekt als Maßnahme zur Qualitätssicherung in einem Akutkrankenhaus
368	Entwicklung und Implementierung einer prozessorientierten Pflegedokumentation auf Grundlage des Pflegemodells nach Roper, Thierney, Logan
369	Entwicklung und Implementierung eines Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter auf der Intensivstation
370	Entwicklung und Implementierung eines Hospitationskonzeptes für Teilnehmer einer Weiterbildung zum zertifizierten Wundmanager
371	Entwicklung und Implementierung eines neuen Mitarbeiterbeurteilungsbogens in der SPIES KG
372	Entwicklung und Implementierung eines Pflegekonzeptes für die Station M 101
373	Entwicklung und Implementierung eines Qualitätsmanagements in einem mittelständischen privaten Pflegedienst
374	Entwicklung und Implementierung eines rechtskonformen Arbeitszeitmodells
375	Entwicklung und Implementierung eines Standards zur Durchführung einer Akutschmerztherapie durch Pflegekräfte auf chirurgischen Allgemeinstationen eines akademischen Lehrkrankenhauses der Maximalversorgung
376	Entwicklung und Implementierung eines Standards zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Alten- und Pflegeheim St. Maria (Mönchengladbach)
377	Entwicklung und Implementierung eines Standards zur Lipidapherese im Dialysezentrum KF in Berlin
378	Entwicklung und Implementierung eines Wundversorgungsstandards für den Leistungsbereich Pflege an einem Klinikum der Maximalversorgung
379	Entwicklung und Implementierung von individuellen, mitarbeiterorientierten Rahmendienstplänen in einer Sozialstation in Niederbayern
380	Entwicklung und Implementierung von Pflegestandards in der chirurgischen Abteilung eines konfessionellen Krankenhauses im südlichen Tschad/Afrika
381	Entwicklung und Integration von pflegerischen Dokumentationseinheiten und Formularen in eine bestehende Datenbank
382	Entwicklung und Umsetzung eines Standards zur Vermeidung von MRSA-Infektionen im Evangelischen Seniorenzentrum Vohwinkel
383	Entwicklung von Informationsmaterialien für Patienten und deren Angehörigen über eine Station der Allgemeinpädiatrie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (Standort Marburg)
384	Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal an der Dialyse

Nr.	Titel
385	Entwicklung von Pflegestandards mit geringer Reichweite im Rahmen der Erweiterung des Qualitätsmanagements in einem Krankenhaus der Grundversorgung
386	Entwicklung von standardisierten Pflegeplanungen als Excel-Dateien zu den häufigsten Pflegeproblemen in der Gerontopsychiatrie eines Bezirkskrankenhauses
387	Entwicklung, Erprobung und dauerhafte Implementierung von maßgeschneiderten und individuell zusammengesetzten OP-Abdecksets für die verschiedenen Fachrichtungen der Operationsabteilung im Krankenhaus Agatharied
388	Entwurf eines organisatorischen Rahmenkonzeptes für eine regelmäßige Fortbildung gerichtet an Intensivpflegekräfte
389	Erarbeitung des Übergabegesprächs am Patientenbett als Aufgabe der Projektgruppe Patientenübergabe
390	Erarbeitung einer allgemeinen zentrumsspezifischen Stellenbeschreibung für Dialysepersonal im Rahmen eines Projektes
391	Erarbeitung einer Hitliste von Selbstpflegeerfordernissen bei Patienten nach einem neurochirurgischen Eingriff. Teilprojektdarstellung aus dem Gesamtprojekt zur Verbesserung des Versorgungsangebotes unter Berücksichtigung der Pflegewissenschaft im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH
392	Erarbeitung einer strukturierten pflegerischen Sturzprävention
393	Erarbeitung einer theoretischen Konzeption zur Einführung der Pflegevisite auf einer internistischen Station als Instrument der Qualitätssicherung
394	Erarbeitung eines Angehörigenkonzeptes in Pflegeheimen
395	Erarbeitung eines Einarbeitungskonzeptes für die Fachweiterbildung im operativen Dienst in der Hessingpark-Clinic
396	Erarbeitung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit in der Neurologischen Akutklinik Bad Zwesten
397	Erarbeitung eines individuellen Tagesablaufplanes für jeden Bewohner mit auf den entsprechenden Zeitstrukturen aufbauender Dienstplan-Optimierung
398	Erarbeitung eines Konzeptes zum Thema Patientenbegleitservice im Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig
399	Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen in der Landesklinik Lübben
400	Erarbeitung eines Konzeptes zur Implementierung und Umsetzung einer Ausbildungsstation auf einer chirurgischen Station im Westküstenklinikum Heide
401	Erarbeitung eines Konzeptes zur Schulung der Eltern, Kinder und des Pflegepersonals über den Umgang mit einer Insulinpumpe bei Diabetes mellitus Typ 1 (beinhaltet auch die praktische Durchführung an mehreren Beispielen)
402	Erarbeitung eines Konzeptes zur Zusammenarbeit in der gynäkologischen Abteilung (Mutter-Kind-Station/Neonatologie) unter Berücksichtigung des Betreuungskonzeptes der integrativen ganzheitlichen Wochenbettpflege in der Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken
403	Erarbeitung eines Konzepts für ein systematisches Beschwerdemanagement zur Implementierung im Seniorenhaus Steinbach
404	Erarbeitung eines Pflegeleitbildes für die Sozialstation
405	Erarbeitung eines Pflegeleitbildes in einem psychiatrischen Krankenhaus
406	Erarbeitung eines postoperativen Schmerzkonzeptes im Regio-Klinikum Wedel
407	Erarbeitung eines Qualitätsstandards Pflegedokumentation in der Paracelsus-Klinik Osnabrück (PKO) auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und rechtlicher Vorgaben sowie unter Berücksichtigung des klinikinternen Pflegedokumentationssystems innerhalb von drei Monaten

Nr.	Titel
408	Erarbeitung eines Schulungskonzeptes zur Förderung einer Hospizkultur in stationären Einrichtungen – inklusive eines Flyers im Rahmen einer Projektkonzeption
409	Erarbeitung eines Standards in Anlehnung an das Aktionsbündnis für Patientensicherheit an der Sozialstiftung in Bamberg
410	Erarbeitung eines teilsegregativen Versorgungskonzeptes für eine Sonderbetreuung gerontopsychiatrisch veränderter Bewohner
411	Erarbeitung und Einführung eines Ernährungskonzeptes für eine interdisziplinäre Intensivstation
412	Erarbeitung und Einführung eines interdisziplinären Behandlungspfades
413	Erarbeitung und Einführung eines Pflegestandards zur Patientenübergabe an der OP-Schleuse zwischen Pflegedienst und Anästhesiepersonal im Kreisspital Mönnedorf
414	Erarbeitung und Etablierung eines integrativen Wundmanagements im Rahmen der Qualitätssicherung auf einer chirurgischen Station einer Klinik in Berlin-Zehlendorf
415	Erarbeitung und Implementierung eines Beschäftigungskataloges für Schwerstpflegebedürftige und Demenzerkrankte in stationären Altenheimen
416	Erarbeitung und Implementierung eines Konzeptes zur würdigen Sterbebegleitung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
417	Erarbeitung und Implementierung eines Wundstandards
418	Erarbeitung und Implementierung eines modernen Wundmanagements in einer Klinik mit psychiatrischem Schwerpunkt
419	Erarbeitung von Prozessinhalten für die Dokumentation im Qualitätsmanagement-Handbuch
420	Erarbeitung von zwei Lagerungsstandards für die operative Rücken- und Steinschnittlagerung. Erstellen eines Ordners Standardlagerungen und Hinterlegung im Zentral-OP
421	Erfassung der Schlafqualität von Patienten einer chirurgischen Station im Kantonsspital Winterthur
422	Erfassung und Auswertung der Stürze am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg in der Zeit vom 01.06.06 bis einschließlich 31.12.06
423	Erfassung von nosokomialen Infektionen. Einführung einer EDV-gestützten Infektionserfassung
424	Ernährung und Flüssigkeitszufuhr für Bewohner/-innen in stationären Pflegeeinrichtungen
425	Ernährungstherapeutisches Projekt für demente Patienten in der Geriatrie
426	Eröffnung einer Schmerztagesklinik
427	Erprobung und Einführung der Pflegeübergabe am Patientenbett auf einer unfallchirurgischen Station
428	Errichtung eines hausinternen Kiosks mit sozialtherapeutischer Konzeption
429	Ersteinführung von Qualitätsmanagement in einer Kinderarztpraxis
430	Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Implementierung des Manchester-Triage-Systems in einer Notaufnahme für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Qualitätssicherung
431	Erstellen einer Checkliste zur effizienteren Organisation der Bezugspflege auf dem Wohnbereich einer stationären Altenpflegeeinrichtung
432	Erstellen einer Informationsbroschüre für Patienten zur Lebertransplantation am Universitätsklinikum Essen zur Stärkung des SOC (nach Antonovsky) im Behandlungsprozess durch Wissensvermittlung
433	Erstellen einer Verfahrensanweisung zum Aufbau eines Qualitätshandbuches nach DIN ISO 9001 durch Mitarbeiter am Beispiel des Kernprozesses Aufwachraum

Nr.	Titel
434	Erstellen eines Einarbeitungsbogens für neue Mitarbeiter und Weiterbildungsteilnehmer
435	Erstellen eines Einarbeitungskonzeptes als Instrument der internen Qualitätssicherung im Rahmen eines modernen Pflegemanagements
436	Erstellen eines Fragebogens zum Thema Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege
437	Erstellen eines Konzepts zur Gestaltung der Biografiearbeit für das DRK-Seniorenzentrum Am Burgberg in Battenberg
438	Erstellen eines Qualitätsmanagementhandbuches für die Diakonie-Sozialstation Geislingen an der Steige
439	Erstellen und Implementieren eines Brandschutzkonzeptes für die Privatklinik Meiringen
440	Erstellen und Implementieren eines Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter in der Operationsabteilung am Klinikum Coburg
441	Erstellung der Stellenbeschreibung für pflegerische und pädagogische Stationsleitungen für die Fachbereiche Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios-Kliniken Göttingen und Tiefenbrunn
442	Erstellung des Klinikleitbildes in der Werner-Wicker-Klinik im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ
443	Erstellung einer Arbeitsablaufanalyse im Krankentransport- und Begleitsdienst des Helios-Klinikums Wuppertal
444	Erstellung einer Arbeitsmappe zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in die chirurgische Intensivpflege
445	Erstellung einer EDV-Pflegeplanung durch eine innerbetriebliche Fortbildung
446	Erstellung einer Handlungsanleitung Umgang mit mechanischen Fixierungssystemen in einem Pflegewohnheim
447	Erstellung einer Informationsbroschüre für Patienten, die an der Behandlung mit dendritischen Zellen in der Klinik für angewandte Zelltherapie teilnehmen
448	Erstellung einer Informationsmappe für neue Mitarbeiter der Helios-Klinik Bad Berleburg mit integriertem Einarbeitungskonzept mittels Checkliste
449	Erstellung einer Kommunikationshilfe für herzgefäßchirurgische Klienten
450	Erstellung einer Konzeption für einen optimierten Patientendurchlauf in einer integrierten Versorgungsstruktur (Schnittstellenmanagement Integra-Halle)
451	Erstellung einer Muster-Source-Data zur Durchführung einer Patientenvsiste in einem Institut für klinische Studien
452	Erstellung einer Patienteninformationsbroschüre für die Abteilung Unfallchirurgie am UK-SH
453	Erstellung einer Protokollvorlage für die Pflegevisite in der Seniorenresidenz Hunteberg GmbH
454	Erstellung einer Prozessplanung für das Aufnahme- und Verlegungsmanagement der operativen Intensivstation der Asklepios-Klinik Hamburg-Harburg
455	Erstellung einer Seniorenzeitschrift für die Tagespflegeeinrichtung in Ilsfeld
456	Erstellung eines abteilungsübergreifenden Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter/-innen im Pflege- und Funktionsdienst in der Lahn-Dill-Kliniken GmbH an den Standorten Wetzlar und Braunfels anhand einer Checkliste inklusive einem Handbuch zur Erleichterung der Einarbeitungsphase
457	Erstellung eines Anforderungskataloges für eine EDV-gestützte Personaleinsatzplanung in der stationären Krankenversorgung
458	Erstellung eines Einarbeitungsbogens für Schüler auf einer gerontopsychiatrischen Abteilung unter Einbeziehung des psychobiografischem Pflegemodells nach Erwin Böhm

Nr.	Titel
459	Erstellung eines Einarbeitungskonzeptes für die ambulante Pflege
460	Erstellung eines Einarbeitungskonzeptes für Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-innen der Station Meiendorf
461	Erstellung eines Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiter in der Pflege
462	Erstellung eines Einarbeitungskonzeptes für stellvertretende Pflegeleitungen im Intensivbereich des Universitätsklinikums Aachen
463	Erstellung eines einrichtungsinternen Pflegestandards nach dem Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
464	Erstellung eines Epidemie-Planes – speziell für Noro-Viren im Alterszentrum Dreilinden
465	Erstellung eines Evaluierungsbogens zur Ermittlung der Arbeitszufriedenheit – unter Berücksichtigung von Stressfaktoren und der Work-Life-Balance in Pflegeeinrichtungen der Altenpflege
466	Erstellung eines fiktiven Verfahrensstandards zur Sturzprophylaxe in einer Einrichtung der Stationären Altenhilfe in Anlehnung an den Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege
467	Erstellung eines Fragebogens zur Bestimmung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in einem Krankenhaus
468	Erstellung eines innerbetrieblichen Einarbeitungskonzeptes für die Mitarbeiter aus der Altenpflege
469	Erstellung eines innerbetrieblichen Fortbildungskataloges in der Klinik Dinkelsbühl
470	Erstellung eines Instrumentes zur Erfassung von Beschwerden im Rahmen der Reorganisation des Beschwerdemanagements in einem mittelständischen Alten- und Pflegeheim
471	Erstellung eines Kataloges von pflegerischen Kriterien, die für eine Notwendigkeit zur Aufnahme und Betreuung von pflegeintensiven Patienten auf einer Intermediate Care Station (ICU) im Klinikum Kassel richtungsweisend sind
472	Erstellung eines Kompetenzleitfadens psychiatrische Pflege für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LWL-Klinik Paderborn
473	Erstellung eines Konzeptes für die Einführung der Berufsausbildung zur Arzthelferin an einem ambulanten Dialysezentrum
474	Erstellung eines Konzeptes zur Implementierung von Projektmanagement am Beispiel der Dialyseversorgungszentren DVZ
475	Erstellung eines Konzeptes zur Initiierung und Durchführung eines Gesundheitszirkels für alle Pflegestationen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung
476	Erstellung eines Leitbildes Pflege. Erstellungsphase
477	Erstellung eines Leitfadens für neue Mitarbeiter mit Berufserfahrung in der OP-Abteilung
478	Erstellung eines Leitfadens zur Beratung von Patienten und ihren pflegenden Angehörigen in der ambulanten Pflege
479	Erstellung eines Leitfadens zur Durchführung von Zielvereinbarungsgesprächen im pflegerischen Bereich eines Krankenhauses
480	Erstellung eines Merkblattes zum Thema Spezielle Anforderungen bei der pflegerischen Betreuung von Dialysepatienten
481	Erstellung eines neuen Anamnesebogens in einer stationären Altenpflegeeinrichtung unter Berücksichtigung biografiebezogener Pflege – bei zeitgleicher Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Schmerzmanagement in der Pflege
482	Erstellung eines Pflege-1x1 als Nachschlagewerk für alle Mitarbeiter einer neonatologischen Intensivstation

Nr.	Titel
483	Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogen für demenzerkrankte Patienten
484	Erstellung eines Pflegevisitenbogens und Entwicklung einer Verfahrensweisung einer Pflegevisite mit anschließender Implementierung als Instrument der Qualitätssicherung eines ambulanten Intensivpflegedienstes
485	Erstellung eines Projektablaufplans – von der Sechstageswoche zur Fünftageswoche im Alten- und Pflegeheim
486	Erstellung eines Qualitätsmanagementhandbuches zur Vorbereitung einer Zertifizierung in einer Einrichtung des betreuten Wohnens.
487	Erstellung eines schriftlichen Konzeptes zur interdisziplinären Zentralisierung von Chemotherapien unter Berücksichtigung von Strukturen, Arbeitsabläufen und Örtlichkeiten als Projektarbeit
488	Erstellung eines Sekretmanagementblattes bei invasiv heimbeatmeten Patienten
489	Erstellung eines Snoezelen-Wagens und seine Implementierung in das Betreuungskonzept einer Einrichtung der stationären Altenpflege
490	Erstellung und Durchführung eines Schulungskonzeptes für eine qualitativ nachhaltige Dokumentation in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens.
491	Erstellung und Einführung eines Ausbildungsskriptes für Gesundheits- und Krankenpflegeschüler über Krankheitsbilder und pflegerische Maßnahmen in der Psychiatrie
492	Erstellung und Einführung eines Pflegestandards zur Kontrakturenprophylaxe
493	Erstellung und Freischaltung einer Intranet-Seite zur Bündelung und Darstellung der Präventionsangebote für die Mitarbeiter im Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg
494	Erstellung und Implementierung des Assessments zur Erhebung der Kontinenz in einem ambulanten Pflegedienst
495	Erstellung und Implementierung des Pflegestandards Suizidprävention in einem ambulanten Pflegedienst
496	Erstellung und Implementierung des Schüleranleitungskonzeptes für Altenpflegeschülerinnen und -schüler der Zentralen Diakoniestation Altdorf gGmbH
497	Erstellung und Implementierung einer Checkliste zur Sicherung der notfallmedizinischen Ausstattung eines Notfallwagens auf der kardiochirurgischen Intensivstation
498	Erstellung und Implementierung einer Verfahrensweisung zur rechtssicheren Durchführung und Dokumentation von Fixierungsmaßnahmen von Patienten auf einer interdisziplinären Intensivstation
499	Erstellung und Implementierung eines Betreuungskonzeptes für die Amyotrophe-Lateralsklerose-Patienten in Anlehnung an das Konzept der Basalen Stimulation
500	Erstellung und Implementierung eines elektronischen Pflegeüberleitungsbogens in der Henneberg-Kliniken-Betriebsgesellschaft mbH
501	Erstellung und Implementierung eines Handbuches für die pflegerische Dokumentation im Diakonissenkrankenhaus Flensburg
502	Erstellung und Implementierung eines modularen Einarbeitungskonzeptes für Mitarbeiter am RoMed Klinikum Rosenheim
503	Erstellung und Implementierung eines Schulungskonzeptes zum Infoboard Pflege Typo 3 für alle neuen Mitarbeiter der Intensivstationen am Universitätsklinikum Regensburg
504	Erstellung und Implementierung eines Überleitungsbogens
505	Erstellung und Integration einer Tastwand im Seniorenpark Winzenburg – im Aufenthaltsraum des Wohnbereichs I zur Förderung der haptischen Fähigkeiten demenziell Erkrankter
506	Erstmalige Durchführung einer Weiterbildungsmaßnahme zum Demenzexperten und Einführung von Alltagsbegleitern/-innen in einem ambulanten Pflegedienst der AWOCura in Duisburg im Rahmen der Weiterbildungsmaßnahme zum Demenzexperten

Nr.	Titel
507	Eruieren der Prämissen zur Adaption und Konzeption eines Planungs- und Dokumentationssystems in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
508	Eruierung des Weiterbildungsbedarfs der Pflegeeinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns zur Förderung eines modular aufgebauten fachübergreifenden Weiterbildungsangebotes
509	Erweiterung einer neurochirurgischen Intensivstation um zwei Betten
510	Etablierung einer Ausbildungsstation für Gesundheits- und Krankenpflege auf der Palliativstation Greifswald
511	Etablierung eines Schmerzmanagements im Evangelischen Krankenhaus Hattingen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Schmerzen
512	Etablierung von Präventionskonzepten im Bereich Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter am Klinikum Fürth
513	Evaluation der Einrichtung einer internationalen Station im Rahmen der stetigen Zunahme arabischer Patienten
514	Evaluation der Erfahrungen von ambulanten Krankenpflegediensten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Rostock
515	Evaluation der hygienischen Händedesinfektion in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
516	Evaluation der Pflegedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik
517	Evaluation der Pflegedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung auf einer operativen Intensivstation sowie die Konzeption eines Verbesserungsprogramms
518	Evaluation der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern in der Krankenpflege auf einer geschützten allgemeinpsychiatrischen Station
519	Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen des Pflegepersonals im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr am Beispiel des Sanitätslehrregiments
520	Evaluation des Entlassungsmanagements im Klinikum Plau am See (anhand der Kriterien des Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege)
521	Evaluation des Projekts Schüler leiten eine Station am Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis GmbH Merseburg
522	Evaluation und Aktualisierung der Internetpräsenz des ambulanten Pflegedienstes Dumke
523	Evaluation und Bearbeitung des Leitfadens der Pflegebesprechung beim Patienten
524	Evaluation und Reflexion der Dienstübergabe im 2. Wohnbereich der Johann-Müller-Altenheimstiftung Langerringen
525	Evaluation von Pflegestandards im Operationstrakt im Rahmen der Qualitätssicherung
526	Evaluation zweier Pflegedokumentationssysteme in ihrer Anwendung
527	Evaluierung nichtpatientenbezogener Tätigkeiten im OP
528	Evaluation erster arbeitsorganisatorischer und ökonomischer Effekte bei der Einführung eines computergestützten Tourenplanungssystems (VisiTour) im MDK M/V
529	Existenzgründung. Die Eröffnung eines ambulanten Pflegedienstes in Griechenland
530	Fiktives Projekt zum Thema langfristige Mitarbeiterbindung im Krankenhaus
531	Finanzierungsplanung zur Firmenneugründung im präventiven Bereich des Gesundheitswesens Ernährung und Hawaii-Massage
532	Förderung einer konstruktiven Fehlerkultur in einem ambulanten Pflegedienst

Nr.	Titel
533	Gebetsmöglichkeiten für Muslime auf den Pflegestationen des Klinikums Bad Hersfeld
534	Gefährdungsermittlung und -beurteilung. Psychische Belastungen und Beanspruchungen des Pflegepersonals in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
535	Gestaltung der Anleitungssituation in der Altenpflege durch die Praxisanleiter lt. Gesetz vom 01.08.2003. Erhebung der Ist-Situation am Beispiel einer Klasse im zweiten Ausbildungsjahr
536	Gestaltung eines Tages der offenen Tür: Schüler werben Schüler
537	Gestaltung eines tragfähigen Wohnraumkonzeptes als betreutes Wohnen in Kleingruppen für demenziell erkrankte Menschen
538	Gesunde Ernährung
539	Gesundheitsförderung im Alten- und Pflegeheim durch praktische Umsetzung eines Gymnastikkurses nach Antonovskys Modell der Salutogenese
540	Gesundheitsverhalten von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf Ernährung, körperliche Aktivität und Genussmittelkonsum
541	Gewalt in der Pflege. Beschreibung des Projektes aus der Sicht des Pflegemanagements
542	Gewalttätigkeit von Patienten in der forensischen Psychiatrie: Projektarbeit zur kritischen Auseinandersetzung mit einem Instrument zur Vorhersage von Gewaltereignissen (BVC-CH) im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen
543	Gründung eines ambulanten Pflegedienstes
544	Gründung eines Fördervereins zur Unterstützung des regionalen Schlaganfallbüros Weser/Ems und der Schlaganfallselbsthilfegruppe. Austausch, Information, Diskussion, Aktivitäten im Seniorenwohnstift Papenburg
545	Handlungsempfehlungen zur Öffentlichkeitsarbeit im Zentrum für ambulante Pflege und Betreuung (ZaP)
546	Implementation des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKM-S) und des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
547	Implementation eines Entlassungsmanagements im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen. Ein Projektbericht
548	Implementation und Schulung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKM-S) 1.0 im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach
549	Implementieren eines pflegetherapeutischen Behandlungskonzepts in der geriatrischen Rehabilitation
550	Implementierung der 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg auf allen Wohnbereichen des Maria Simon Seniorenheimes in Aichach. Eine Maßnahme zur Verbesserung der Betreuungsqualität in der stationären Altenhilfe
551	Implementierung der Beschäftigungs- und Betreuungsangebote in den Pflegeprozess
552	Implementierung der DCM-Methode als Teilprojekt der Projektgruppe Betreuungskonzept Demenz
553	Implementierung der digitalen Fieberkurve in der Neurologie
554	Implementierung der EDV-gestützten Pflegedokumentation EVOCURA in den Altenhilfeeinrichtungen der Marienhaus GmbH – insbesondere im Alten- und Pflegeheim St. Anna (Hopstädten-Weiersbach)
555	Implementierung der elektronischen Pflegeanamnese in der Klinik Löwenstein gGmbH

Nr.	Titel
556	Implementierung der Formulierungshilfen als Standardinstrument für die Betreuungsdokumentation
557	Implementierung der gesetzlichen Pausenzeiten auf der urologischen Station A 2 der Werner-Wicker-Klinik
558	Implementierung des Patienteneinschätzungsbogens im Pflegeprozess der Klinik
559	Implementierung der Pflegeprozessplanung in die bestehende elektronische Patientenkarte
560	Implementierung der Pflegeübergabe am Patientenbett auf der Kardiochirurgischen Normalpflegestation der Universitätsklinik Köln
561	Implementierung der Pflegevisite als Qualitätssicherungsmaßnahme
562	Implementierung der Pflegevisite im Altenzentrum St. Ewaldi
563	Implementierung des Bezugspflegesystems in einer Einrichtung der ambulanten Altenpflege
564	Implementierung des EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems Evocura im Hochwald-Altenzentrum St. Klara im Hermeskeil – nach der Entwicklungsphase
565	Implementierung des Entlassungsmanagements im Evangelischen Fachkrankenhaus
566	Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege im Nephrologischen Zentrum Niedersachsen
567	Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege [vgl. DNQP 2010] im Marienhospital Wattenscheid
568	Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement
569	Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege im Rahmen des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern Landkreis Freudenstadt gGmbH
570	Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen auf einer operativen Belegstation eines Krankenhauses der Regelversorgung
571	Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement in der Einrichtung Caritas Pflege und Gesundheit
572	Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einem Krankenhaus der Regelversorgung
573	Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement des DNQP im Pflegeheim Edelberg (Kernen)
574	Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in einer Einrichtung der stationären Altenpflege
575	Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe des DNQP im Christophorus Haus der Diakoniestiftung Alt-Hamburg
576	Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe im Seniorenwohn- und Pflegeheim Schöneiche gemeinnützige GmbH
577	Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)
578	Implementierung des Expertenstandards. Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten Schmerzen in einer onkologischen Abteilung
579	Implementierung des Konzeptes Selbstbestimmtes Wohnen in das Projekt Wohnen in betreuten Wohngemeinschaften
580	Implementierung des mäeutischen Pflegekonzeptes in einer stationären Einrichtung der Altenpflege

Nr.	Titel
581	Implementierung des nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege im St. Vincenz Krankenhaus GmbH Paderborn Station B4 (Nephrologie/Onkologie) nach dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
582	Implementierung des nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege
583	Implementierung des nationalen Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der psychiatrischen LWL-Klinik Marsberg
584	Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKM-S) als abrechnungsrelevantes DRG-Instrument in einem Akutkrankenhaus
585	Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKM-S) – Ein Instrument zur Erfassung hochaufwendiger Pflegepatienten
586	Implementierung des Pflegeprozesses nach LEPWAUU im Luzerner Kantonsspital
587	Implementierung des Pflegesystems Bezugspflege in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz
588	Implementierung des pflegetherapeutischen Lagerungskonzeptes LIN nach Pickenbrock in den Arbeitsalltag einer neurologischen Frührehabilitation
589	Implementierung des PKM-S (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) im Klinikum Fürth
590	Implementierung des Primary Nursing Systems auf einer geriatrischen Station im Evangelischen Krankenhaus Hubertus in Berlin-Zehlendorf
591	Implementierung des Qualitätsmanagementsystems E-Qalin im Alten- und Pflegeheim der Gemeinde Grünburg
592	Implementierung des Zertifizierungsverfahrens Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) im Rahmen des Qualitätsmanagement an der Hohenstaufen Klinik
593	Implementierung einer zentralen-Patienten-Aufnahmestation in der Auguste-Viktoria-Klinik
594	Implementierung einer abteilungsinternen Fortbildung
595	Implementierung einer elektronischen Patientendokumentation
596	Implementierung einer Klientenkonferenz in einem ambulanten Pflegedienst zur Optimierung der innerbetrieblichen Kommunikation und zur geregelten Versorgung des gesamten Pflegeteams mit klientenbezogenen Informationen
597	Implementierung einer Megacode-Schulung, Standard-Unterweisungs-Leitfaden im Klinikum Itzehoe
598	Implementierung einer Pflegevisite auf der akutpsychiatrischen Station 4c
599	Implementierung einer Pflegevisite in einem Krankenhaus
600	Implementierung einer regelmäßigen Fußvisite in einer ambulanten Dialysepraxis
601	Implementierung einer Stellenbeschreibung für die Pflegenden einer Intensivstation – ein theoretisches Projekt
602	Implementierung einer Vorschaltambulanz mit Bettenmanagement
603	Implementierung einer zentralen Notaufnahme. Erstellung eines strategischen Konzeptes zur Wiederaufnahme des Projektes
604	Implementierung eines Analyse- und Evaluationsmanagements zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in einem ambulanten Pflegedienst – von der Klienten- zur Mitarbeiterorientierung

Nr.	Titel
605	Implementierung eines Beratungssystems im ambulanten Dienst
606	Implementierung eines Beschwerdemanagements in der Seniorenresidenz Hubertus (Fürstenberg bei Höxter)
607	Implementierung eines Beschwerdemanagements in einem ambulanten Pflegedienst als Instrument zur kontinuierlichen Qualitätsmessung
608	Implementierung eines Dienstplanprogramms in Verbindung mit der Einführung einer elektronischen Zeiterfassung in der Oberschwaben Klinik gGmbH
609	Implementierung eines EDV-gestützten Dienstplansystems für den Pflegebereich des Universitätsklinikums Würzburg. Zweite Phase des Rollout
610	Implementierung eines einrichtungsinternen Pflegestandards zur Sturzprophylaxe in Anlehnung an den nationalen Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege in einer stationären Einrichtung ohne pflegfachlichen Schwerpunkt
611	Implementierung eines elektronischen Pflegeordnungskategorienmoduls als Teil des Krankenhausinformationssystems einer forensisch-psychiatrischen Station
612	Implementierung eines Expertenstandards Sturz in der ambulanten Pflege
613	Implementierung eines Fehlermeldesystems
614	Implementierung eines Gesundheitstages im Rahmen der Gesundheitsfürsorge für Pflegekräfte in Radevormwald
615	Implementierung eines Messinstrumentes für die Patientenzuordnung zur richtigen Versorgungsstufe im System der fachübergreifenden Kliniken am Universitätsklinikum Aachen
616	Implementierung eines neuen Schichtmodells auf zwei orthopädisch/unfallchirurgischen Allgemeinstationen
617	Implementierung eines Patientendatenmanagementsystems am Universitätsklinikum Göttingen
618	Implementierung eines Pflegeklassifikationssystems zur vollständigen Umsetzung des Pflegeprozesses
619	Implementierung eines pflegespezifischen Gesundheitszirkels im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einer psychiatrischen Klinik
620	Implementierung eines postoperativen Akutschmerzdienstes
621	Implementierung eines Qualitätszirkels als Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Pflegedienst
622	Implementierung eines Springerpools in der Klinikum Fulda gAG
623	Implementierung eines Standards zur Benutzung des Mundpflegesets bei Chemopatienten als Prävention der krankhaften Veränderungen der Mundschleimhäute
624	Implementierung eines Tages der offenen Tür als fiktives Projekt in einer ambulanten Pflegestation
625	Implementierung eines unabhängigen Pflegestützpunktes
626	Implementierung eines Wissensmanagementsystems für Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund des Wissensmanagementmodells von Probst, Raub und Romhardt
627	Implementierung eines Wissensmanagementsystems in der Christusgemeinde Ingolstadt
628	Implementierung eines zentralen Aufnahmemanagements in der Strahlenklinik. Beschreibung und Reflexion der Projektplanung und -durchführung
629	Implementierung eines Expertenstandards Entlassung zur Optimierung des Entlassungsprozesses
630	Implementierung und Durchführung einer psychoedukativen Gruppe für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen im Maßregelvollzug

Nr.	Titel
631	Implementierung und Durchführung von Mitarbeitergesprächen als Instrument der Personalführung im Krankenhaus
632	Implementierung und Evaluation der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores im Pflegedienst eines Krankenhauses der Maximalversorgung
633	Implementierung und Evaluation einer neuen Arbeitszeitschiene in einem Altenpflegeheim
634	Implementierung und Nutzung eines rechnergestützten Planungs- und Dokumentationssystems im Altenpflegeheim Haus Concordia in Grabow im Rahmen des Qualitätsmanagements
635	Implementierung von Beschwerdemanagement in einen ambulanten Pflegedienst als Instrument der Qualitätssicherung
636	Implementierung von Mitarbeitergesprächen zur Verbesserung der Arbeitsmotivation
637	Implementierung von Pflegediagnosen. Befähigung zur Handhabung des Pflegeprozesses im Stationsalltag einer Aufnahmestation für Abhängigkeitskranke
638	Implementierung eines Journal-Clubs auf der operativen Intensivstation
639	Implementierung von Pflegediagnosen auf einer Pilotstation der Neurologischen Klinik Westend in Bad Wildungen
640	Implementierung von Pflegediagnosen nach dem Pflegeklassifikationssystem POP (Praxis Orientierte Pflegediagnostik) in dem Pflegeheim der Fachklinik für Neurologische Rehabilitation der medizinischen Einrichtung des Bezirks Oberpfalz GmbH Regensburg
641	Implementierung von Pflegevisiten als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege
642	Implementierung von Pflegevisiten in der ambulanten Diakonie
643	Implementierung von validativer Pflege und Betreuung nach Feil auf einer Pflegestation eines gerontopsychiatrischen Alten- und Pflegeheimes
644	Implementierung von Zielvereinbarungsgesprächen für Führungskräfte der Region Herford im Johanneswerk e. V.
645	Betreutes Wohnen zu Hause. Ein Projekt für Seniorinnen und Senioren, kranke und behinderte Menschen in Geiselhöring
646	Informationsverbesserung Angehöriger und Besucher schwerstkranker Patienten. Ein Projekt der Intensivstation der Universitätsklinik Ulm
647	Inhouse-Schulung zum Verständnis eines umfassenden Pflegemodells der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Krohwinkel
648	Initiierung einer Mitarbeiterzeitung am Klinikum der Universität Regensburg
649	Initiieren und Realisieren eines aktiven Beschwerdemanagement-Systems
650	Implementation eines Beschwerdemanagementsystems in der ambulanten Krankenpflege
651	Integration von Angehörigen in eine vorwiegend onkologische Station
652	Integration von Hardware und Software im OP-Bereich
653	Integration von Haustieren in einer stationären Pflegeeinrichtung der Altenhilfe
654	Integration von vier Modulen des dualen Bachelorstudiengangs Pflege in das Curriculum einer Berufsfachschule für Krankenpflege
655	Internetpräsenz zur Information über die Anerkennung ausländischer Krankenpflegeausbildungen in Deutschland
656	Kaffeetafel Atempause in der Diakoniestation Neu Wulmstorf

Nr.	Titel
657	Kanban. Einführung des Kanban und des Barcodesystems an der Neurologischen Intensivstation in Innsbruck für die Arzneimittelversorgung
658	Kollegiale Fallberatung der mittleren Führungsebene im Krankenhaus
659	Kommunikation als Methode der Integration
660	Konzept zum Einsatz von ehrenamtlichen Helfern für Demenzpatienten am Klinikum Fichtelgebirge
661	Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegedienst
662	Konzept zur Einführung des Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege in einer fiktiven öffentlich-rechtlichen Pflegeeinrichtung
663	Konzeptentwicklung MAV-Arbeit für die MAV der St. Vincenz-Hospital GmbH mit den Betriebsstätten St. Vincenz-Hospital (SVH) und St. Gerburgis-Hospital (SGH)
664	Konzeptentwicklung für eine Kurzzeitpflegeeinheit im Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich am Standort Bernkastel
665	Konzeptentwicklung und Einführung der Position der Pflegedienstleitung nach der Fusionierung von zwei Spitälern
666	Konzeptentwicklung zur Einführung eines Case Managements in der geriatrischen Abteilung eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung
667	Konzeptentwicklung zur Einführung von verantwortlichen Bereichsleitungen in jeder Fachdisziplin im Zentral-OP des Luisenhospital Aachen
668	Konzeptentwicklung zur Umgestaltung einer Abteilung eines Altenwohnheims zu einer Abteilung für Bewohner mit Demenzerkrankungen
669	Konzeptentwicklung zur Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen innerhalb der Balanced Scorecard in der Uniklinik Köln
670	Konzeptentwicklung. Enterale Ernährung auf Intensivstation. Retrospektive Betrachtung und Analyse einer Projektarbeit (Städtisches Klinikum Karlsruhe)
671	Konzepterarbeitung zur Einführung von Qualitätszirkeln als Instrument der Qualitätssicherung in der Maria Hilf GmbH
672	Konzepterarbeitung zur Einrichtung einer Beratungs- und Informationsstelle für Angehörige und Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Caritas Sozialstation Haselünne
673	Konzepterstellung einer abteilungsinternen Balanced Scorecard in Anlehnung an die übergeordnete BSC des AKH Linz für die Abteilung Urologie
674	Konzepterstellung einer Veranstaltung zur kultursensiblen Patientenversorgung im Krankenhaus
675	Konzepterstellung für die Reduzierung des Tabakkonsums bei Krankenhausmitarbeitern mittels achtsamkeitsbasierter Stressreduktion
676	Konzepterstellung für ein Gruppenangebot in der ambulant psychiatrischen Pflege
677	Konzepterstellung und Einführung einer Genussgruppe als erstes pflegetherapeutisches Angebot auf einer Psychotherapiestation
678	Konzepterstellung zur Implementierung von Case Management im St. Ansgar-Krankenhaus in Höxter
679	Konzepterstellung zur Wiederanbindung einer kleinen, selbstständigen Wohneinheit an den geschlossenen Wohnbereich des Klinikums Warendorf
680	Konzeption der Optimierung des Patientenaufnahmeprozesses in der SKE Klinik. Projektvorbereitung und Projektplanung
681	Konzeption einer Studierendenbefragung zur Zufriedenheit mit dem Angebot zur Internationalisierung an der FH Frankfurt/Main
682	Konzeption eines DV-Handbuches im Krankenhaus München (Thalkirchner Straße)

Nr.	Titel
683	Konzeption eines Projektes zur Implementierung der computergestützten SAP-Plantafel zur Optimierung des Aufnahmeprozesses im Klinikum Bogenhausen am Beispiel der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie
684	Konzeption für eine professionelle Pflegeberatung durch einen diplomierten Pflegemanager in Form eines Modellprojektes
685	Konzeption und Durchführung einer Mitarbeiterschulung zur Einführung eines computergestützten Dienstplanprogramms
686	Konzeption und Evaluation eines zweitägigen Seminars zum Umgang mit Beatmungsgeräten für Pflegekräfte von Intensivstationen
687	Konzeption und Implementierung eines aktiven Beschwerdemanagements
688	Konzeption und Implementierung eines neuen Arbeitszeitmodells für die pflegerischen Mitarbeiter einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik
689	Konzeption zur Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in fünf ambulanten Pflegediensten
690	Konzeption, Umsetzung und Evaluation einer Tagespflege für an Demenz erkrankte Personen in einer stationären Pflegeeinrichtung
691	Konzeptionelle Überarbeitung der Teamsitzung zur Optimierung des Pflegeprozesses im Rahmen der internen Qualitätssicherung
692	Konzeptionelle und praktische Integration von Ergotherapeuten in einer Einrichtung der stationären Altenpflege
693	Konzeptionierung des Mitarbeitergesprächs mit Zielvereinbarung als zentrales Führungsinstrument in einer geschäftsbereichsübergreifenden Projektgruppe in der Diakonie Michaelshoven
694	Konzeptionierung von Patientenschulungen für Frauen mit der Diagnose Harninkontinenz
695	Konzeptionisierung eines Handlungsleitfadens zur Überarbeitung des Beurteilungsbogens der praktischen Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege anhand von Evaluationskriterien
696	Konzeptionsentwicklung zur Schaffung und Implementierung von staatlich geförderten Zusatzjobs zur Betreuung Demenzerkrankter in einem privaten ambulanten Pflegedienst
697	Konzipierung eines Tätigkeitskataloges zur Etablierung von Servicekräften zur Entlastung von Pflegepersonal für den Bereich der Allgemeinpflagestationen im Klinikum Aachen
698	Konzipierung und Durchführung eines Intensivpflege-Symposiums am Kantonsspital St. Gallen
699	Kritischer Rückblick auf das abgeschlossene Projekt Angehörige auf Intensivstation im Rahmen einer Weiterbildung für Intensivpflege, Anästhesie und Pädiatrische Intensivpflege
700	Lebensweltspezifische Integration von Angeboten und Strategien der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Seniorenzentrum Ederbergland (Frankenberg)
701	Leistungserfassung bei schwerbrandverletzten Patienten. Reflexion eines durchgeführten Projektes
702	Leistungserfassung in der Anästhesiepflege. Implementierung einer Leistungs- und Pflegedokumentation in einem Anästhesie-Informationen-Management-System (AIMS)
703	Leitbilderstellung für ein Seniorenzentrum in Garmisch-Partenkirchen
704	Management komplexer Systeme am Beispiel des St. Galler Managementmodells
705	Maßnahmen zur Steigerung der Energieeffizienz in einem ambulanten Pflegedienst
706	Medikamentenverblistierung in einer stationären Einrichtung – ein Instrument der Prozessoptimierung im Medikamentenmanagement

Nr.	Titel
707	Messung der Kundenzufriedenheit durch eine Kundenbefragung in einem ambulanten Pflegedienst
708	Minimierung bzw. Optimierung der OP-Abdeckungen. Projektteilziel: Ist-Zustandsanalyse OP 03/00
709	Mitarbeiterjahresgespräche. Literaturrecherche zu Inhalt und Umsetzung
710	Mitarbeiterschulung zur Einführung einer neuen Software am Stationsarbeitsplatz für den Leistungsbereich Pflege- und Erziehungsdienst an einem psychiatrischen Krankenhaus
711	Mitarbeiterschulung zur Optimierung der Qualität der Pflegeplanungen in stationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel des Altenzentrums Schmallenbach-Haus in Fröndenberg
712	Miteinander im Gespräch. Projekt zur Verbesserung der hausinternen Kommunikation
713	Modellerprobung Primary Nursing im Pflegedienst des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
714	Modellhafte Einführung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung auf einer Station in einem Krankenhaus der Regelversorgung
715	Modellhafte Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege
716	Modellhafte Implementierung des nationalen Expertenstandards. Entwurf zur Kontinenzförderung an einem Universitätsklinikum. Vorstellung des Projektes, der Projektorganisation und des Aufgabenblocks Vorbereitung und Durchführung der themenspezifischen Fortbildung als Mitglied der Projektgruppe
717	Modellhafte Projektkonzeption zur Einführung einer Software in einem ambulanten Pflegedienst
718	Möglichkeiten der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege im operativen Funktionsbereich
719	Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonal im Bereich Intensivpflege/Frührehabilitation
720	Neue Modelle der Aufgabenzuordnung im Krankenhaus. Untersuchung der Delegationsmöglichkeit pflegefremder Tätigkeiten aus dem Pflegedienst im Krankenhaus Neuperlach im Rahmen eines Projektes
721	Neuentwicklung und Einführung einer Intensivdokumentationskurve und eines computergestützten Anordnungsbogens auf der interdisziplinären Intensivstation des Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz
722	Neuerstellung eines Pflegeverlegungsformulars für die Intensivstation auf Basis einer EDV-gestützten Dokumentenvorlage
723	Neues Lernen in der Pflegeausbildung. Projektarbeit im Rahmen einer internationalen Schulpartnerschaft: Entwicklung, Anwendung und Evaluierung von Instrumenten zur Qualitätssicherung – insbesondere eines patientenorientierten Dokumentationssystems in der pflegerischen Versorgung von stationären Patienten
724	Neukonzeption der praktischen Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz im Altenzentrum St. Lukas (Wernau)
725	Neuordnung des Krankenhausformularwesens durch strukturierte und systematische Lenkung
726	Neuorganisation der Abteilung EKG/Funktionsdiagnostik im Rahmen der Inbetriebnahme des Krankenhaus-Neubaus des Diakonie-Gesundheitszentrums Kassel (DGK)
727	Neuorganisation der Visite
728	Neuorganisation des Nachtdienstes
729	Neustrukturierung der pflegerischen Dienstübergabe der präoperativen kardiochirurgischen Station im Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) unter Berücksichtigung qualitätssichernder Aspekte

Nr.	Titel
730	Neustrukturierung der Stationsabläufe der Station 10c (Klinik für Dermatologie und Venerologie)
731	Neustrukturierung des Reanimationsablaufs auf der anästhesiologischen Intensivstation des Klinikums Fulda
732	Neustrukturierung des teilstationären Angebotes der Tagespflege für Senioren im organisatorischen Rahmen der Sankt Martin Altenhilfe-Diakonie-Zentrum Eckernförde gemeinnützige GmbH
733	Operationalisierung des Pflege-Neuorientierungs-Gesetzes (PNG) für die Einführung der häuslichen Betreuung im Graf-Gottfried-Stift
734	Operative Controllinginstrumente einer Stationsleitung im Krankenhaus
735	OP-Management am LKH Steyr. Eine kritische Projektreflexion
736	Optimierung der Ablauforganisation der OP-Vorbereitung chirurgischer Patienten auf der interdisziplinären Aufnahmestation im Akademischen Lehrkrankenhaus St. Vinzenz in Ottobeuren
737	Optimierung der Ablauforganisation in der Dialyseeinheit. Eine retrospektive Betrachtung mit den Methoden und Verfahren des Projektmanagements
738	Optimierung der angewandten Token-Programme in der Tagesklinik einer Kinder- und Jugendpsychiatrie
739	Optimierung der Dekubitusprophylaxe in dem ambulanten Pflegedienst Kreyßig durch Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe
740	Optimierung der Diabetesbetreuung in der neurochirurgischen Abteilung
741	Optimierung der Pflegeplanung für den Klinikverbund der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreis Schwandorf mbH
742	Optimierung der pflegerischen Dienstübergabe – vom Dienstzimmer zum Patientenbett
743	Optimierung des Konzeptes. Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Unternehmen der häuslichen Krankenpflege Christine Puchta
744	Optimierung des Vorbereitungsseminars für ehrenamtliche Hospizhelfer im ambulanten Bereich am Beispiel der ambulanten Hospizhilfe der Malteser in Eichstätt
745	Optimierung von OP-Prozessabläufen in einem Belegarztkrankenhaus: Welche Ursachen haben OP-Plan-Abweichungen und durch welche Maßnahmen können sie vermieden werden?
746	Organisatorische Veränderungen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
747	Patientenfragebogen für das Zentrum für Notaufnahme
748	Personalrekrutierung auf der Berufsmesse – eine strategische Maßnahme gegen Fachkräftemangel in der Pflege
749	Pflegediagnosen nach NANDA Taxonomie 2. Die Einführung und Implementierung von Pflegediagnosen in den Rheinischen Kliniken Düren
750	Pflegedokumentation: Bewertung und Umgestaltung des vorhandenen Formulars mit dem Titel Informationssammlung bei Aufnahme (Optiplan 2326) in der Kurzzeitpflege
751	Pflegeleitbild: Entwicklung und Umsetzung im ambulanten Dienst eines Seniorenzentrums
752	Pflegeorganisationsform Vernetzung examinierter/nicht examinierter Pflegekräfte in der ambulanten Pflege
753	Pflegestandards für die Leistungsmodule der Grundpflege nach dem Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung) und Sicherung der Pflegequalität bei Erbringung grundpflegerischer Module durch ergänzende Hilfen

Nr.	Titel
754	Pflegeüberleitung und koordinierte Entlassung von Patienten in externe Einrichtungen
755	Pilotprojekt zur Implementierung der elektronischen Fieberkurve auf der Kinderinfektionsstation am Klinikum Fürth
756	Planung der palliativen Komplexbehandlung als Versorgungseinheit in der stationären Krankenversorgung
757	Planung einer Demenzwohngruppe im Störmanns Hof Seniorenheim Eslohe
758	Planung einer Internetpräsenz für eine chirurgische Station auf der Homepage der medizinischen Hochschule Hannover
759	Planung eines Sportclubs für Kinder mit körperlicher Behinderung
760	Planung für den Aufbau einer akutgeriatrischen Rehabilitations-Station begleitet vom Case Management in einem Krankenhaus
761	Planung und Durchführung einer empirischen Studie in einer stationären Pflegeeinrichtung mit dem Thema: Was motiviert einen Menschen, den Beruf der Altenpflege zu ergreifen?
762	Planung und Durchführung einer internen Fortbildungsveranstaltung bei einem ambulanten Pflegedienst in Luxemburg
763	Planung und Durchführung eines Audits nach ISO 9001:2000
764	Planung und Durchführung eines Gesundheitstages an einem Förderzentrum mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung.
765	Planung und Durchführung eines Projekts zur Entwicklung eines Personalführungs- und Personalentwicklungsinstruments für die ambulante Pflege
766	Planung und Durchführung von Innenausbau und Inneneinrichtung eines neuen OP-Traktes
767	Planung und Entwicklung einer Schulung zu Demenz für Pflegehilfskräfte
768	Planung, Durchführung und Auswertung des Projektes Mut zum Handeln – Auszubildende leiten eine Station. Von einer Schüleridee zum Projekt
769	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn auf der Station Innere 2/Geriatrie 2 in Bezug auf die derzeitige Patientenübergabe
770	Planung, Durchführung und Evaluation der Einführung eines neuen Pflegedokumentationssystems auf der Station Geriatrie als Pilotstation für das Kreiskrankenhaus
771	Planung, Organisation und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme pflegebedürftig
772	Potenziell realisierbares Projekt zur Entwicklung einer Leitlinie für die Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement in einem ambulanten Pflegedienst
773	Präoperative Pflegevisite. Hilfsmittel für die Einführung des Pflegeprozesses in die operative Abteilung
774	Präventions- und Bewältigungsmöglichkeiten eines Burnout-Syndroms bei Mitarbeitern durch die Führungskraft
775	Professionalisierung der Selbstdarstellung der Pflege. Ein Konzept zur Umgestaltung der Anrede
776	Projekt Konzeption der zentralen stationären Patientenaufnahme in der Klinik am Eichert in Göppingen
777	Projekt KTQ-Zertifizierung. Implementierung eines Qualitätsmanagementelements in den Krankenhausalltag
778	Projekt Unternehmensgründung zur Durchführung von Pflegekursen und individuellen häuslichen Beratung für pflegende Angehörige. Projektplanung: Teilprojekt Marketing

Nr.	Titel
779	Projekt Wundmanagement. Notwendigkeit eines Wundbehandlungskonzeptes und der Dokumentation zur Verbesserung der Wundversorgung als Teilaspekt der Qualitätsverbesserung im KKH Demmin
780	Projekt Dekubitus
781	Projekt der Entwicklung und Implementierung einer Ablaufstruktur für Fallbesprechungen im Bereich Onkologie
782	Projekt Einführungskonzept Praktikantenbetreuung
783	Projekt Implementation Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Abteilung Gerontopsychiatrie
784	Projekt zum Themenkomplex Anpassung und Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung
785	Projekt zur Implementierung von effektiven Führungsstrukturen der Pflege in den operativen Bereichen der CTK Cottbus gGmbH
786	Projekt zur Einführung der Pflegevisite als ein Instrument der Qualitätssicherung
787	Projekt zur Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene zur Erstellung und Abrechnung der Pflegeleistung in einem Fachkrankenhaus für Geriatrie
788	Projekt zur Einführung eines Assessmentbogens und Erhebung von Pflegediagnosen auf drei forensischen Stationen in den Rheinischen Kliniken Viersen
789	Projekt zur Einführung eines zentralen Patientenmanagements in der chirurgischen Klinik im Charité Campus Rudolf Virchow
790	Projekt zur Einführung von Pflegevisiten im Rahmen der Qualitätssicherung
791	Projekt zur Entwicklung einer aussagekräftigen Pflegedokumentation durch qualitätsgerechte Datenerfassung
792	Projekt zur Entwicklung eines Konzeptes zur dezentralen Bettenaufbereitung im stationären Bereich
793	Projekt zur Erlangung des Grundzertifikats Beruf und Familie (Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie Stiftung zur Optimierung einer familienbewussten Personalpolitik)
794	Projekt zur Erlangung des Zertifikats nach den Kriterien der KTQ
795	Projekt zur Erstellung einer Präsentationsmappe als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit im ambulanten Pflegedienst
796	Projekt zur Erstellung eines Leitfadens für ein Patienten-Abschluss-Gespräch am Landeskrankenhaus Hohenems (Vorarlberg) – März bis November 2004
797	Projekt zur Erstellung und Implementierung eines standardisierten Dokumentationssystems in der Tagesförderung des Wohnheimes Heinrichshaus Großspaschleben
798	Projekt zur Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe im ambulanten Pflegedienst Meyer
799	Projekt zur Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in einer stationären Pflegeeinrichtung
800	Projekt zur Implementierung eines Trainings für pflegende Angehörige in der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft gGmbH Dortmund
801	Projekt zur transkulturellen Kompetenzentwicklung in der Psychiatrie
802	Projekt zur Umsetzung der Transparenzkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in einem ambulanten Pflegedienst zwischen der ersten und zweiten Überprüfung
803	Projekt zur Verankerung der Pflegestandards im Pflegealltag

Nr.	Titel
804	Projekt zur Verbesserung der intraoperativen Versorgung von Patienten mit Schafffrakturen
805	Projekt: 540 Minuten Pflege. Tätigkeitsanalyse von Pflegenden in der Zeit von 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr
806	Projekt: Einführung eines Patientenbegleitservices im Elim-Krankenhaus (Hamburg)
807	Projekt: Einführung Pflegevisite
808	Projekt: Erarbeitung und Einführung des Pflegestandards Geriatrisches Assessment im Pflegedienst Tauchnitz
809	Projekt: Erstellung eines Filmes (Sleepys Abenteuer) zur kindgerechten Narkoseaufklärung
810	Projekt: Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Betriebsgesundheit in der Rehabilitationsklinik als Grundlage für ein mitarbeiterfreundliches Unternehmen und eine langfristige Gesundheitsfürsorge
811	Projekt: Organisation eines Betriebsausfluges für die Pflegeeinrichtung Elbblick
812	Projektarbeit zur Einführung eines Entlassungsmanagements in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
813	Projektarbeit zur Entwicklung einer Arbeitsanweisung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen
814	Projektarbeit zur Erstellung eines Konzepts für den Einführungstag neuer Mitarbeiter
815	Projektarbeit zur Implementierung einer Pflegevisite auf einer psychiatrischen Aufnahmestation
816	Projektarbeit zur Implementierung von Standards nach den Qualitätsprüfungskriterien des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe
817	Projektauftrag Dokumentationsumstellung in der Einrichtung Haus Prosperstraße des Diakoniewerks Essen
818	Projektauftrag zur Entwicklung eines Pflegekonzeptes nach ausgewählten Pflegemodellen in einem Alten- und Pflegeheim
819	Projektbericht der Projektgruppe: Strategien gegen Burnout
820	Projektbericht über das Projekt Vereinheitlichung, Modernisierung und Verbesserung der Anwendung des Dokumentationssystems der Intensivstationen in den drei DRK-Kliniken Berlin
821	Projektbericht über die Evaluation der eingeführten Medikamentenversorgung über 7x4-Pharma auf einem gerontopsychiatrischen Wohnbereich einer Seniorenresidenz
822	Projektbericht zur Einführung der Integrativen Validation nach Richard in die tägliche Arbeit mit Demenzerkrankten und deren Angehörige in der Vernetzung mit der Senioren- und Krankenpflege Körbitz GmbH
823	Projektbericht: Einführung einer strukturierten Pflegevisite als Instrument zur Qualitätssicherung in einer forensisch-psychiatrischen Klinik
824	Projektbeschreibung der Implementierung eines rechnerunterstützten Dokumentenmanagement und digitaler Archivierung von Patientenakten in einer Arztpraxis
825	Projektkonzept zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
826	Projektkonzeption. Eine Patienteninformationsbroschüre im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit für das ambulante Nierenzentrum Schwerin
827	Projektkonzeption für betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen zum Erhalt und für die Förderung der Mitarbeitergesundheit am Beispiel einer urologischen Ambulanz

Nr.	Titel
828	Projektkonzeption zur möglichen Behebung des Personalmangels auf dem Pflegemarkt der Freien und Hansestadt Hamburg bis 2025
829	Projektkonzeption zur Überarbeitung des Weaning-Protokolls auf der anästhesiologischen Intensivstation im Bundeswehrkrankenhaus Ulm
830	Projektmanagement. Übergabe am Patientenbett
831	Projektmanagement im Rahmen der Planung, Beschaffung und Implementierung eines computergestützten Warenwirtschaftssystems zur abteilungsübergreifenden Beschaffung und Verwaltung von Ge- und Verbrauchsartikeln
832	Projektmanagement. Implementierung und Evaluation des nationalen Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
833	Projektplan für die Erarbeitung eines Konzeptes zur Einführung von Psychiatrische Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistungsangebot von ambulanten Pflegediensten des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
834	Projektplan zur Erstellung eines Praxisleitfadens für Familienassistenten/-innen in der Pflege
835	Projektplanung einer Bedarfserhebung zur betriebsinternen Kinderbetreuung im AMEOS Klinikum Aschersleben
836	Projektplanung eines innerbetrieblichen Vorschlagswesens
837	Projektplanung zur Implementierung eines Konzeptes zum Thema Palliative Care für die stationäre Altenpflege in die Pflegepraxis
838	Projektreflexion zur Einführung eines Weaning-Protokolls auf anästhesiologischen Intensivstation im Bundeswehrkrankenhaus Ulm
839	ProSanitas geht online – Die Erstellung einer Internetpräsentation für den Pflegedienst ProSanitas
840	Prozessmanagement in der Pflege am Beispiel der Einführung und Umsetzung der Pflegeanamnese als Teil einer integrierten pflegerisch-ärztlichen Dokumentation
841	Prozessoptimierung der Abläufe im Zentral-OP durch Einführung der funktionsdienstübergreifenden Zusammenarbeit von Anästhesie- und OP-Funktionsdienst
842	Prozessoptimierung der Patientenaufnahme auf einer Intensivstation nach dem Modell von Greiling/Hofstetter
843	Prozessoptimierung des Ablaufpfades in einer Tages- und Wochenklinik
844	Prozessoptimierung durch Case-Management-Implementierung eines Case-Management-Systems auf einer psychiatrischen Station
845	Prozessoptimierung durch Reorganisation des Bestellsystems in der OP-Abteilung
846	Prozessoptimierung in einer Notaufnahme
847	Prozessweiterentwicklung und -optimierung im intensivstationären Bereich im Rahmen einer Bettenkapazitätserweiterung
848	Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm im Klinikum Nürnberg. Projektarbeit zur Innovationsimplementierung in einer Akutklinik
849	Qualifizierung der Mitarbeiter in der Nephrologie zur Durchführung der Peritonealdialyse in der SHG Klinik Völklingen
850	Qualifizierungsprogramm für nichtexamierte Pflegehilfskräfte im Nachtdienst auf einer gastroendokrinologischen Station
851	Qualitative Entwicklung der Krankenpflege: Einführung der Dienstübergabe am Patientenbett
852	Qualitätsmanagement im Dominikus Krankenhaus Berlin. Projektarbeit am Beispiel des Projektes Abgestimmte Dokumentation in der Ersten Hilfe

Nr.	Titel
853	Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege unter Anwendung der Dementia Care Mapping-Methode
854	Qualitätsverbesserung Pflegedokumentation. Entwicklung und Implementierung von Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung
855	Rahmendienstplan-Umstellung von einer Sechstageswoche auf eine Fünfeinhalbtageswoche
856	Reduktion der Konfliktpotenziale in und zwischen Stationsteams durch die Implementierung von Stellenbeschreibungen für Servicekräfte
857	Reduzierung der Bereitschaftsdienstbelastung durch Neugestaltung der Bereitschaftsdienstorganisation für das Anästhesie-Pflegepersonal. Einführung eines Schichtdienstes bzw. Spätdienstes
858	Reflexion des Pflegepraktikums in der Heilerziehungspflege-Ausbildung aus der Sicht der Auszubildenden
859	Reflexion des Projektes Einführung der Dienstübergabe am Patientenbett
860	Reorganisation der Arbeitsverteilung in einem ambulanten Pflegedienst durch Auslagerung der SGB XI Qualitätsberatungsbesuche
861	Reorganisation der Bestelllogistik von medizinischen Verbrauchsgütern im Zentral-OP des Klinikums Konstanz
862	Reorganisation des Arbeitsablaufs im Frühdienst in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
863	Reorganisation des Aufnahmemanagements einer internistischen Klinik. Beschreibung und Reflexion der Projektorganisation und -durchführung
864	Reorganisation der Bewerbung für den Pflegebereich im Asklepios Westklinikum Hamburg
865	Reorganisation des Notfallmanagements auf der Basis der Reanimationsleitlinien 2005 im Klinikum XY durch die Projektgruppe medizinische Notfälle und Reanimation
866	Reorganisation des Patientenmanagements
867	Reorganisation des Personaleinsatzes im Ambulanten OP-Zentrum (AOZ)
868	Reorganisation in der Pflege. Kompetenzen fördern durch Mitarbeiterrotationen
869	Schaffung der Voraussetzungen zur Durchführung einer qualitätsgesicherten Pflegevisite auf einer Suchtreha-Station
870	Schaffung neuer Plätze für beamtete Bewohner im Pflegeheim Schönbrunn unter besonderer Berücksichtigung der Projektstrukturplanung.
871	Schaffung von Strukturen zur Erstellung von Pflegeleitlinien
872	Schnittstellenmanagement in der Zusammenarbeit der zentralen Notaufnahme mit dem Rettungsdienst
873	Schüler des dritten Ausbildungsjahres einer Krankenpflegeschule planen und gestalten ihre Examensfeier
874	Schülerinnen leiten eine Station
875	Schwachstellenanalyse DRG-relevanter Leistungen aus der Sicht des Anwenders
876	Sicherstellung der praktischen Ausbildung durch protokollierte Anleitung sowie der Weiterqualifizierung der Mentoren zum Praxisanleiter im Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen
877	Sicherung der Grund- und Behandlungspflege durch eine konkrete, vollständige und den rechtlichen Ansprüchen genügende Pflegedokumentation
878	Sind Pflegediagnosen im Alltag vorstellbar und umsetzbar?

Nr.	Titel
879	Standard- und Richtlinienerhebung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. Qualitätssicherung am UK Schleswig-Holstein (Campus Lübeck)
880	Stationskonzept der unfallchirurgischen Abteilung als Entwicklungs- und Orientierungsinstrument der Mitarbeiter, Stakeholder und Kunden
881	Stationsumzug dreier Pflegebereiche zur strukturellen Synchronisation fachlich zusammenhängender Disziplinen im Rahmen organisationaler Weiterentwicklung
882	Steigerung der Öffentlichkeitsarbeit im Nordenhamer Pflegedienst in 2007 um 10 %
883	Sterilgutlogistik für die Stationsversorgung im Krankenhaus
884	Strategische und logistische Optimierung von Einsätzen des Notfallteams im Zentrum für Intensivmedizin in der Klinik am Eichert Göppingen
885	Strukturen der ambulant-pflegerischen Versorgung von Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in der Altersgruppe ab 65 Jahren – aus Sicht der niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie in der Stadt Leipzig
886	Strukturveränderung des Bettenmanagements in der Aufnahmepraxis einer stationären Gerontopsychiatrie
887	Studienprojekt Kundenbedürfnisse im Gesundheitswesen
888	Stürze vermeiden, Lebensqualität steigern – aktiv gegen den Sturz durch Bewegung. Ein Projekt in der Seniorenresidenz Grasleben
889	Sturzmanagement. Auswertung von Ereignisprotokollen in zwei Einrichtungen der vollstationären Pflege
890	Sturzverhalten bei Menschen ab 70 Jahren in Bezug auf Sturzursache, Sturzfolgen und Sturzprophylaxe im Sturzzentrum Markuskrankenhaus
891	Systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses
892	Tag der offenen Tür. Planung und Durchführung einer Maßnahme der Public Relation in einer stationären Pflegeeinrichtung
893	Telemetrie-einführung auf der kardiologischen Privatstation (M 33) am Universitätsklinikum Würzburg
894	Theoretische Beschreibung eines Projekts Einführung einer professionellen Sterbebegleitung in der stationären Altenpflege
895	Theoretische Projekt-konzeption eines Leistungskataloges zur langfristigen Mitarbeiterbindung in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
896	Theoretische Projekt-konzeption zum Thema: Implementierung eines Qualitätszirkels zur Erstellung und Umsetzung von Pflegestandards auf einer hämatologischen Intensivstation
897	Theoretische Projekt-konzeption zur Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems zur Personalsicherung in der ambulanten Intensivpflege
898	Theoretische Projekt-konzeption zur Verbesserung der Sturzprophylaxe bei demenziell erkrankten Menschen in einer Tagespflegeeinrichtung mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
899	Theoretisches Projekt zu der Neuorganisation des Frühdienstes mit dem Ziel der optimalen Bewohnerversorgung und einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit gleichermaßen
900	Theoretisches Projekt zur Entwicklung eines Betreuungskonzeptes für demenziell erkrankte Menschen in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe
901	Theoretisches Projekt zur Entwicklung und Implementierung von Pflegestandards für beatmete Tetraplegiker in einer ambulanten Pflegeeinrichtung
902	Theoretisches Projekt zur Erarbeitung innerbetrieblicher Arbeits- und Verfahrensanweisungen zum Themenbereich Hepatitis- und HI-Virus-erkrankungen im Fachbereich Dialyse
903	Therapieangebote in einer Institutsambulanz erweitern und dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen eines Projektes optimieren

Nr.	Titel
904	Tiere als therapeutische Begleiter
905	Überarbeitung der in der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Duisburg GmbH vorliegenden Arbeitsanweisung zum Entlassungsmanagement stationärer Patienten
906	Überarbeitung der Pflegedokumentation der Station 16 der Helios-Kliniken Schwerin
907	Überarbeitung und Modifizierung des Beschwerdemanagements im Rahmen der Qualitätssicherung in einer Einrichtung der stationären Altenpflege
908	Überarbeitung und Neuerstellung von Stellenbeschreibungen für die Caritas Sozialstation Kronach
909	Übergabe am Patientenbett. Umstrukturierung der pflegerischen Dienstübergabe in den chirurgischen Kliniken der Klinikum Friedrichshafen GmbH
910	Übernahme pflegeferner Tätigkeiten im Krankenhaus durch Servicepersonal
911	Überprüfung des EDV-gestützten Ersteinschätzungsverfahrens des interdisziplinären Notfallzentrums der Universitätsklinik Bonn anhand von Lean Management-Aspekten
912	Überprüfung des Pflegemodells unserer Einrichtung für die Altenpflege. Teilprojekt: Erstellung eines Anforderungsprofils nach Erfordernissen der Altenpflege
913	Überprüfung des Wissensstandes von Pflegekräften zum Hygienemanagement in drei Einrichtungen der stationären Pflege
914	Überprüfung des Wissensstandes vom OP-Personal zum Thema Hygieneregeln im OP
915	Überprüfung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitszeitenregelung in einem Alten- und Pflegeheim und deren Umsetzung
916	Umgang mit Beschwerden im Dienstleistungssektor Krankenhaus. Ein Projekt zur Implementierung eines dezentralen systematischen Beschwerdemanagements unter dem Eindruck von Ökonomisierung und sich verschärfender Markt- und Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen
917	Umgang mit Entscheidungen zum Reanimationsverzicht im Krankenhaus. Ein Projekt zur Implementierung der Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW) in der Medizinischen Klinik 4 Nürnberg-Erlangen
918	Umgestaltung des Wohnangebotes Fliegerhaus-Wohnheim für psychisch kranke Menschen des Stifts Bethlehem aufgrund der Umorientierung von Institutionalisierung zur Personenzentrierung
919	Umgestaltung eines Lebensrettungsraumes unter Beachtung qualitätssichernder Aspekte im St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof
920	Umsetzung der S 3-Leitlinie Sedierung und Notfallmanagement für Endoskopiepflege- und -assistenzpersonal in der Krankenhaus GmbH Weilheim-Schongau
921	Umsetzung des Expertenstandards für Entlassungsmanagement in der Pflege durch eine Arbeitsgemeinschaft von stationären und ambulanten Bereichen einer Stadt
922	Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege am Klinikum Coburg
923	Umsetzung einer dementengerechten Milieugestaltung im halböffentlichen Lebensbereich – Küche und das Wohnzimmer der gerontopsychiatrischen Wohnbereiche des Altenzentrums St. Elisabeth gem. GmbH in Duisburg-Meiderich
924	Umsetzung einer von der Unternehmensleitung des Greifswalder Hospizes vorgegebenen Marketingstrategie für das erste Geschäftsjahr
925	Umsetzung eines einheitlichen Entlassungsmanagements auf Basis des Expertenstandards im Städtischen Krankenhaus Sindelfingen
926	Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen. Entwicklung eines theoretischen Projektes
927	Umstellung der Dekubitus-Dokumentation von Papierform auf elektronisches Datenbanksystem

Nr.	Titel
928	Umstellung des Standard-Dokumentationssystems im Rahmen der pflegeprozess- und bewohnerorientierten Pflegedokumentation nach erfolgreicher Implementierung der Bereichspflege auf der Station einer Langzeitpflegeeinrichtung in frei-gemeinnütziger Trägerschaft
929	Umweltfreundlich leben im Altenheim. Reflexionen und Beschreibung eines Umweltprojektes in einem Alten- und Pflegeheim
930	Unternehmenskultur im Pflegedienst Engel. Projekt zur Implementierung und Reflexion des externen Marketings als Beitrag zur Qualitätssicherung unter besonderer Berücksichtigung des Beschwerdemanagements
931	Unternehmenskultur in Bezug auf Projekte
932	Untersuchung der Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu verschiedenen Berufsgruppen der Alten- und Krankenpflege
933	Untersuchung der Transparenz des ambulanten und stationären Pflegemarktes in Dresden
934	Untersuchung des Gesundheitsverhaltens junger Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege
935	Untersuchung des Marketingverhaltens von ambulanten Pflegediensten in der Stadt Leipzig
936	Untersuchung des Sturzgeschehens in einer stationären Einrichtung der Altenpflege und die Entwicklung einer hauseigenen präventiven Maßnahme.
937	Untersuchung des Sturzgeschehens von Bewohnern in einer vollstationären Altenpflegeeinrichtung über den Zeitraum eines Jahres
938	Untersuchung und Angleichung der Prozesse der Medikamentenvergabe in einer internistischen Abteilung eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung
939	Untersuchung zu Gewalt gegen Mitarbeiter im Rettungsdienst in der Stadt Leipzig und im Landkreis Leipziger Land
940	Untersuchung zur Barrierefreiheit der Geldausgabeautomaten in der Stadt Chemnitz
941	Untersuchung zur Durchführung der Pflegevisite in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Torgau-Oschatz
942	Untersuchung zur Einführung einer ziel- und ressourcenorientierten Personaleinsatzplanung
943	Untersuchung zur Einrichtung und Nutzung eines innerbetrieblichen Fortbildungskonzeptes, bei dem sich Pflegekräfte auf dezentraler Ebene gegenseitig unterrichten und dessen Auswirkung auf Weiter- bzw. Fortbildungsmüdigkeit und praktische Relevanz am Beispiel einer Arbeitsgruppe zum Thema Reanimationsmanagement
944	Untersuchung zur Zufriedenheit mit dem medizintechnischen Service bei Patienten mit Schlafapnoesyndrom
945	Verbesserung der Ablauforganisation der Station 12 der Kreisklinik Wolfhagen
946	Verbesserung der Ernährungssituation bei dementen Heimbewohnern durch eine aktive Förderung der Esskultur
947	Verbesserung der Ernährungssituation der Bewohner in einem Berliner Pflegeheim inklusive Maßnahmen zur Vermeidung von möglicher Fehlernährung
948	Verbesserung der Orientierung im Bildungszentrum der Diakonie Hochfranken Altenhilfe gGmbH für den Publikumsverkehr
949	Verbesserung der Pflegequalität auf der Wochenstation der St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen durch Optimierung der Arbeitsabläufe und -strukturen
950	Verbesserung der Pflegeüberleitungssituation von stationärer zu ambulanter Versorgung zu Hause. Entwicklung eines Überleitungsbogens für ambulante Pflegedienste
951	Verbesserung der Schmerzdokumentation in der Palliativstation am Krankenhaus St. Josef (Schweinfurt)

Nr.	Titel
952	Verbesserung der Schnittstelle Pflege-Ärzte am neurologischen Rehabilitationszentrum Rosenhügel
953	Verbesserung der Temperatur warmer Speisen und Getränke im Rahmen der Qualitätssicherung im Altenheim Haus Wichern – eine Projektbeschreibung und Projektreflexion
954	Verbesserung der Transparenz pflegerischer Leistungen durch Erfassen von pflegerrelevanten Nebendiagnosen durch die Pflegenden auf Station
955	Verbesserung des Beschwerdemanagements im Krankenhaus. Entwicklung und Implementierung eines Beschwerdemanagements
956	Verbesserung des betriebsinternen Beschwerde- und Vorschlagswesens als Teil der Qualitätsentwicklung und -sicherung in einem Pflegeheim
957	Vereinheitlichung der Formulare zur Pflegedokumentation in fünf Akutkrankenhäusern innerhalb eines Klinikverbundes. Schulung der Pflegekräfte und Visitationen während der Umstellungsphase vor Ort für Anwendungshinweise
958	Vereinheitlichung des Leistungsspektrums und der inhaltlichen Gestaltung von pflegerisch-psychiatrischen Gruppen- und Stationsversammlungen der beiden Stationen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Weilmünster gGmbH
959	Vergleich der Leistungen der Beihilfavorschrift (BhV) mit den Leistungen des Sozialgesetzbuches XI bei pflegebedürftigen Personen – mit Abschlusspräsentation in Form einer informellen Maßnahme am Projektende für die Mitarbeiter der ZdPol Brandenburg
960	Vermeidung des Drehtüreffektes im Krankenhaus nach der Entlassung von Patienten. Projekt Patientenmanagement
961	Vertiefende Einführung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
962	Vorbereitung der Re-Zertifizierung Schmerzfrees Krankenhaus
963	Vorbereitung und Durchführung einer Befragung stationär tätiger, pflegerischer Mitarbeiter des Bezirksklinikums Mainkofen im Bereich Neurologie/Neurologische Rehabilitation/Gerontopsychiatrie/Akutpsychiatrie zur Evaluation der Rückengesundheit des Pflegepersonals
964	Vorbereitung und Durchführung einer Informationsveranstaltung in einem Werkstattwohnheim für Menschen mit Körperbehinderung zum Thema Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz
965	Vorbereitung, Ablaufplanung und Durchführung einer außerordentlichen Betriebsratswahl in einer stationären Altenhilfeeinrichtung.
966	Vorbereitungen für die Vorstudie Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten mit hohem Hospitalisationsrisiko (PraCMan)
967	Vorgehensbeschreibung zur Entwicklung und Einführung eines Qualitätsmanagementsystems für eine Einrichtung der stationären Altenhilfe
968	Vorgehensweise bei der Erstellung eines Hygienekonzeptes für eine Einrichtung der stationären Altenpflege
969	Vorstudie zur Implementierung der Methode LEP auf der operativen Intensivstation
970	Wahl des Heimbeirates und Implementierung der Wahl in die Organisation
971	Wandel im Krankenhaus. Einführung und Umsetzung der integrativen Wochenpflege
972	Wäschereiwchsel eines ambulanten OP-Zentrums mit angegliederter Privatklinik
973	Wechselzeitenanalyse im orthopädischen OP-Saal in Abhängigkeit vom OP-Pflegepersonal
974	Wissensmanagement in der stationären Altenpflege

Nr.	Titel
975	Wissenstransfer in der Pflege. Entwicklung und Einführung eines Intranets im Senioren- und Betreuungszentrum des Kreises Aachen
976	Wundmanagement. Überarbeitung und Implementierung eines Wundstandards
977	Zertifizierung des Diakonissenkrankenhauses nach KTQ
978	Zertifizierung des Pflegebereichs im Altenzentrum Sonnenberg (Stuttgart)
979	Zielvereinbarungsgespräche in der Pflege. Entwicklung eines standardisierten Ablaufs für Führungskräfte und Mitarbeiter der internistischen Privatstation eines Krankenhauses
980	Zusammenlegung der Kinderintensivbereiche und Schaffung einer Mutter-Kind-Station in der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin an der Oberschwaben Klinik gGmbH Ravensburg. Beschreibung und Reflexion eines Projektes
981	Zusammenlegung von zwei Stationen zu einer Organisationseinheit einhergehend mit einem Personalanpassungsverfahren unter dem besonderen Aspekt der Kommunikation zwischen den betroffenen pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der pflegerischen Abteilungsleitung
982	Planung des Umzugs der chirurgischen Intensivtherapiestation einer Universitätsklinik in den Neubau des Zentralklinikums
983	Einführung der eigenverantwortlichen Dienstplanerstellung durch das Pflgeteam selbst auf der neurologischen Station des Zentralklinikums Augsburg
984	Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung des Kohärenzgefühls bei Wohnbereichsleitung im Hinblick auf ihre Fähigkeit, ihre Mitarbeiter zu motivieren und sich zu Demenzexperten zu entwickeln

B.1.2 Empirische Studie

Nr.	Titel
1	1-Euro-Jobs – eine neue Ressource für das Personalmanagement in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe? Studie zur aktuellen Beschäftigungspraxis und der Meinung von Heimleitern in Essener Altenpflegeeinrichtungen
2	Furcht vor dem Pflegeheim. Fiktion oder Realität?
3	Killerbrut – die verschwiegene Katastrophe. Kann der Dokumentarfilm als Hygiene-Schulungsfilm in der stationären Altenhilfe empfohlen werden? Eine qualitative Inhaltsanalyse zur Bewertung der fachlichen Aspekte, die durch den Film vermittelt werden
4	Abbildung der Pflegeleistungen im G-DRG-System
5	Abbildung des Ist-Zustandes der aktuellen Personalentwicklungssituation mit der stationären Altenhilfe
6	Aktivierende Pflege in der ambulanten Pflege – Anspruch und Wirklichkeit. Eine qualitative Fallanalyse
7	Aktualität der Lerninhalte von Stationsleitungskursen im Hinblick auf Strukturveränderungen im Krankenhaus
8	Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung an einer oberfränkischen Klinik
9	Akzeptanz des Pflegepersonals für Qualitätsverbesserungen zur Vorbereitung auf die Zertifizierung nach proCum Cert
10	Akzeptanz einer Erweiterung pflegerischer Kompetenzen in Anlehnung an das Modell einer Advanced Nursing Practice
11	Akzeptanz mobiler Geräte. Mitarbeiterbefragung am Klinikum Lüdenscheid
12	Akzeptanz von Einweginstrumenten durch Pflegekräfte – eine empirische Untersuchung
13	Akzeptanz von Naturheilkunde und stationären naturheilkundlichen Versorgungskonzepten. Durchführung einer strukturbezogenen qualitativen Querschnittsstudie der Einwohner der Stadt Zirndorf
14	Altenpflegeexamen – und dann? Eine empirische Untersuchung zu den Beschäftigungsaspirationen von Altenpflegeschülern nach ihrem Examen
15	Altenpflegerische Betreuungssituation von Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen
16	Älter werden im Pflegeberuf. Ist die Rente mit 67 realistisch!?
17	Älter werden im Pflegeberuf. Bleibt durch gutes Führungsverhalten die Arbeitsfähigkeit ab 45 besser erhalten?
18	Alternative Formen der Dienstübergabe im Krankenhaus – eine Bedarfsanalyse aus Mitarbeitersicht
19	Altersbilder. Lebenssituation der 65-Jährigen in Gunzenhausen
20	Ambulante Versorgungssituation von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadt Oldenburg
21	Analyse der Arbeits- und Ablauforganisation im Herzkatheterlabor eines Universitätsklinikums
22	Analyse der Barrierefreiheit bei der Bedienung von Geldausgabeautomaten
23	Analyse der Dokumentation eines ambulanten Pflegedienstes
24	Analyse der Homepages stationärer Pflegeeinrichtungen. Eine qualitative Studie zur Interpretation der zielgruppenbezogenen Selbstdarstellung im Internet

Nr.	Titel
25	Analyse der Informationsdefizite bei Angehörigen von Demenzerkrankten – eine empirische Studie
26	Analyse der Patientenzufriedenheit im Geriatrischen Zentrum am Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis GmbH Merseburg während des Projekts Schüler leiten eine Station
27	Analyse der Pflegedokumentation einer Altenpflegeeinrichtung zum Thema Sturzprophylaxe
28	Analyse der Pflegedokumentation in einer stationären Pflegeeinrichtung
29	Analyse der Pflegeleitbilder von dreißig verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen mit Internetauftritt in Deutschland im Hinblick auf deren Pflegeverständnis und Menschenbild
30	Analyse der Regelarbeitszeit in einem orthopädischen Operationssaal
31	Analyse des Entlassungsmanagements in einem Krankenhaus der Regelversorgung vor dem Hintergrund des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege
32	Analyse des Ernährungsmanagements im Seniorenheim Gevita in Friedrichsthal
33	Analyse des Inhalts von Pflegeleitbildern am Beispiel von Akutkrankenhäusern in Deutschland
34	Analyse des Marketingverhaltens stationärer Pflegeeinrichtungen in der Stadt Leipzig bei telefonischen Erstkontakten
35	Analyse des pflegerischen Entlassungsmanagements im Klinikum Pirna aus Sicht nachsorgender Einrichtungen
36	Analyse des subjektiven individuellen Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands von Pflegepersonal in stationären Altenpflegeeinrichtungen
37	Analyse der Pflegedokumentation nach Einführung neuer Formulare zur Pflegeplanung anhand der Schritte des Pflegeprozesses
38	Analyse und Bewertung von Stürzen im Klinikum Bad Hersfeld (einem Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung)
39	Analyse von belastenden Faktoren für das Arbeitsklima im Pflegebereich durch einen Vergleich der Stationen 71 und 73 am Klinikum Coburg
40	Analyse von Stellenanzeigen über die Anforderungen an Pflegedienstleitungen in stationären Einrichtungen
41	Analyse von Sturzereignissen im Jahr 2004 anhand von Sturzereignisprotokollen in der Abteilung Akute Geriatrie des Malteser Krankenhauses Bonn
42	Analyse von Sturzereignissen in einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
43	Analyse von Sturzereignissen und Lichtverhältnissen in einer stationären Pflegeeinrichtung nach Einführung des Assessmentinstrumentes Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege
44	Analyse von Sturzprotokollen in einem Akutkrankenhaus
45	Analyse vorliegender Beschwerdebögen der Seniorenzentren und Wohnheime der Henneberg-Kliniken gGmbH
46	Ändert sich das Belastungsausmaß bei pflegenden Angehörigen durch den Einsatz eines Pflegedienstes – bzw. welche Entlastungen wünschen sich pflegende Angehörige?
47	Anforderungen an das betreute Wohnen aus der Sicht des Kunden
48	Anforderungen an die beruflichen Handlungskompetenzen von Pflegekräften im ambulanten Dienst. Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen
49	Anforderungen eines Medizincontrollers anhand einer Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen
50	Angehörigenbefragung zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Institutionsambulanz am Bezirksklinikum Regensburg
51	Anpassung der Praxisanleiterqualifikation an die Bestimmungen des Krankenpflegegesetzes in der Fassung von 2003. Evaluation des Curriculums des Praxisanleiterkurses

Nr.	Titel
52	Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Pflegenden in einer Einrichtung der stationären Krankenpflege. Eine Untersuchung an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
53	Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonal auf den Stationen P1 bis P6 des Berliner Paulinenkrankenhauses
54	Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit innerhalb von Expertenorganisation. Eine empirische Studie zur Ziel-Selbstkongruenz
55	Arbeitsicherheit und Gesundheitsschutz: Optimierung durch Mitarbeiterbefragung
56	Arbeitsverhalten des operativen Pflegemanagements im Krankenhaus
57	Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals einer stationären Einrichtung der Altenhilfe – eine quantitative Erhebung
58	Arbeitszufriedenheit von Anästhesiepflegekräften am Landeskrankenhaus Innsbruck
59	Auf welche Weise erleben und beschreiben ältere Arbeitnehmer (>50) unterschiedliche Arten von Arbeitszeitbelastungen vor dem Hintergrund des Älterseins in der ambulanten Krankenpflege?
60	Aufbau zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI. Eine empirische Studie zur Feststellung des Betreuungsbedarfs der Klienten der Ambulanten Dienst Erfttal GmbH
61	Aufzeigen von organisatorischen Verbesserungspotenzialen auf einer internistischen Station eines Krankenhauses anhand einer Arbeits- und Ablaufanalyse
62	Ausbildung in der Pflege. Subjektive Vorstellungen von Pflegeschülern einer evangelischen Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule zu den beruflichen Perspektiven in Zeiten der Sparpolitik im deutschen Gesundheitswesen
63	Auswertung der Pflegedokumentation auf einer neurologischen Station in den Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel (Essen)
64	Auswertung des Überstundenanfalls auf einer internistischen Station
65	Auswertung von Sturzereignisdaten über zwei Jahre an einem Universitätsklinikum
66	Auswirkung einer veränderten Ablauforganisation auf die Mitarbeiterzufriedenheit im operativen Funktionsbereich. Eine Fragebogenerhebung in einem Krankenhaus der Grundversorgung
67	Auswirkungen der Ausbildung auf das Gesundheitsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-innen am Beispiel einer niederrheinischen Krankenpflegeschule
68	Auswirkungen der Spitzen-Hierarchie auf die Personalpolitik eines Krankenhauses, auf die Organisation und die Mitarbeitenden
69	Auswirkungen des Einsatzes von Auszubildenden in einem ambulanten Pflegedienst auf die Arbeitsweise der Stammmitarbeiter
70	Auswirkungen des Infoboard Pflege Typo 3 auf das Informations- und Wissensmanagement von Pflegekräften der operativen Intensivstation am Universitätsklinikum Regensburg
71	Auswirkungen des Patientendaten-Managementsystems Meta Vision ICU auf das Wissensmanagement
72	Auswirkungen eines neu entwickelten Einarbeitungskonzeptes auf die Zufriedenheit neuer Mitarbeiter
73	Auswirkungen und Umsetzungsmöglichkeiten der Reorganisationsmaßnahmen auf der integrativen Wochenbettstation des St-Johannes-Hospitals
74	Auswirkungen von Beschäftigungsangeboten auf Altenheimbewohner
75	Auswirkungen von Supervisionsstunden auf die Burnoutsymptomatik im Pflegedienst. Erhebung im Rahmen eines Pretests in den Rheinischen Kliniken Viersen

Nr.	Titel
76	Bedarfsermittlung zur Einführung der Behandlungsstufe Intermediate Care zur Optimierung des Behandlungsprozesses und Erhebung der damit verbundenen institutionellen Voraussetzungen
77	Bedeutung eines Stationsstützpunktes und deren Auswirkung auf den Pflegebereich
78	Beeinflussende Faktoren bei der Durchführung der Pflegevisite im Geriatriezentrum Neuburg
79	Befragung der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Einführung der Pflegevisite in der LVR Klinik Düren
80	Befragung des Teams einer Palliativstation zum Umgang mit Sterben und Tod
81	Befragung examinierter Pflegekräfte einer ambulanten Pflegeeinrichtung zum Thema Rufbereitschaft
82	Befragung von examinieren Pflegekräften zur Akzeptanz von akademischen Pflegekräften in der Pflegepraxis
83	Befragung von Kunden eines ambulanten Pflegedienstes zur Evaluation des Prozesses von der Kontaktaufnahme bis zum Pflegebeginn mit dem Ziel der Standardisierung des Prozesses im Rahmen des Qualitätsmanagements
84	Befragung von Pflegekräften zum Umgang mit Beschwerden
85	Befragung zur kooperativen Vernetzung im Gesundheitswesen anhand von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen.
86	Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit in einem ambulanten Pflegedienst im Vergleich mit einer ähnlichen Studie
87	Belastungssituation und veränderte Arbeitsbedingungen von Pflegenden in ambulanten Pflegediensten
88	Beratung in der Intensivpflege. Was verstehen Intensivpflegende unter Beratung? Eine qualitative Studie zweier Pflegebereiche mithilfe problemzentrierter episodischer Interviews
89	Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern – ungeliebte Kontrolle oder Serviceangebot? Eine empirische Evaluation der Situation pflegender Angehöriger
90	Berufsspezifische Akzeptanz einer Neustrukturierung der Aufgabenverteilung der stationären, ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Eine schriftliche Befragung
91	Beschwerdemanagement am Beispiel einer Patientenbefragung in den Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH
92	Beschwerdemanagement in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Metropolregion Rhein-Neckar als Teil des Qualitätsmanagement – ein Fragebogen
93	Besteht Bedarf bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken, die sich in stationärer Behandlung befinden, bezüglich präventiver Beratung und Unterstützung vonseiten des Pflegepersonals?
94	Betrachtung zur Attraktivität des Berufes Pflege – erkundet durch eine Befragung von Oberkurschülern an der Schule für Gesundheitsberufe der Christophorus-Trägergesellschaft mbH Coesfeld
95	Betriebliche Gesundheitsförderung in der Altenpflege. Planung, Durchführung und Auswertung einer Betroffenenbefragung der Geburtsjahrgänge 1961 und davor im Seniorenzentrum Ederbergland, um Konsistenzen in deren Kontrollüberzeugungen zu eruieren
96	Beurteilung der Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Patienten im Pflegesystem Gruppenpflege aus Sicht des Patienten
97	Beurteilung des EDV-Systems C & S PflegeManager durch die Beschäftigten des Pflegedienstes einer stationären Altenpflegeeinrichtung anhand einer empirischen Studie
98	Beurteilung eines Qualitätsindicators (Patientenzufriedenheit) im Rahmen des Qualitätsmanagements in der neurologischen Akutklinik
99	Bewohner- und Angehörigenbefragung im Altenpflegeheim Sonnenhaus Geng e. V. Kork im Rahmen des Qualitätsmanagements

Nr.	Titel
100	Bewohnerstrukturwandel in unserer Pflegeeinrichtung in den Jahren 2000 bis 2004
101	Bewohnerzufriedenheit im stationären Altenpflegebereich im Kontext gesetzlicher Qualitätsvorgaben
102	Bildung in der Pflege. Die Einstellung der Pflegekräfte zu Fort- und Weiterbildung
103	Biographiearbeit in der Altenpflege – Balanceakt zwischen Nähe und Distanz. Eine empirische Untersuchung
104	Brandschutzunterweisung in der stationären Altenpflege
105	Burnout bei leitenden Pflegekräften. Eine qualitative Vergleichsstudie
106	Case Management im Krankenhaus, Stand der Implementierung in den Kliniken Münchens
107	Damit der Berufseinstieg gelingt, Was sich Krankenpflegeschüler/-innen von einem guten Start in ihrem zukünftigen Arbeitsfeld erhoffen
108	Darstellung der aktuellen und einer möglichen zukünftigen Personalstruktur. Zur Benennung durch die demographische Entwicklung ausgelöster Probleme als Grundlage für die Weiterentwicklung des Personalmanagements in einer 65-Betten-Einrichtung der stationären Krankenversorgung
109	Darstellung der Pflegeergebnisse in der Pflegedokumentation der KTB
110	Darstellung der Veränderung der 2003/2004 neu eingeführten Pflegedokumentation in Bezug auf Inhalt, Systematik und Auswirkung auf die Mitarbeiter/-innen in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik
111	Darstellung des Stellenwertes des Teamklimas in einer Einrichtung der stationären Altenpflege anhand der Auswertungen des Instrumentes Teamklimainventar
112	Darstellung einer Mitarbeiterbefragung zur Arbeitszufriedenheit in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe
113	Das Angebot an Einrichtungen im Bereich des betreuten Wohnens unter besonderer Berücksichtigung der dort implementierten Beratung am Beispiel der Stadt Münster
114	Das Bildungsangebot der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung (IBFW) im Krankenhaus für die Pflege. Eine Bestandsaufnahme dargestellt am Beispiel des Bildungsangebotes der IBFW an Berliner Krankenhäusern
115	Das diakonische Profil im Alltag. Mitarbeiterbefragung zum Erleben diakonischer Werte in einer Einrichtung der Stiftung Diakoniewerk Friedenswarte Bad Ems
116	Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – eine empirische Studie
117	Das jährliche Mitarbeitergespräch (MAG) in der ambulanten Pflege. Instrument zur Personalführung und Motivation. Eine Evaluation aus Sicht der Mitarbeiter
118	Das Lernbegleitbuch in der praktischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Eine Evaluationsstudie
119	Das Mitarbeitergespräch. Evaluation strukturierter, regelmäßig durchgeführter Mitarbeitergespräche im Pflegedienst
120	Das Mitarbeitergespräch der pflegerischen Mitarbeiter der Hauptfachabteilung Psychiatrie am Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim – ein Stimmungsbild
121	Das Mitarbeitergespräch im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe. Eine qualitative Studie anhand der Gesprächsprotokolle zwischen Pflegedirektion und Stationsleitungen zur Überprüfung und eventuellen Erweiterung der Tätigkeitsbereiche der Pflegedirektion
122	Datenauswertung einer schriftlichen Befragung im Rahmen der Projektevaluation Leben nach Folter – jenseits der PTSD
123	Deduktive Praktikabilitätsprüfung des Qualitätssicherungsinstrumentes der Mybes Wohnbereichs- und Pflegedokumentationsvisite
124	Dehydration von Patienten im Akutkrankenhaus Kempten. Durchführung und Auswertung einer teilnehmenden Beobachtung im Rahmen des fallorientierten Prozessmanagements

Nr.	Titel
125	Dekubitus und Pflegequalität: Herausforderung oder ein erdrückendes Problem?
126	Dekubituserfassung auf einer Intensivstation. Was Zahlen belegen
127	Delegation – ja bitte! Neustrukturierung von Tätigkeiten
128	Delegation ärztlicher Tätigkeit an das Pflegepersonal am Beispiel der Blutentnahmen bei Patientinnen und Patienten
129	Dementia Care Mapping (DCM). Die Methode zur Evaluation der Begleitung dementer Bewohner von stationären Alteinrichtungen
130	Demenz im Krankenhaus. Relevanz in den Funktionsabteilungen
131	Demenz und Biografiearbeit zur Rekonstruktion und Sinngebung
132	Der ambulante Pflegesektor aus der Sicht des stationär tätigen Pflegepersonals
133	Der Einfluss von aktiver Mitwirkung der Mitarbeiter in einem Krankenhaus am Dienstplan und die Gewährleistung von geplanten freien Tagen auf eine demografiefeste Personalstruktur
134	Der Einsatz einer Mitarbeiterbefragung zur Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer Berufsgenossenschaft
135	Der klinische Behandlungspfad Apoplex in der Rotkreuzklinik Lindenberg. Eine Untersuchung der Effizienz
136	Der kontinuierliche Verbesserungsprozess der PKMS-Dokumentation
137	Der Tagesablauf eines Altenheimbewohners aus Sicht von Altenpflegeschülern unter dem Aspekt: Totale Institution oder individuelle Betreuung? Am Beispiel der Mahlzeitengestaltung insbesondere der Frühstückseinnahme bzw. der damit verbundenen Aufsteh-/Körperpflegezeiten
138	Deskriptive Analyse eines Fragebogens zur Ermittlung der Stärken und Schwächen innerhalb der praktischen Krankenpflegeausbildung im Krankenhaus der Henriettenstiftung in Hannover
139	Deskriptive Querschnittsuntersuchung von Häufigkeiten und Korrelationen zwischen medizinischen Diagnosen und Pflegediagnosen auf der Grundlage epidemiologischer Aspekte von Klienten im Kontext der ambulanten psychiatrischen Pflege
140	Die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im stationären Pflegealltag
141	Die Auswirkung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Kontext des Barthel-Index
142	Die Bedeutung der Pflegedokumentation als Basis zur Darstellung von Pflegeleistungen innerhalb der DRG. Eine empirische Untersuchung, ob eines der beiden Instrumente PPR oder LEP geeignet ist, um Pflegeleistungen adäquat in den DRG abzubilden
143	Die Bedeutung lebenslangen Lernens im Pflegeberuf evaluiert auf der Grundlage des Teilnahmeverhaltens an Qualifikationen im Klinikum der Universität München. Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung
144	Die Bedeutung von Bildungsveranstaltungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe
145	Die Bedeutung von klinischen Behandlungspfaden unter den Aspekten der Kostenreduktion und Qualitätssicherung am Beispiel des in der Klinik am Eichert in Göppingen implementierten klinischen Behandlungspfades für die Knie-Endoprothetik
146	Die Befragung einweisender Ärzte als Möglichkeit zur Messung und Weiterentwicklung von (Ergebnis-)Qualität im Krankenhaus
147	Die Belastungssituation älterer Arbeitnehmer im Pflegeberuf. Eine Analyse der Situation der älteren Arbeitnehmer im Seniorenheim Neumühle

Nr.	Titel
148	Die Beschäftigung von operationstechnischen Assistenten ist von wirtschaftlichen und/oder qualitativen Gesichtspunkten abhängig
149	Die Beziehung zwischen Zufriedenheit der Mitarbeiter und den Axiomen (Grundgedanken) des Wohngruppenmodells im Vergleich zu einer herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtung
150	Die Dienstplanungssoftware wird nur schlecht angenommen von den Mitarbeitern, die den Dienstplan erstellen
151	Die Einschätzung von Patientenversorgung und individueller Berufsperspektive aus Sicht von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Schriftliche Befragung in einer Krankenpflegeschule in Anlehnung an das Pflege-Thermometer 2009
152	Die Einstellung und der Grad der Zufriedenheit von Patienten in Bezug auf die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Eine statistische Untersuchung mittels standardisiertem Fragebogen
153	Die Einstellung zur Berufswahl und ihre Veränderung in Verbindung mit den Praxiseinsätzen des Freiwilligen Sozialen Jahres
154	Die Entscheidung für eine PEG-Magensonde. Eine retrospektive Evaluation der Betreuer von Patienten mit künstlicher Ernährung mittels schriftlicher Befragung
155	Die Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit mit einem psychiatrischen Bezugspflegesystem – eine qualitative Studie
156	Die Erstellung eines Fragebogens als Instrument zur Messung der Mitarbeiterzufriedenheit der Generation 50+ auf einer neonatologischen Intensivstation
157	Die Erwartungen der Teilnehmer/-innen der Sonderausbildung für Intensivpflege an ihre Ausbildung am Bildungszentrum der Salzburger Landeskliniken
158	Die Evaluation des Pflegedokumentationssystems bezüglich der Mitarbeiterzufriedenheit an einem Krankenhaus der Grundversorgung
159	Die Freizeitbeschäftigungen der Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung
160	Die Implementierung einer mobilen Datenverarbeitung in einem ambulanten Pflegedienst aus Sicht der Mitarbeiter/-innen
161	Die Institution Pflegeheim aus Sicht der Kärntner Bevölkerung. Eine empirische Untersuchung
162	Die Interrater-Reliabilität der Braden-Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos
163	Die Interrater-Reliabilität des Cohen-Mansfield-Assessment-Instrumentes (CMAI) zur Ermittlung agitierten Verhaltens demenziell veränderter Menschen
164	Die Kommunikation Pflegenden über Stürze
165	Die Kundenbefragung als Element des Qualitätsmanagements in der ambulanten Pflege
166	Die Messung der Patientenzufriedenheit im Klinikum Rodewisch – am Beispiel einer inneren und einer chirurgischen Station für die Jahre 2003 und 2006
167	Die Neuordnung pflegerischer Tätigkeiten am Universitätsklinikum Heidelberg – eine Chance zur Professionalisierung des Pflegeberufes? Eine Befragung von Pflegekräften am Universitätsklinikum Heidelberg
168	Die optimale stationäre Versorgung von Demenzerkrankten aus Sicht der Angehörigen – eine Befragung
169	Die personelle Nachwuchsentwicklung der stationären Altenhilfe in Stadt und Landkreis Hildesheim mit Hinweisen auf neue Anreizsysteme für potenzielle Absolventen
170	Die Pflegedokumentation. Eine empirische Untersuchung der Pflegedokumentation auf einer geriatrischen Station
171	Die Pflegedokumentation im stationären Prozess. Vorstellung einer empirischen Studie zur Beurteilung der qualitativ nachhaltigen Dokumentation in einer stationären Einrichtung des Gesundheitswesens

Nr.	Titel
172	Die Pflegevisite als Instrument der internen Qualitätssicherung. Was leistet sie wirklich? Langzeitstudie in einer stationären Pflegeeinrichtung
173	Die Planung, Durchführung und Auswertung einer schriftlichen Patientenbefragung zur Pflegeübergabe am Patientenbett auf der Station Ebene 6 in den Kliniken Dr. Erler in Nürnberg
174	Die Qualität der Pflegediagnostik. Entwicklung und Erprobung von Kriterien zur Erfassung der Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation
175	Die Qualitätsrichtlinie des MDK für stationäre Pflegeeinrichtungen als Instrument der Qualitätssicherung – eine qualitative Analyse unter dem Gesichtspunkt empirischer Forschung
176	Die Rolle der Krankenschwestern und Krankenpfleger in der stationären Altenpflege
177	Die Rolle der pflegerischen Mitarbeiter bei der Oberarztvisite auf der operativen Intensivstation der Asklepios Klinik Hamburg Harburg
178	Die Rolle der Seelsorge: Wie beurteilen die Mitarbeiter sie untereinander, im Team und für die Kunden?
179	Die Rolle des Pflegemanagements bei Klinikkäufen
180	Die Stellung der Pflege in der vollstationären Krankenhausversorgung im Rahmen adäquater Schmerztherapie
181	Die Teamvisite in der orthopädischen Rehabilitation
182	Die Übernahme der venösen Blutentnahme in den Pflegedienst. Eine Studie als Grundlage für einen Veränderungsprozess am RoMed Klinikum Rosenheim
183	Die Umsetzung des § 10 des Heimgesetzes in Mecklenburg-Vorpommern. Wie wird Heimmitwirkung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe praktiziert? Wird das Recht auf Mitbestimmung in Pflegeheimen realisiert?
184	Die Umsetzung des Prozessmanagements auf der mittleren Führungsebene in der stationären Altenpflege
185	Die Untersuchung der wichtigsten OP-Steuerungskennzahlen zur Definition der Schwachstellen des OP-Bereichs im Rahmen einer OP-Managementstudie
186	Die Versorgung von Palliativpatienten an einer Akutklinik aus der Sicht von Pflegefachkräften
187	Die Zeit-Leistungs-Analyse als Assessmentinstrument zur Verbesserung der Arbeitslogistik in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Eine Sekundäranalyse zur Feststellung einer aussagefähigen Leistungserfassung der Pflegepersonen
188	Die Zukunft der Pflege aus Sicht der Pflegenden. Wie beurteilen Pflegenden die Entwicklung des eigenen Berufes?
189	Dokumentation des Pflegeprozesses in der Asklepios Klinik Barmbek. Eine empirische Studie
190	Dokumentationsanalyse in der Pflege an der Klinikum Fichtelgebirge gGmbH
191	Dokumentationsanalyse: Pflegeberichte in einer Pflegeeinrichtung
192	Dokumentationsaufwand durch den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) am Beispiel des Knappschaftskrankenhauses Saar GmbH/Sulzbach
193	Dokumentenanalyse des pflegerischen Aufnahmebogens der Palliativstation
194	Dolmetscherdienst des St. Johannes Hospitals in Duisburg. Auswertung der Einsätze mittels einer Dokumentenanalyse und eines Experteninterviews
195	Durch M & A in der Altenpflege zum Unternehmenserfolg
196	Durchführung der Studie: Beurteilung der Zielerreichung des Projektes zur Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation im Nikolaus-Cusanus-Haus, Freies Altenheim e. V. Lebensgemeinschaft im Alter aus Sicht der Pflegekräfte
197	Durchführung einer Arbeits- und Ablaufanalyse für eine Station eines Krankenhauses

Nr.	Titel
198	Durchführung einer Befragung ambulanter Pflegedienste im Lahn-Dill-Kreis zu Überleitungsbögen
199	Durchführung einer Bewohnerbefragung in zwei selbständig wirtschaftenden Pflegezentren mit den Zielen einer Standortbestimmung und dem Vergleich beider Einrichtungen
200	Durchführung einer Dokumentenanalyse auf den internistischen Stationen des Klinikum Fürth hinsichtlich der Erfassung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores bei pflegerisch hochaufwendigen Patienten
201	Durchführung einer empirischen Studie an der Universitätsklinik Göttingen zum Forschungsproblem des Organmangels in Deutschland. Befragung zur eigenen postmortalen Spendenbereitschaft von Organen und Geweben bei Ärzten und Pflegenden und zu den Einflussfaktoren, die diese Spendenbereitschaft beeinflussen
202	Durchführung einer empirischen Studie zum Thema: Welche Aspekte der Arbeitszufriedenheit sind den Mitarbeitern in der KPP Haina am wichtigsten? Wo liegen die größten Differenzen zum Ist-Zustand? Wo gibt es eine Übererfüllung und wo eine Untererfüllung?
203	Durchführung einer empirischen Studie zur Dienstleistungsqualität in der IATROS Klinik
204	Durchführung einer Mitarbeiterbefragung in einem ambulanten Pflegedienst
205	Durchführung einer Mitarbeiterbefragung zum Thema Pflegeplanung bei der Betreuung älterer Menschen
206	Durchführung einer Mitarbeiterbefragung zur Thematik des Hebens und Tragens schwerer Lasten im Pflegedienst der Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) und Ableitung eines Umsetzungskonzeptes im Rahmen des Gesundheitsmanagements
207	Durchführung einer nicht teilnehmenden Beobachtung der Prozesse in einer Intensivstation mit der Fragestellung: In wieweit können Krankenpflegehelfer/-innen in einer Intensivstation eingesetzt werden?
208	Durchführung einer schriftlichen Befragung zur Ermittlung der Arbeitszufriedenheit in Einrichtungen des DRK Kreisverbandes Wanzleben
209	Durchführung einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung zum Thema psychische Belastungen in der ambulanten Pflege bei der Sozialstation die Mobilen e. V. in Münster
210	Durchführung einer Standortanalyse in Bezug auf das ambulante Pflegeversorgungsangebot für deutsche Altersresidenten in Marbella
211	Durchführung einer Vorstudie in einer geriatrischen Abteilung im Krankenhaus. Ist der Pflegeüberleitungsbogen für demenzerkrankte Patienten praktikabel und aussagefähig?
212	Durchführung und Auswertung einer Bewohnerzufriedenheitsbefragung in einem der Häuser der Spitalstiftung in Konstanz. Durchführung in Form eines Pilotprojektes mit dem besonderen Ziel, das Instrument zur Ermittlung der Bewohnerzufriedenheit zu erproben und zu testen
213	Durchführung und Auswertung einer DCM Beobachtung – eine empirische Studie
214	Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im OP-Bereich des Kreisspitals Männedorf
215	Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Pflegeheim Stegwiesen in Stockach im Rahmen der Arbeitszeitflexibilisierung
216	Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zur Erkennung der Burnout-Gefahr bei Pflegepersonal in der stationären Altenpflege
217	Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung im Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH im Rahmen einer Überprüfung des Projektes zur Verbesserung des Versorgungsangebotes unter Berücksichtigung der Pflegewissenschaft
218	Durchführung und Auswertung einer qualitativen Inhaltsanalyse bestehender Bewohnerdokumentation zur Evaluation des implementierten Expertenstandards: Sturzprophylaxe in der Pflege
219	Durchführung und Auswertung einer Studie zur Messung der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter bezüglich ihrer Sicherheit im Umgang mit der Software GO ONprint

Nr.	Titel
220	Durchführung und Auswertung von Interviews mit Pflegepersonal zum Thema: Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen
221	Durchführung und kritische Analyse des Audits zum nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
222	Ein Frühdienst im Krankenhaus. Was Pflegende vom Pflegen abhält
223	Eine Analyse betreuter Wohngemeinschaften: Untersuchung von Beweggründen und Erwartungen behinderter Menschen über den Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft
224	Eine Analyse über die Bereitstellung von Intensivbettenkapazitäten einer interdisziplinären Intensivstation
225	Eine Datenanalyse zur Optimierung der OP-Planung für ambulante Operationen unter der Berücksichtigung des Aspektes der Bettenkapazität
226	Eine empirische Studie zum kommunikativen Bewusstsein und Sprachgebrauch von Mitarbeitenden einer stationären Einrichtung
227	Eine empirische Studie zum Umgang von Pflegefachkräften mit Demenzkranken
228	Eine empirische Studie zur Analyse der Servicequalität durch Kundenzufriedenheit im Pflegedienst XY
229	Eine empirische Studie zur Sectio. Mehr Wunsch als medizinische Indikation? Eine Erhebung an zwei norddeutschen Krankenhäusern
230	Eine empirische Untersuchung der Mitarbeiterzufriedenheit im Vergleich zwischen Krankenhaus- und Heimbereich. Vergleich der Mitarbeiterzufriedenheit der Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes in der Neurologie und im Fachbereich für sozialpsychiatrische Rehabilitation in der Landesklinik Lübben
231	Eine empirische Untersuchung von Patienten- und Angehörigenaggressionen in der Kinderkrankenpflege und die sich daraus ergebenden Aufgaben für das Pflegemanagement
232	Eine empirische Untersuchung zum Fort- und Weiterbildungsverhalten von examinierten Pflegekräften im Krankenhaus
233	Eine empirische Untersuchung zum kausalen Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Fehlzeitenquote
234	Eine empirische Vorstudie zur Qualität der pflegerischen Beziehungen in Korrelation zum praktizierten Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Pflege
235	Eine Ist-Analyse im Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen bei Pflegekräften
236	Eine Kundenzufriedenheitsanalyse im ambulanten Pflegedienst
237	Eine Kundenzufriedenheitsbefragung des MDK Bayern im Rahmen des Qualitätsmanagements
238	Eine Kurzlieger-Station am Heidekreis-Klinikum Walsrode GmbH. Eine sinnvolle Maßnahme zur Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus?
239	Eine qualitative Untersuchung zur Berufsbiographie von Pflegekräften im Krankenhaus
240	Eine quantitative Studie zum Tätigkeitsprofil von Pflegeberufen in der Orthopädie
241	Eine Querschnittsstudie zum Wissensmanagement im Vergleich der Abteilungen Pflege und Krankengymnastik einer Rehabilitationsklinik
242	Eine Studie über die Zeitersparnisse in der Pflegedokumentation durch die Anwendung EDV-Software SENDO 5 in den Rummelsberger Anstalten
243	Eine theoretische Analyse und Impulse zu betrieblicher Gesundheitsförderung im Bereich ambulanter Pflege
244	Eine Zufriedenheitsuntersuchung zum Thema Essensversorgung im Seniorenheim Riedelstift in Cottbus
245	Einfluss der Bezugspflege auf die Kundenzufriedenheit in einer Sozialstation
246	Einfluss von Fortbildung zu den Themen Dekubitus und Ernährung auf das Fachwissen der Mitarbeiter in der stationären Altenpflege. Eine quantitative Untersuchung

Nr.	Titel
247	Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation bei Pflegefachkräften in einem Krankenhaus
248	Einflussgrößen auf die Patientenzufriedenheit der MEDIAN Klinik Wismar
249	Einführung des Krankenhausinformationssystems anhand des Beispiels der Basisdokumentation im Zentral-OP
250	Einführung einer zentrenspezifischen Balanced Scorecard um Unternehmensstrategien für Mitarbeiter transparent und nachvollziehbar zu gestalten
251	Einführung eines senioren gerechten Menüs in der Alterstraumatologie. Deskriptive Beschreibung des Untersuchungsfeldes
252	Einschätzung der Anleitung durch den Praxisanleiter in der Altenpflegeausbildung durch die Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres
253	Einschätzung des Versorgungsangebotes für chronisch kranke Patienten in einer stationären Einrichtung. Eine Befragung von Mitarbeitern des Versorgungsteams
254	Einschätzung von Qualität und Gewichtung des Informationsflusses zwischen Pflegedienst und Arzt aus ärztlicher Sicht
255	Einstellung von hauptamtlichen Mitarbeitern zum Einsatz von ehrenamtlichen Helfern in der stationären Altenarbeit
256	Einstellung von Pflegekräften in der stationären Altenhilfe zu Pflegestandards
257	Einzelbetreuung in der ambulanten Pflege: Warum Pflegepersonen einen Arbeitsplatz in der individuellen Pflege wählen
258	Einzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung – ein Zuhause in der letzten Lebensphase
259	Emanzipation der Pflege durch reformierte Ausbildung und Akademisierung?
260	Empirische Befragung zu Anforderungen und Erwartungen von künftigen Absolventen an eine Fachweiterbildung für rehabilitative Pflege
261	Empirische Betrachtung der Schichtarbeit im Gesundheitswesen am Beispiel einer stationären psychiatrischen Einrichtung
262	Empirische Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit in der ökumenischen Sozialstation Speyer
263	Empirische Pflegeforschung zum Thema der Häufigkeit herausfordernder Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in Zusammenhang mit deren sozialen Kontakten
264	Empirische Problemanalyse zur Umsetzung der Pflegeorganisationsform Primary Nursing in einem Landeskrankenhaus
265	Empirische Studie über die Einstellung von Pflegekräften bezüglich einer EDV-gestützten Pflegedokumentation im Rahmen der internen Qualitätssicherung bei einem ambulanten Pflegedienst in Köln
266	Empirische Studie zu den Divergenzen zwischen dem integrativen und segregativen Betreuungs- und Pflegeansatz in den Seniorenwohnanlagen der Schmidt Gruppe in Aldenhoven und Jülich
267	Empirische Studie zu materiellen Anreizsystemen in Stellenanzeigen für Pflegende
268	Empirische Studie zum Ablauf der postoperativen Schmerzvisite im Diakonissenkrankenhaus Flensburg
269	Empirische Studie zum administrativen Arbeitsaufwand von Pflegekräften in der Notaufnahme einer Klinik für Kinder und Jugendliche
270	Empirische Studie zur Entwicklung der Kernkompetenz Selbstmanagement in der Krankenpflege und deren Bedeutung in der heutigen Versorgung hinsichtlich Zeit- und Leistungsdruck
271	Empirische Studie zur Ermittlung der Zufriedenheit stationärer Patienten im Krankenhaus Bad Arolsen
272	Empirische Studie zur Implementierung des nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege (Erhebung des Fortbildungsbedarfes)

Nr.	Titel
273	Empirische Studie zur Motivation von Berufsanfängern in der Gesundheits- und Krankenpflege
274	Empirische Studie zur Qualität der Pflegedokumentation in der Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken. Inwieweit werden die geforderten Qualitätskriterien im Dokumentationsleitfaden der Klinik im pflegerischen Alltag praktisch umgesetzt?
275	Empirische Studie zur Umsetzung einer standardisierten Pflegeüberleitung an der Schnittstelle Krankenhaus/Altenheim und Nützlichkeit des zugrunde liegenden Pflegestandards
276	Empirische Studie zur Wirkung der Fortbildung pflegeprozessgemäße Pflegedokumentation in Hinblick auf Praxisrelevanz (Gestaltung und Einstellungsänderung)
277	Empirische Studie zur Zufriedenheit niedergelassener Ärzte mit dem regionalen Klinikum. Durchführung einer qualitativen deskriptiven Vorstudie
278	Empirische Studie zur Zufriedenheit von Heimbewohnern mit chronischen Schmerzen in Bezug auf ihr Schmerzmanagement am Beispiel eines Pflegeheims in Leipzig
279	Empirische Überprüfung der Relevanz bestimmter Risikofaktoren für die Dekubitusentstehung
280	Empirische Überprüfung eines zur Kontrolle der Pflegedokumentation entwickelten Tools
281	Empirische Untersuchung der Mitarbeiterzufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit von Pflegekräften aus OP- und Anästhesie-Bereich
282	Empirische Untersuchung zu Einstellungen, Wünschen und Bedenken gegenüber der Einführung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation in einem Pflegeheim
283	Empirische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen dem vermehrten Aufkommen des Burnout-Syndroms in den Pflegeberufen und den steigenden Anforderungen in der Pflege sowie der Intensivierung der Leistungen im Gesundheitswesen
284	Empirische Untersuchung zur Ausprägung des Burnout-Syndroms an Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in der stationären Krankenpflege
285	Erhebung der Kundenzufriedenheit in einem Klinikum der Maximalversorgung bezogen auf das stationäre Case Management 2011
286	Empirische Untersuchung zur interdisziplinären Kooperation von OP-Pflegepersonal und Anästhesiepflegepersonal
287	Empirische Untersuchung zur Mitarbeiterzufriedenheit seitens der Pflegekräfte innerhalb der Klinik für Innere Medizin am Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main in Bezug auf die Wertigkeit/Bedeutung spezieller Merkmale
288	Empirische Untersuchung zur Rolle pflegerischer Führungskräfte. Vorstudie zur Bildung eines Kategorisierungsschemas
289	Empirische Untersuchung zur Zufriedenheit von Angehörigen in einer Tagespflegeeinrichtung als Pretest
290	Entscheidungsgrundlagen für einen Einzug in das betreute Wohnen am Beispiel des Wohnparks Homeyers Anger
291	Entwicklung einer Bildungsbedarfsanalyse in Form einer deskriptiven, quantitativen Querschnittstudie auf einer hämatologisch-onkologischen Abteilung für den Leistungsbereich Pflege in einem Krankenhaus der Maximalversorgung
292	Entwicklung einer empirischen Prüfmethode zur Auswahl von potenziellen Führungskräften für den Bereich der Stationsleitung: qualitativer Interviewleitfaden
293	Entwicklung eines Beobachtungsinstruments zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen der Sense of Coherence-Typen beim Einarbeiten und Anlernen neuer Mitarbeiter in der OP-Abteilung
294	Entwicklung eines Fragebogens zur Bestimmung geschlechtsspezifischer Führungseigenschaften in ambulanten Pflegediensten
295	Entwicklung eines halbstandardisierten Interviews zur Ermittlung des Führungsverständnisses unter salutogenen Gesichtspunkten
296	Entwicklung eines Instruments zur Analyse der Dokumentationsqualität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Nr.	Titel
297	Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Arbeitszufriedenheit älterer Mitarbeiter in der Intensivpflege. Welche Faktoren wirken sich auf die Arbeitszufriedenheit älterer Mitarbeiter in der Intensivpflege aus?
298	Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung der Auswirkungen des H.M.B.-Verfahrens nach Metzler auf die subjektiv erlebte Lebensqualität von geistig behinderten Menschen im Wohnpflegeheim
299	Entwicklung eines Marketingkonzeptes für ein Seniorentageszentrum in Garmisch-Partenkirchen – explorative Kundenbefragung im Rahmen einer Existenzgründung
300	Entwicklung eines standardisierten, schriftlichen Fragebogens für die Evaluation der Implementierung des Studiengangs Health Care Studies
301	Entwicklung eines strukturierten Interviewleitfadens zur Ermittlung von pflegerischen Qualitätsindikatoren psychiatrischer Patienten in der Klinik Dr. Heines
302	Entwicklung und Bindung studierender berufstätiger Pfleger des Universitätsklinikums Münster unter einer salutogenen Betrachtungsweise: eine qualitative Studie mittels Leitfadeninterviews
303	Entwicklung und Pretest eines Mitarbeiterfragebogens zum Thema postoperativer Akutschmerzdienst
304	Entwicklung und pretestbezogene Auswertung einer standardisierten Befragung zu einer geplanten Pflege team- und Altersstrukturanalyse im Rahmen stationärer Krankenversorgung
305	Entwicklung und Testung eines Fragenkatalogs zu Krankenrückkehrgesprächen im Rahmen von Mitarbeitergesprächen in sozialen Einrichtungen
306	Entwicklung von spezifischen Qualitätskriterien für die operative Pflege
307	Erarbeitung eines Fragebogens für die Befragung von Angehörigen der Gäste der Tagespflege Rümmanstraße in München Schwabing
308	Erarbeitung eines Konzeptes zur Trennung der Patientenströme in der interdisziplinären Patienten- und Notfallaufnahme im Klinikum Werra-Meißner
309	Erarbeitung von Grundlagen einer Führungskräfte-Beurteilung im Altenpflegebereich unter Gegenüberstellung der unterschiedlichen Gewichtung von Mitarbeitern und Führungskräften in spezifischen Kompetenzbereichen
310	Erfassen der Wartezeiten in der medizinischen Aufnahme des evangelischen Diakoniekrankenhauses Freiburg sowie die Gestaltung und Auswertung eines Patientenfragebogens
311	Erfassung der individuellen Bedürfnisse von demenzkranken Bewohnern im Tine-Albers-Haus aus der Perspektive versorgender Angehörige
312	Erfassung der Patientenzufriedenheit auf der Station 3 G im UKE
313	Erfassung der Zeiten pflegerischer Einzelleistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation
314	Erfassung des Gesundheitsverhaltens bei Auszubildenden der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der SHG-Kliniken Völklingen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Nikotinkonsum
315	Erfassung und Auswertung der Arbeitsfähigkeit von Pflegefachpersonen eines Berliner Seniorenpflegeheims unter Verwendung des Work Ability Index
316	Ergebnisse nach der Einführung des nationalen Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in der Seniorenwohnanlage Kiehförn – eine Dokumentenanalyse
317	Erhebung der Ist-Situation vor Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen
318	Erhebung der Kriterien der Personalauswahl auf pädiatrischen Intensivstationen
319	Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit in der Uniklinik Köln zur Entwicklung von befragungsbasierten Kennzahlen

Nr.	Titel
320	Erhebung der Patientenzufriedenheit im Geriatriezentrum am Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
321	Erhebung der Zufriedenheit der Angehörigen von ehemaligen Patienten der interdisziplinären Intensivstation C.02.5-8 mit den dort tätigen Pflegekräften
322	Erhebung des Ist-Zustands in der Pflegeüberleitungspraxis zwischen Krankenhaus, Altenpflegeheim und ambulanten Pflegediensten auf der Insel Föhr – Aufdeckung von Defiziten und Entwicklungspotenzial
323	Erhebung des Work Ability Index auf einer Intensivstation und einer Intermediate Care Station
324	Erhebung über die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Einrichtung der stationären Altenhilfe
325	Erhebung und Beurteilung der pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten in einem ambulanten Dialysezentrum
326	Erhebung und Überprüfung der durchgeführten Dokumentation anhand der geforderten Kriterien der Komplexziffer 8-982. Palliative Komplexbehandlung zur Sicherung einer korrekten und standhaften Abrechnung
327	Erhebung von Kriterien zur Personalauswahl und Personalgewinnung von Mitarbeitern auf Intensivstationen
328	Erhebung zum Thema: Versorgung von Migranten in ambulanten und stationären pflegerischen Einrichtungen im Landkreis Calw
329	Ermittlung der Altersstruktur der im pflegerischen Bereich tätigen Mitarbeiter/-innen im Bereich Psychiatrie des St. Marien-Hospitals Hamm zum Thema demografischer Wandel
330	Ermittlung der Bedürfnisse onkologischer Patienten zur Erstellung eines spezifischen Pflegekonzeptes basierend auf dem Trajekt-Modell nach Corbin und Strauss
331	Ermittlung der erforderlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung der Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung
332	Ermittlung der Kunden-/Patientenzufriedenheit mit den Leistungen der Diakonie- und Sozialstation Schönbuch
333	Ermittlung der Kundenzufriedenheit der Betreuten einer Werkstatt für blinde und sehgeschädigte mehrfachbehinderte Menschen
334	Ermittlung der Patientenzufriedenheit im orthopädischen Fachkrankenhaus Annastift e. V. anhand einer Kundenbefragung
335	Ermittlung der Patientenzufriedenheit in der Caritas Sozialstation Haselünne mittels Fragebogen im Rahmen des Qualitätsmanagements
336	Ermittlung der Patientenzufriedenheit zur Sicherung der Servicequalität aus der Kundenperspektive
337	Ermittlung des Ausmaßes und der Notwendigkeit psychologischer und psychosozialer Unterstützung der querschnittgelähmten Patienten auf der Intensivstation
338	Ermittlung des gerontopsychiatrischen Fortbildungsbedarfes in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe der Fa. Wille & Partner in Oldenburg
339	Ermittlung von Entwicklungs- und Fortbildungsbedarf der mittleren Führungsebene am Robert-Bosch-Krankenhaus durch Befragung zur Person, Rolle und Organisation im Hinblick auf den wachsenden Veränderungsdruck im Gesundheitswesen
340	Erstbegegnung des Patienten/Kunden mit der Pflege bei der elektiven Aufnahme
341	Erstellung eines Pflegeleitbildes unter Einbeziehung der Mitarbeiter
342	Erwartungen alter Menschen an das Pflegepersonal eines Pflegeheims. Befragung am Ende des stationären Krankenhausaufenthaltes
343	Erwartungen der Angehörigen von neurologischen Intensivpatienten über den Einbezug in pflegerische Tätigkeiten
344	Erwartungen und Einstellungen älterer Menschen zu einer vollstationären Pflegeeinrichtung
345	Erwartungen von 50jährigen und älteren Pflegekräften an einen Arbeitsplatz in der stationären Altenpflege

Nr.	Titel
346	Erwartungsrealisation von Intensivpersonal nach der Implementierung eines Patientendaten-Managementsystems
347	Erwerbsbiographische Interviews als Methode zur Erhebung qualitativer Daten im Rahmen einer Studie zum Thema: Was motiviert einen Menschen, den Beruf der Altenpflege zu ergreifen?
348	Ethische Beratungsangebote in KTQ- und pCC-zertifizierten Krankenhäusern
349	Evaluation bisheriger und künftiger Sturzmeldungen vor dem Hintergrund des nationalen Expertenstandards zur langfristigen Reduktion der Patientenstürze im St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
350	Evaluation der Aktivitäten im Pflegeinformationsbüro des Krankenhauses Neuperlach
351	Evaluation der Akzeptanz des multikulturellen Gebetsraumes von muslimischen Patienten im Klinikum Bad Hersfeld
352	Evaluation der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals einer kinder-kardiologischen Abteilung
353	Evaluation der Bedarfsanalyse von Kunden der Sozialstation Südwest zum Thema Betreuungsangebot Abwechslung im Alltag
354	Evaluation der beruflichen Relevanz von Unterrichtsinhalten für die Absolventen eines Anpassungslehrganges für ausländische Krankenpflegekräfte
355	Evaluation der Dokumentationsqualität der LEP-Variablen. Exemplarische Fallstudie im stationären Bereich eines Krankenhauses der Regelversorgung
356	Evaluation der Durchführung und Anwendung eines hausintern erarbeiteten Konzeptes zur Betreuung demenziell veränderter Bewohner.
357	Evaluation der Einführung des Dekubitus-Expertenstandards
358	Evaluation der Einführung eines neuen Pflegekonzeptes am Beispiel der Abteilung für Gerontopsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg
359	Evaluation der Einführungsphase der modifizierten Pflegeprozesssteuerung im Kontext des Pflegemodells von Krohwinkel
360	Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit der Pflegekräfte des Seniorenzentrums Erlenhof. Studienbericht und Ergebnisse
361	Evaluation der Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen im Krankenhaus.
362	Evaluation der Pflegedokumentation am Beispiel des Pflegeprozesses
363	Evaluation der pflegerischen Übergabe am Patientenbett im Klinikum Kassel durch eine Mitarbeiterbefragung
364	Evaluation der Probeeinführung der Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW) als Praxiskonzept zum Reanimationsverzicht im Krankenhaus (in der Medizinischen Klinik 4 am Klinikum Nürnberg)
365	Evaluation der Übergabe mit Patienten an der Helfenstein Klinik Geislingen – eine quantitative Querschnittstudie
366	Evaluation der Umstellung der handschriftlichen Pflegedokumentation auf computerunterstützte Dokumentation im AKH Linz
367	Evaluation der Weiterbildungsbereitschaft in Form einer quantitativen Befragung im Pflegebereich eines Fachkrankenhauses
368	Evaluation der Wohn- und Betreuungssituation von Bewohnern mit Demenz im katholischen Pflegeheim St. Nikolaus in Parchim
369	Evaluation der Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit der MIC-Klinik in Berlin-Zehlendorf im Rahmen der Qualitätssicherung
370	Evaluation der Zusammenlegung von Zentral-OP und Anästhesieabteilung über die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeitermotivation seit der Maßnahme
371	Evaluation des Bedarfs an Fort- und Weiterbildungen bei den Führungskräften der Stationen und Abteilungen des Pflegedienstes

Nr.	Titel
372	Evaluation der Entlassdiagnosen in Bezug auf pflegerelevante Nebendiagnosen
373	Evaluation des Expertenstandards. Schmerzmanagement in der Pflege für den Bereich der chronisch nicht tumorbedingten Krankheitsbilder
374	Evaluation des Heimeinzugs in einer vollstationären Pflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohner
375	Evaluation des Leistungsspektrums eines ambulanten Pflegedienstes aus Patientensicht
376	Evaluation des Pflegeaufwands auf der Palliativstation am Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt anhand des Erfassungsinstrumentes LEP Nursing 2.1.1
377	Evaluation des pflegerischen Entlassungsmanagements im Maria Hilf Krankenhaus in Bochum Gerthe (Teil des Katholischen Klinikums Bochum)
378	Evaluation des Schmerzstandards auf der operativen Intensiv- und Überwachungsstation anhand einer Patientenbefragung
379	Evaluation des Zusammenlebens von orientierten und desorientierten Bewohnern unter den institutionellen Bedingungen einer stationären Einrichtung der Altenpflege
380	Evaluation einer Informationsbroschüre für Patienten in ambulanten Dialyseeinrichtungen
381	Evaluation einer monatlichen Fortbildungsveranstaltung für Pflegekräfte der Anästhesie am Klinikum Großhadern. Bewertung durch die teilnehmenden Mitarbeiter
382	Evaluation eines Einarbeitungskonzeptes am Beispiel einer Lungenfachklinik
383	Evaluation eines Rückenschulangebotes für Mitarbeiter im ambulanten Pflegedienst
384	Evaluation von Bezugspflege in einem privaten ambulanten Pflegedienst. Eine empirische Studie
385	Evaluation von Pflegediagnosen im Karl-Gerok-Stift ein Jahr nach ihrer Einführung
386	Evaluationsforschung zum Projekt Dokumentation in der Pflege (DiP). Studie zur Bewertung einer vollzogenen Dokumentationsveränderung durchgeführt an einer österreichischen Standardkrankenanstalt
387	Evaluationsstudie zur Erhebung der Ergebnisqualität bei der Anwendung des Pflegetherapiekonzeptes Schlafstörungen aus der Sicht der Mitarbeiter im Ginsterhof (einer Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie)
388	Evaluierung der Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen auf der Basis des ICD-10 GM und der Pflegedokumentation
389	Evaluierung der Pflegequalität durch die Pflegemitarbeiter und deren eigenen Wünsche fürs Alter
390	Evidenzbasierung der Dekubitusprophylaxe und -therapie. Übersicht zum Stand der Forschung
391	Explorative quantitative hermeneutische Inhaltsanalyse eines Instruments der Kundenbefragung. Fragebogen: Wahrnehmung von Naturheilkunde in der Gesellschaft. Überprüfung, Analyse und Interpretation eines Instruments der Kundenbefragung für den gemeinnützigen Verein zur Förderung und Einrichtung eines Naturheilzentrums im Raum Mittelfranken Via Vita e. V.
392	Explorative Studie zur Anwendung eines Fragebogens zur Überprüfung der Hypothese, dass die Mitarbeitermotivation im Umgang mit demenzkranken Bewohnern mit dem Ausmaß des Kohärenzgefühls von Wohnbereichsleitungen korreliert
393	Förderung der Intergenerativität im Zusammenhang der demografischen Entwicklung und der Besonderheit der Teamarbeit im Pflegedienst eines Krankenhauses der Grundversorgung
394	Fort- und Weiterbildungsverhalten von Mitarbeitern in Dialyseeinrichtungen

Nr.	Titel
395	Fortbildungsbedarf aus Sicht der Pflege: Eine Querschnittsstudie in einem psychiatrischen Krankenhaus
396	Fragebogenstudie zur Evaluation nichtpatientenbezogener Tätigkeiten im OP
397	Führungsaufgaben der Stationsleitung. Eine quantitative Vergleichsstudie in der Stationsleitungen und nachgeordnete Pflegedienstmitarbeiter die einzelnen Führungsaufgaben der Stationsleitung mit Schwerpunkten besetzen
398	Führungsverhalten von weiblichen Stationsleitungen im Krankenhaus
399	Gewalt und Aggression gegen Pflegekräfte
400	Gewaltträchtiges Handeln in der stationären Krankenpflege. Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Bereich der Inneren Medizin
401	Gibt es berufstypische Belastungen und Ressourcen bei Pflegekräften in der stationären Altenpflege?
402	Hat die Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerin/-er bzw. Kinderkrankenpflegerin/-er Auswirkungen auf die Gesundheit und das Präventionsverhalten der Auszubildenden im positiven als auch negativen Sinne? Eine Fragebogenstudie mit Auszubildenden des 3. Ausbildungsjahres der Krankenpflegeschule des Katholischen Klinikum Duisburg GmbH
403	Hauptbelastungsfaktoren bei der pflegerischen Arbeit im OP
404	Sind Hausgemeinschaften eine adäquate Lebensform für demenziell erkrankte alte Menschen?
405	Hemmende und fördernde Faktoren zur Inanspruchnahme von Pflegeberatung
406	Implementierung des Expertenstandards Schmerz innerhalb einer Station des Klinikums am Michelsberg im Zentrum für Altersmedizin
407	Information und Mitwirkung der Patienten unter dem Aspekt der Patientenorientierung: Eine Patientenbefragung auf der psychosomatischen Abteilung der Simsseeklinik
408	Informationsübermittlung an die Patienten am stationären Aufnahmetag. Wie gestaltet sich der Informationsprozess zwischen Pflegepersonal und Patienten? Eine empirische Studie
409	Informationsweitergabe zum Unterstützungs- und Versorgungsbedarf sowie Abstimmung zum Entlassungstermin vor einer Neuaufnahme aus Sicht eines Pflegeheims.
410	Inhaltliche Qualität von Stellenanzeigen am Beispiel des Pflegemanagers in der Altenpflege
411	Inhaltsanalyse der Stellenbeschreibung der Teamleitung Pflege des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein im Hinblick auf zukünftige Handlungsfelder der Krankenhauspflege
412	Inhaltsanalyse von Erfahrungsberichten über die Anwendung von Primary Nursing in deutschen Krankenhäusern
413	Inhaltsanalyse von pflegerischen Ereignisberichten des Patienten-Sicherheits-Informations-Systems PASIS
414	Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen für Pflegedienstleitungen bzw. Pflegedirektoren großer Krankenhäuser bezüglich veränderter Anforderungen an Qualifikation und Handlungskompetenzen
415	Inhaltsanalyse zur Bestimmung der Zielgruppenkommunikation von Krankenhauswebsites. Pretest zur Entwicklung eines Kategoriensystems
416	Innere Kündigung als Weg. Eine Untersuchung im Organisationsbereich Verwaltung eines Krankenhausbetriebes
417	Interdependenzen zwischen den Anforderungen an Pflegedokumentationssysteme für stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ausgewählten Pflegedokumentationssystemen
418	Internalisierung von Leitbildinhalten im beruflichen Alltag durch die Methoden der aktiven Konfrontation und der Partizipation. Analyse der Internalisierung von Leitbildinhalten während der Einführungsphase
419	Internetpräsenz von Pflegeheimen. Marktforschung zur professionellen Homepagegestaltung

Nr.	Titel
420	Inwieweit vermitteln die Internetauftritte der Hamburger Krankenhäuser klare und verständliche Botschaften für ihre Kunden? Eine qualitative Inhaltsanalyse über die Leistungsdarstellung der Hamburger Krankenhäuser im Internet
421	Ist das Entlassungsmanagement seitens der Krankenhäuser so ausgestaltet, dass die ambulanten Pflegedienste in Düsseldorf ohne Versorgungseinbrüche weiter behandeln können?
422	Ist die Entwicklung eines Bachelorstudienganges zum Medizinischen Assistenten für Anästhesie sinnvoll? Erhoben an einem Krankenhaus der Zentralversorgung mit 1000 Betten
423	Ist-Analyse zur Umsetzung der Leitlinie zur postoperativen Schmerztherapie im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg
424	Karriere im Gesundheitswesen – Mütter in Führungspositionen
425	Kinderkrankenschwestern in der ambulanten Intensivpflege von Kindern. Entwicklung eines neuen Berufsfeldes
426	Kommunikationsanalyse in einer Organisation
427	Kommunikationspolitik des Managements: Information und Kommunikation zur Unterstützung von Veränderungsprozessen – dargestellt am Beispiel des Städtischen Klinikums München GmbH
428	Kommunikative Kompetenzen von Praxisanleitern
429	Kompetenzanforderung an die Mitarbeiter der stationären Krankenpflege
430	Kompetenzanforderungen an die pflegerischen Führungskräfte im Wandel der Zeit – eine Längsschnittstudie
431	Können sich Angestellte eines Altenheimes vorstellen, ihren Lebensabend in einer WG zu verbringen? Gibt es dabei signifikante Unterschiede innerhalb des Pflege-, Hauswirtschafts- und Verwaltungsbereiches?
432	Korrelation von selbst geforderter Verantwortung nach Abels und dem SOC von Antonovsky bei Pflegekräften. Ein Pretest in Form einer quantitativen Erhebung durch einen standardisierten und anonymisierten Fragebogen
433	Krankenhausaufenthalt aus Patientensicht: Eine Befragung zur Patientenzufriedenheit in der Auguste-Viktoria-Klinik in Bad Oeynhausen: Schwachstellen und Konsequenzen
434	Krankenhauswahl. Eine Patientenumfrage im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier unter besonderer Berücksichtigung von Qualitätsmanagement-Aspekten
435	Krankheitsbilder in stationären Hospizeinrichtungen. Bedürfnisse und Erwartungen von Gästen stationärer Hospize bezüglich der Begleitung und Versorgung des Sterbeprozesses
436	Kundenbefragung bei Pluspunkt Weiterbildung gGmbH zur Ermittlung der Teilnehmerzufriedenheit in der Fort- und Weiterbildung im Rahmen des Qualitätsmanagement – eine quantitative, deskriptive Querschnittsstudie
437	Kundenbefragung in einem ambulanten Krankenpflegedienst als ein Medium zur Qualitätssicherung: Evaluation und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes
438	Kundenzufriedenheit. Eine Befragung von Auszubildenden an Berufsfachschulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe
439	Kundenzufriedenheitsanalyse im ambulanten Pflegedienst
440	Länger pflegen im Krankenhaus. Berufliche Perspektiven vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Hinweise aus qualitativen Interviews
441	Leistungserfassung in der Pflege mit Hilfe der Pflegepersonalregelung (PPR). Evaluation der theoretischen Kenntnisse dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte über die PPR im Praxisalltag eines Akutkrankenhauses
442	Leitfadengestützte Interviews zur Ermittlung des Kompetenzbedarfs bei examinieren Pflegefachkräften eines gerontopsychiatrischen Wohnbereichs

Nr.	Titel
443	Leitfadengestütztes Interview zur Frage des Gesundheitsverhaltens bei Schülern der Klassen 6/7 und der Werkstufe am Förderzentrum Mitterteich mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
444	Managementanforderungen an Pflegedirektoren/-innen im Krankenhaus: Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen
445	Mangelernährung in Altenheimen. Welche Präventivmaßnahmen wendet die stationäre Altenpflege an, um einer Mangelernährung alter Menschen entgegenzuwirken?
446	Medienpräsenz von Gütersloher Krankenhäusern in der lokalen Presse. Ein Krankenhausvergleich als Instrument in einem Qualitätsmanagementsystem nach EFQM
447	Messung der Kundenzufriedenheit in den Seniorenresidenzen Haus Schlosspark GmbH über qualitative Vorstufen der empirischen Forschung (Gruppendiskussion und Experteninterviews), um ein die wirklichen Kundenerwartungen abbildendes, quantitatives Erhebungsinstrument (Fragebogen) entwickeln zu können
448	Messung der Kundenzufriedenheit in der ambulanten Diakonie in Mülheim an der Ruhr
449	Messung der Zufriedenheit mittels einer schriftlichen Befragung ehemaliger Kurzzeitpflegegäste der Kurzzeitpflege St. Martha und Maria im Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich
450	Methoden und Wirksamkeit der Neukundengewinnung. Eine Studie bei ambulanten Pflegediensten der Landkreise Altötting und Mühldorf/Inn
451	Mit welchen Kategorien kann die Medienberichterstattung zum Thema Organspende beschrieben werden?
452	Mitarbeiterbefragung: Psychische Belastung und Beanspruchung in der Pflege
453	Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Einführung eines Patientendatenmanagementsystems an der Universitätsmedizin Göttingen
454	Mitarbeiterbefragung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 113 SGB XI in einer südniedersächsischen Pflegeeinrichtung mit einem eigens konstruierten Fragebogen
455	Mitarbeiterbefragung zur Akzeptanz der EDV-gestützten Dekubitus-Dokumentation
456	Mitarbeiterbefragung zur Erhebung der allgemeinen Mitarbeiterzufriedenheit in einer Diakoniestation
457	Mitarbeiterbeurteilung: Eine Befragung der Stationsleitungen und deren Stellvertretungen zum Wissensstand der Vorbereitung und Durchführung einer Beurteilung sowie möglichen Beurteilungsfehlern am Beispiel des Ev. Krankenhauses Lutherhaus gGmbH (Essen)
458	Mitarbeiterbeurteilung in der stationären Altenhilfe. Eine qualitative Inhaltsanalyse von Interviews mit Beurteilten zu ihren Erfahrungen
459	Mitarbeitergesundheit im Friedas (Frieden-Stift Oldenburg). Eine Befragung zur Gesundheit und Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der stationären Altenpflege
460	Mitarbeiterorientierte Arbeitszeitgestaltung in der Pflege. Eine Befragung zur Ermittlung der Bedürfnisse
461	Mitarbeiterzufriedenheit: Eine empirische Studie im Zweijahresvergleich
462	Mitarbeiterzufriedenheit in Ambulanten Diensten. Kirchliche Einrichtung vs. private Einrichtung
463	Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Konzept Fortbildung Heimbeatmung in der außerklinischen Intensivpflege
464	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung
465	Mitbewerberanalyse des Altenpflegeheims Nottensdorf
466	Mobile Datenerfassung in der ambulanten Pflege. Eine Erleichterung für die Mitarbeiter im Büro – aber auch eine Erleichterung für die Mitarbeiter beim Kunden?
467	Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal. Eine zielgruppenorientierte Untersuchung an einem Krankenhaus in Irland
468	Motivation der Pflegekräfte im Kibogora Hospital/Ruanda in Bezug auf die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

Nr.	Titel
469	Motivation in der Krankenpflege
470	Motivationen für eine Pflegeausbildung. Gibt es eine familiäre Disposition in Form einer Berufsvererbung? Ist diese Tradition ausschlaggebend für die Berufswahl? Eine deskriptive Untersuchung bezogen auf die Länder Berlin und Brandenburg
471	Motorische Funktionseinschränkung und Pflegeintensität – eine Dokumentenanalyse
472	Mundpflegepraxis in der Rehabilitation
473	Nahrung anreichern in der akutgeriatrischen Pflege im Marienhospital Wattenscheid
474	Neue Anforderungen an Stationsleitungen: eine Studie über das Erleben und die Auswirkungen auf die Tätigkeit, Motivation und Anforderungen an Leitungsprofile
475	Neue individuelle Pflegekonzepte
476	Neue Modelle der Aufgabenzuordnung im Krankenhaus. Untersuchung der Delegationsmöglichkeit pflegefremder Tätigkeiten aus dem Pflegedienst im Krankenhaus Neuperlach
477	Nutzung von Informationskanälen durch Pflegekräfte im Krankenhaus
478	OP-Sicherheitscheckliste. Eine quantitative Dokumentenanalyse mit qualitativen Aspekten
479	Optimierung der Rettungskette durch ein neues Reanimationskonzept am Universitätsklinikum Tübingen. Schulungs-Evaluation als Beitrag zum Qualitätsmanagement
480	Optimierung der Terminplanung der neurophysiologischen Funktionsdiagnostik im Klinikum Plau am See
481	Optimierung des Entlassungsmanagements am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart
482	Organisations- und Personalentwicklung durch Zuhilfenahme der quantitativen Forschung. Mitarbeiterabfrage zur psychischen Belastung und Beanspruchung
483	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Versorgung von Migranten in der stationären Krankenversorgung
484	Palliative Care im ländlichen Bereich: Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse am Beispiel eines mittelständischen Alten- und Pflegeheimes
485	Patienten mit Mangelernährung in einem geriatrischen Krankenhaus. Bestehen Unterschiede bei der pflegerischen Versorgung abhängig vom Grad der Mangelernährung?
486	Patientenbefragung im Hinblick auf eine Re-Zertifizierung mit einer Auswertung einzelner Bereiche
487	Patientenbefragung im stationären Bereich bezüglich der Zufriedenheit mit den Patienteninformationsmappen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
488	Patientenbefragung zur Identifizierung von Problemfeldern und Verbesserungspotenzialen im Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ
489	Patientenerwartungen an die Strukturqualität in einem Krankenhaus der Regelversorgung
490	Patientenzufriedenheit als ein Maßstab der Qualität im Krankenhaus. Untersuchungen mittels Sekundäranalyse bestehender Erhebungen
491	Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Institutsambulanz
492	Patientenzufriedenheitsanalyse zur Qualitätsentwicklung in einem ambulanten Pflegedienst
493	Patientenzufriedenheitsbefragung im Dialysebereich der Praxis für Nieren und Hochdruckkrankheiten mit Dialyse in Tangermünde. Darstellung des Ablaufs und Bewertung
494	Personalentwicklung im Krankenhaus durch Jobrotation. Eine empirische Studie. Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung

Nr.	Titel
495	Personalmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns unter dem Aspekt demografischer Veränderungen und der daraus resultierenden Entwicklung von Bewohnerstruktur und Pflegeaufwand
496	Personelle Fluktuation bei Pflegekräften in der Charité-Universitätsmedizin Berlin – eine leitfadengestützte qualitative Studie
497	Pflegebedarfseinschätzung anhand zweier Einschätzungssysteme mit rechtlicher Relevanz
498	Pflegediagnosen. Praktische Umsetzung in der stationären Krankenversorgung
499	Pflegedokumentation im gerontopsychiatrischen Arbeitsbereich. Analyse der Dokumentation des Pflegeprozesses
500	Pfleagemanagement im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung: Eine qualitative Untersuchung in der stationären Krankenversorgung
501	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenzufriedenheitsbefragung in einer hausärztlich-internistischen Arztpraxis
502	Planung, Durchführung und Ausführung einer Befragung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeschüler/-innen zu ihren Entscheidungskriterien für oder gegen einen zukünftigen Arbeitsplatz
503	Planung, Durchführung und Auswertung der jährlichen Kundenzufriedenheitsanalyse 2007 im Seniorenzentrum Köpenick im Rahmen des Qualitätsmanagements
504	Planung, Durchführung und Auswertung einer Analyse in der Seniorenresidenz Grasleben im Rahmen der Erstellung eines speziellen Kurzzeitpflegekonzeptes
505	Planung, Durchführung und Auswertung einer Angehörigenbefragung in der DRK-Tagespflege Lohbrügge
506	Planung, Durchführung und Auswertung einer Angehörigenbefragung zur Messung der Zufriedenheit auf der geriatrischen Abteilung der St. Marien-Hospital Borken GmbH
507	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung des Pflegepersonals der gynäkologischen Abteilung des Katholischen Klinikums Mainz zur Erfassung dessen interkultureller Kompetenz
508	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung pflegender Angehöriger mit türkischem Migrationshintergrund zu intrinsischen und extrinsischen Belastungsfaktoren in Nürnberg
509	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Auszubildenden und Praxisverantwortlichen im Rahmen der Modellausbildung zur zweijährigen Gesundheits- und Krankenpflegehilfe an den Kreiskliniken Esslingen gGmbH
510	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Fachpflegekräften in der Altenhilfeeinrichtung der Barmherzigen Brüder Rilchingen zum Thema Pflegequalität
511	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Pflegefachkräften zur psychischen Belastung im ambulanten Dienst Club Behinderter und ihrer Freunde e. V. in Frankfurt
512	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Pflegenden in vier Krankenhäusern in Deutschland im Rahmen einer großen Stress-Studie zum Thema soziale Unterstützung
513	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Rheumapatienten zu deren Lebensqualität (Zitha Klinik Luxembourg)
514	Planung, Durchführung und Auswertung einer Befragung von Schülern an der Schule für Pflegeberufe in Göppingen über Kompetenzförderung in der praktischen Ausbildung
515	Planung, Durchführung und Auswertung einer Bewohnerbefragung im Pflegeheim Pulsnitz GmbH im Rahmen des Qualitätsmanagements
516	Planung, Durchführung und Auswertung einer Bewohnerbefragung in einer stationären Pflegeeinrichtung in Ostholstein im Rahmen der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen
517	Planung, Durchführung und Auswertung einer Bewohnerbefragung zum subjektiven Alltagserleben der Bewohner in einer Senioreneinrichtung in Niedersachsen

Nr.	Titel
518	Planung, Durchführung und Auswertung einer Bewohnerbefragung zur Zufriedenheit mit dem Beschwerdemanagement in einer Einrichtung der stationären Altenpflege
519	Planung, Durchführung und Auswertung einer Dokumentationsanalyse hinsichtlich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Haus Magdalena
520	Planung, Durchführung und Auswertung einer Dokumentenanalyse mit der Zielsetzung der Überprüfung der Vorgaben zur Erstellung der Pflegeplanungen und Pflegeberichte in einer Einrichtung der stationären psychiatrischen Pflege
521	Planung, Durchführung und Auswertung einer empirischen Studie mittels qualitativer Interviews mit der Fragestellung: Welche präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben und Maßnahmen haben Gemeindegeschwestern in der ehemaligen DDR wahrgenommen?
522	Planung, Durchführung und Auswertung einer Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen zu den Anforderungen an eine Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes
523	Planung, Durchführung und Auswertung einer Inhaltsanalyse von Stellenanzeigen zu den Anforderungen der beruflichen Handlungskompetenz von stationären Einrichtungen der Altenhilfe an Pflegedienstleistungen
524	Planung, Durchführung und Auswertung einer Inhaltsanalyse zur Nutzung von Facebook als Marketinginstrument stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland
525	Planung, Durchführung und Auswertung einer internen Mitarbeiterbefragung zum Thema Palliative Care am See-Spital Horgen
526	Planung, Durchführung und Auswertung einer Kundenbefragung im Haus Obere Hengsbach als Instrument des Qualitätsmanagements
527	Planung, Durchführung und Auswertung einer Kundenumfrage in der Sozialstation Pflegefit als Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems
528	Planung, Durchführung und Auswertung einer Kundenzufriedenheitsbefragung in einem privaten ambulanten Pflegedienst
529	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Alten- und Pflegeheim Grünburg. Zur Ist-Standerhebung im Rahmen der Erarbeitung eines Pflegekonzeptes zur Betreuung von Bewohner/-innen mit Demenz
530	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung auf der neurologischen Station des Zentralklinikums Augsburg im Rahmen des Projektes Einführung der eigenverantwortlichen Dienstplangestaltung durch das Pflegeteam selbst auf der neurologischen Station des Zentralklinikums Augsburg
531	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im ambulanten Bereich
532	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Klinikum Oberberg im Rahmen der Projektevaluation Einführung von Bereichspflege
533	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus Überlingen im Rahmen der Selbstbewertung beim Zertifizierungsverfahren nach KTQ. Vergleich der Korrelation von Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit und von Mitarbeiterzufriedenheit und Fluktuation
534	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Pflegewohnhaus am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau in Berlin bezüglich der Anwendung des Resident Assessment Instruments (RAI)
535	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme pflegebedürftig
536	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des Wundmanagements
537	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen einer Re-Zertifizierung beim Nordenhamer Pflegedienst durch den Pflege TÜV MED NORD (R)
538	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Seniorenzentrum St. Anna in Ostbevern zur betrieblichen Gesundheitsförderung
539	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im stationären Pflegebereich der Sankt Martin Altenhilfe-Diakoniezentrum Eckernförde gemeinnützige GmbH zur Erfassung des Umgangs mit Beschwerden

Nr.	Titel
540	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung in einem Wohnheim für erwachsene geistig behinderte Menschen
541	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung mit der Fragestellung: Wie ist die Umgangskultur der Gruppe der Pflegekräfte mit den Patienten und deren Angehörigen sowie den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in Bezug auf Anredeform und Berufsbezeichnung?
542	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung und Dokumentenanalyse zum Biografiebogen in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in Münster
543	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zu krankheitsbedingten Ausfallquoten in einer stationären Altenpflegeeinrichtung nach Einführung eines Leistungskonzeptes ohne Wohnbereichsleitung (in Hamburg)
544	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zum Thema psychische Belastung in der Pflege als Qualitätssicherungsinstrument in einem ambulanten Dienst
545	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zum Thema Stationsbesprechungen auf einer chirurgischen Intensivstation
546	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zur Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten bei gerontopsychiatrisch Erkrankten und Hilfen bei der Versorgung dieser Bewohnergruppe in einer stationären Altenhilfeeinrichtung
547	Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung zur Mitarbeiterzufriedenheit in der Seniorenresidenz Hunteburg GmbH
548	Planung, Durchführung und Auswertung einer Nachtwachenbefragung in drei stationären psychiatrischen Einrichtungen des Diakoniewerks Essen
549	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung auf einer operativen Normalpflegestation am Universitätsklinikum Aachen zur Evaluation der Patientenzufriedenheit im Hinblick auf eine regelmäßige Befragung durch die Abteilungsleitungen auf der Station
550	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung im evangelischen Fachkrankenhaus
551	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung im Nephrologischen Zentrum Niedersachsen zur Situation der Arzt-Patient-Kommunikation und hier im Speziellen der Aufklärung vor einer bevorstehenden Operation
552	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung im Rahmen der Einführung von Case Management in der Oberschwaben Klinik gGmbH
553	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung im Uniklinikum Greifswald im Rahmen des Qualitätsmanagements zum Einsatz von Case Managern
554	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung in den Sozialstationen Mainz und Nieder-Olm des DRK-Kreisverbandes Mainz-Bingen im Rahmen des Qualitätsmanagements und zur Vorbereitung auf die Zertifizierung nach DIN ISO 9000/9001
555	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung in einem Zentrum für ambulantes Operieren in einem Krankenhaus der Maximalversorgung im Rahmen der Evaluation der Patientenzufriedenheit in Hinblick auf eine geplante Erweiterung der Operationskapazitäten
556	Planung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung zur Kundenzufriedenheit in der ambulanten Pflege im Rahmen des Qualitätsmanagements
557	Planung, Durchführung und Auswertung einer Personalbefragung zum Thema interprofessionelles kooperatives Prozessmanagement in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg
558	Planung, Durchführung und Auswertung einer Qualitätsüberprüfung der pflegerischen Dokumentation im Diakonissenkrankenhaus Flensburg auf Grundlage der Qualitätskriterien und Arbeitsanweisungen des Pflegedokumentationshandbuchs
559	Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie zum Führungsverhalten im Pflegedienst Marc-Bennerscheidt: Wie beurteilen Sie das Führungsverhalten ihres Vorgesetzten im Unternehmen Marc-Bennerscheidt?

Nr.	Titel
560	Planung, Durchführung und Auswertung einer schriftlichen Befragung zur Patientenzufriedenheit auf der Wochenstation der St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen im Rahmen einer geplanten Optimierung der Arbeitsläufe und -strukturen in diesem Bereich
561	Planung, Durchführung und Auswertung einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung in einem ambulanten Pflegedienst im Hinblick auf das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit
562	Planung, Durchführung und Auswertung einer Studie zur Analyse der Pflegefachkräftesituation in Berliner Einrichtungen der stationären Altenhilfe
563	Planung, Durchführung und Auswertung einer Untersuchung des Assessmentinstrumentes Esslinger Transferskala auf Interrater-Reliabilität
564	Planung, Durchführung und Auswertung einer vergleichenden Inhaltsanalyse deutscher und schweizerischer Stellenanzeigen zu deren Eintrittsanreizen für Pflegefachkräfte in der stationären Krankenversorgung
565	Planung, Durchführung und Auswertung von drei narrativ geführten Interviews zur Stellung der betrieblichen Gesundheitsförderung – mit der Konzentration auf personalorientierte Strategien für gesündere und motiviertere Mitarbeiter
566	Planung, Durchführung und Evaluation einer Mitarbeiterbefragung in einem Altenheim zur betrieblichen Gesundheitsförderung – eine empirische Studie
567	Planung, Umsetzung und Evaluation einer Mitarbeiterbefragung im Alten- und Pflegeheim Wohlbefinden unter Beachtung des Qualitätsmanagements
568	Postoperatives Schmerzmanagement nach kardio- und thoraxchirurgischen Eingriffen aus pflegerischer Sicht
569	Potenzialanalyse für die Ausbildung von Anästhesietechnischen Assistenten (ATA)
570	Prävalenzstudie zu den Sturzereignissen im Klinikum Bad Hersfeld unter Bezugnahme der Pflegepersonalregelung
571	Praxisrelevanz handelsüblicher Planungssysteme in der Pflege
572	Pretest des Assessmentbogens zur Einschätzung und Bewertung des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs während seiner Erprobungsphase vom 01.05.2007 bis zum 15.06.2007 im Rahmen des Entlassungsmanagements am Ev. Amalie-Sieveling-Krankenhaus in Hamburg
573	Pretest des Interviewleitfadens zur Evaluation des Projektes Kompetenznetz Krankenhäuser
574	Problembereiche von Dienstübergaben im Heimbereich des Klinikums Warendorf – eine empirische Studie
575	Professionelle Beratung in der Pflege aus der Sicht der Pflegenden
576	Projektmanagement und seine Bedeutung für die Organisations- und Personalentwicklung
577	Projektziele. Mitarbeiterbefragung zur Feststellung des Zielerreichungsgrades
578	Prospektive Entwicklungschancen des ambulanten Pflegemarktes (Einzugsgebiet Märkischer Kreis)
579	Prospektive Studie zur Verlaufsbeobachtung von Schlaganfallpatienten in Abhängigkeit von pharmazeutischer Betreuung
580	Prozessablaufanalyse in der Kinder-Poliklinik: eine empirische Untersuchung am Universitätsklinikum Würzburg
581	Psychische Belastung des Pflegepersonals auf der Medizinischen Intensivpflegestation am Kantonsspital St. Gallen
582	Psychische Belastung und Beanspruchung in der stationären Krankenpflege. Gefährdungsermittlung und -beurteilung unter Einsatz eines Analyseinstrumentes der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
583	Psychische Belastung und Beanspruchung von Mitarbeitern in der stationären Altenpflege – eine empirische Untersuchung

Nr.	Titel
584	Psychische Belastungen in der forensischen Psychiatrie. Eine Mitarbeiterbefragung im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Moringen
585	Psychische Belastungen und Beanspruchung in der stationären Altenhilfe
586	Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Versuch einer Bewertung von adäquater beziehungsweise nicht adäquater Verwendung von Psychopharmaka im Bürgerheim Tübingen
587	Qualität ein aktuelles Thema. Wie definieren Pflegende den Begriff Qualität? Welche Rahmenbedingungen müssen aus Sicht der Pflegenden gewährleistet sein? Eine empirische Untersuchung in einer Einrichtung der Altenhilfe im Land Brandenburg
588	Qualitative Befragung zu Motivation und Beweggründen der Teilnehmer am Ausbildungsgang interkultureller Alltagsbegleiter
589	Qualitative Studie zur Analyse der Gesundheitsförderung über organisatorische Maßnahmen: narrativ episodische Interviews auf einer neustrukturierten Station
590	Qualitative Studie zur Sicht von Pflegekräften auf den Einsatz von Ein-Euro-Jobbern in der Betreuung von Pflegeheimbewohnern
591	Qualitative Untersuchung von subjektiven Stressempfindungen des Fachpflegepersonals auf Intensivstationen
592	Qualitätssicherung in der Altenpflege durch Mitarbeiterorientierung. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter einer stationären Einrichtung auf dem Prüfstand
593	Quantitative empirische Erhebung im Studienfach Stationäre Krankenversorgung
594	Quantitative Studie für die Ermittlung des Unterstützungspotentials von Angehörigen der Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung
595	Rauchen als Copingstrategie bei Pflegekräften
596	Reduzierung von Mitarbeiterfehltagen aufgrund Arbeitsunfähigkeit. Analyse, Neustrukturierung und Implementation eines angepassten Mitarbeiterdienstplanes im stationären Pflegebereich
597	Regulationshindernisse. Belastungen in der stationären Krankenpflege
598	Rekonstruktion von Professionalisierungscharakteristika einer leitenden Pflegefachkraft in der ambulanten Krankenpflege
599	Relevante Faktoren für die Leistungsfähigkeit von Qualitätsmanagement-Systemen am Beispiel zertifizierter Brustzentren
600	Repräsentation Hamburger Krankenhäuser am Beispiel der Stellenangebote im Internet
601	Ressource Zeit. Ausschlaggebend für eine bessere Pflegedokumentation?
602	Retrospektive Analyse zur Katheter-assoziierten Infektion externer Ventrikeldrainagen in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Manipulation am Drainagesystem in der Neurochirurgischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Ulm
603	Risikoanalyse zur Vermeidung von Lendenwirbelsäulenerkrankungen im Hinblick auf die demografische Entwicklung im Pflegesektor
604	Rückenbeschwerden beim Pflegepersonal. Eine empirische Untersuchung.
605	Salutogenese in der Altenpflege. Planung, Durchführung und Auswertung einer Studie zur Bedeutung des Kohärenzgefühls für die Bewältigung des Berufsalltags in der stationären Altenpflege
606	Schlüsselqualifikationen in der Krankenpflege. Analyse des Zusammenhangs von Schlüsselqualifikationen und Arbeitszufriedenheit im Berufsfeld der Pflege
607	Schmerzerfassung bei dementen Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen
608	Schmerzmanagement als Qualitätsindikator der Pflege im Krankenhaus. Untersuchung dreier Indikatoren zur Prozessqualität im evangelischen Krankenhaus Hubertus

Nr.	Titel
609	Schmerzmanagement bei Kindern mit akuten Schmerzen am Klinikum der Universität München
610	Schnittstellenproblematik in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Qualitätseinschätzung und Informationsflussgewichtung zwischen den Interaktionspartnern Arzt und stationärer Einrichtung
611	Schriftliche Kundenbefragung in der Sozialstation Vaihingen an der Lenz zur Ermittlung der Kundenanforderungen und -zufriedenheit im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9000:2000 ff.
612	Screening und Therapie der Mangelernährung im Krankenhaus. Eine evaluierende Analyse der Pflegedokumentation
613	Sind Führungsgrundsätze ein Instrument zur Mitarbeiterführung? Zur Überprüfung der Fragestellung werden hierzu interne Befragungen an Mitarbeitern und Führungskräften durchgeführt
614	Sind unsere Heime attraktiv und werden sie den Anforderungen der Zukunft gerecht? Empirische Studie zur Optimierung der Lebensbedingungen im Altenheim
615	Spezielle tagesstrukturierende Aktivitäten für pflegebedürftige jüngere Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen
616	Spezifische Gesundheitsrisiken bei Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten
617	Standardisierte Befragung von Dialysepatienten zur Einschätzung pflegerischer Probleme
618	Stationäre (Alten-)Pflege – notwendiges Übel oder Auslaufmodell?
619	Statistische Auswertung über unterschiedliche Situationen, Einschätzungen und den Umgang zum Thema Sprachliste
620	Stellt der Internetauftritt stationärer Altenheime ausgesuchte Qualitätskriterien transparent dar?
621	Strategien und Unterstützungsmethoden für einen effektiven und effizienten Einsatz von Ehrenamtlichen in der stationären Altenpflege
622	Strategische Ausrichtung auf Grundlage der Balanced Scorecard am Beispiel der Paritätischen Sozialdienste gGmbH
623	Strukturqualität der Palliativ- und Hospizversorgung im Nordwesten Niedersachsens
624	Studie über die Akzeptanz von Blended Learning als alternative Fortbildungsmethode in der stationären Altenpflege
625	Studie über die Bedeutung eines effizienten Schnittstellenmanagements am Beispiel der Intensivstationen der Oberschwaben Klinik gGmbH
626	Studie über die Wirksamkeit der Basalen Stimulation in der Pflege am Beispiel der Atemstimulierenden Einreibung (ASE)
627	Studie zum Pflegeaufwand geriatrischer Patienten. Eine Dokumentenanalyse im DRG-Kontext unter Anwendung des Barthel-Indexes
628	Studie zur Analyse von psychischen Arbeitsbelastungen im Ulrichsheim (Caritas Wohnstätten Augsburg)
629	Studie zur Bedarfsermittlung von haushaltsnahen Dienstleistungen und zusätzlichen Unterstützungsangeboten als Grundlage einer Leistungserweiterung und Kundenbindung im ambulanten Pflegedienst
630	Studie: Mitarbeiterbefragung nach Einführung der elektronischen Datenerfassung im ambulanten Pflegedienst
631	Stürze alternder Menschen in Häuslichkeit und Heim – ein alltägliches Problem für professionell Pflegende?
632	Stürze in der stationären Altenpflege. Zusammenhang zwischen Stürzen und der Grunderkrankung Demenz
633	Stürze in einem Altenpflegeheim – eine empirische Studie

Nr.	Titel
634	Sturzerfassung in der neurologischen Frührehabilitation
635	Sturzmanagement. Überprüfung der Umsetzung des nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege in zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen
636	Sturzprävention im Pflegeheim
637	Sturzprotokolle als Grundlage von zielgerichteten Interventionen der Sturzprophylaxe in der stationären Altenpflege
638	Softwaregestützte Patientenlogistiksysteme im Krankenhaus. Ein empirischer Vergleich
639	Subjektiv erlebte Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Intensivpflege – ein Vergleich
640	Subjektive Theorien von Stationsleitungen zur Führungskompetenz im mittleren Pflegemanagement. Die qualitative empirische Untersuchung zur Einschätzung der Führungskompetenzen von Stationsleitungen im Krankenhaus unter Einsatz eines halbstandardisierten Interviews
641	Subjektives Belastungsempfinden pflegender Angehöriger bei Demenz
642	Subjektives Erleben der Pflegefachkraft am Patientenbett in Abhängigkeit von der Fachrichtung
643	Subjektives Sterbeerleben in stationären Einrichtungen
644	Über die Zusammenhänge und Auswirkungen des Kohärenzgefühls nach Antonovsky auf den Verlauf des Burnout-Syndroms nach Edelwich in der Altenpflege
645	Übernahme pflegerelevanter Nebendiagnosen in die Kodierung der Fälle nach dem neuen Abrechnungssystem im Krankenhaus. Eine empirische Studie
646	Überprüfung der Inhaltsvalidität eines neuen Assessmentinstrumentes: Risikoskala Dekubitus für querschnittgelähmte Patienten
647	Überprüfung der Korrelation vom SOC (Sense of Coherence) und dem WAI (Work Ability Index) anhand einer Mitarbeiterbefragung bei Pflegekräften
648	Überprüfung der Vorstellungen über Pflegeeinrichtungen bei Bewohnern vor und nach dem Umzug
649	Überprüfung des Standards zum Pflegeprozess der Privatklinik Meiringen in Bezug auf die Einhaltung der Zeitfenster zum Erstellen der Erstanamnese und der Pflegediagnose mit Pflegeplanung
650	Übersiedlung ins Altenpflegeheim. Eine Einzelfallstudie über den Prozess des Einlebens in ein Altenpflegeheim
651	Umfassende Sturzanalyse als Grundlage zur Verbesserung der Sturzprävention in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
652	Umfeldanalyse über ein im Januar eröffnetes Seniorenzentrum in Nordborchen
653	Umfrage über die Aufnahme von Aspekten des salutogenetischen Modells von Antonovsky in die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen
654	Umgang mit Wissen. Eine empirische Untersuchung am Beispiel des Pflegepersonals
655	Unterschiedliche Bedürfnisse in der (stationären) Altenversorgung bei 60- bis 70-jährigen Berlinern und Brandenburgern
656	Untersuchung der Einsatzmöglichkeiten einer rechnergestützten Fehler-, Möglichkeits- und Einfluss-Analyse in der stationären Altenhilfe
657	Untersuchung der erlebten Belastung von Pflegepersonen im Rahmen der Pflege von Patienten mit Adipositas in Deutschland
658	Untersuchung der Krankheitsausfallquote im Sana Seniorenzentrum Benrath vor und während des MH-Kinästhetik-Projektes
659	Untersuchung der Motivationslage polnischer Pflegefachkräfte, in deutschen stationären Altenpflegeeinrichtungen tätig zu sein

Nr.	Titel
660	Untersuchung der Patientenzufriedenheit in der stationären orthopädischen Rehabilitation
661	Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit dem Aufnahmegeschehen am Beispiel einer chirurgischen Station
662	Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit dem Prozess der ambulanten-prästationären OP-Vorbereitung im St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort
663	Untersuchung der praktischen Umsetzung von Sozialkompetenz bei Führungskräften – dargestellt am Beispiel einer Weiterbildung zur pflegerischen Leitung einer Station im Krankenhaus
664	Untersuchung der Stakeholder-Zufriedenheit am Beispiel des Alten- und Pflegeheims Santa Katharina/Tirol
665	Untersuchung der stationären Versorgungssituation von Menschen mit einer Demenzerkrankung im Landkreis Ludwigsburg
666	Untersuchung der Überleitung in der Pflege zwischen dem ambulanten und stationären Bereich bei Pflegediensten und Sozialstationen des Landkreises Saalfeld-Rudolstadt
667	Untersuchung der Umsetzung der Aussagen des Expertenstandards zum Ernährungsmanagement bei pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten Pflege
668	Untersuchung der Wirksamkeit von Pflegeplanungen im Rahmen des Pflegeprozesses in stationären Altenhilfeeinrichtungen aus der Sicht des Pflegepersonals
669	Untersuchung des internetbasierten Marketingverhaltens von sächsischen Krankenhäusern
670	Untersuchung des Marketingverhaltens in telefonischen Erstkontakten von ambulanten Pflegediensten in der Stadt Chemnitz
671	Untersuchung des Marketingverhaltens stationärer Pflegeeinrichtungen in der Stadt Halle/Saale
672	Untersuchung des Werbeverhaltens ambulanter Pflegedienste in der Stadt Chemnitz anhand der Informationsbroschüren und des Internetauftritts
673	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Durchführung von Pflegevisiten und der Transparenznote zur pflegerischen Leistung nach § 115 SGB XI in zugelassenen ambulanten Pflegediensten in Rheinland-Pfalz
674	Untersuchung einer Korrelation von Fortbildungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen und deren Pflegequalität entsprechend der Prüfungsberichte der Heimaufsichtsbehörde des Landkreises Rottal/Inn
675	Untersuchung einer Schnittstellenproblematik zwischen der zentralen Qualitätsmanagementabteilung und den dezentralen Qualitätsmanagement-Beauftragten im Klinikum Nürnberg
676	Untersuchung von 30 Pflegedokumentationen im Hinblick auf die Situationseinschätzung als Grundlage für den Pflegediagnoseprozess
677	Untersuchung zu Gesundheitsressourcen von Krankenschwestern mit langjähriger Berufstätigkeit
678	Untersuchung zur Gewaltsituation im Rettungsdienst
679	Untersuchung zu Wiederaufnahmegründen im Krankenhaus. Welche Rolle spielt eine poststationäre häusliche Unterversorgung?
680	Untersuchung zum Belastungserleben von Pflegekräften in der stationären Altenpflege
681	Untersuchung zur Anwendung nichtmedikamentöser Methoden zur Schmerztherapie durch die Berufsgruppe der Pflegenden
682	Untersuchung zur Anwendungsqualität beim Einsatz des Mini Nutritional Assessment in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
683	Untersuchung zur Arbeitsbelastung und zu Belastungsfaktoren auf Intensiv- und Wachstationen an den Helios-Kliniken Schwerin
684	Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit in der Intensivpflege unter besonderer Berücksichtigung der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch die Pflegenden
685	Untersuchung zur Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter/-innen der Psychiatrischen Abteilung im Klinikum Pirna

Nr.	Titel
686	Untersuchung zur Kunden- und Mitarbeiterorientierung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen
687	Untersuchung zur Situation des ehrenamtlichen Engagements am Pflegezentrum Bethanien
688	Untersuchung zur subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbelastungen und der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund der veränderten Altersstruktur
689	Ursachen für eine unzureichende Erfassung von pflegerelevanten Nebendiagnosen
690	Ursachen von Gewalt gegen alte pflegebedürftige Menschen im Krankenhaus und im häuslichen Lebensumfeld
691	Veränderung der Arbeitszufriedenheit durch Entwicklung der Unternehmenskultur. Eine empirische Studie auf Basis der Mitarbeiterbefragung
692	Veränderung der Teamstruktur und der gruppendynamischen Prozesse innerhalb des Pflegeteams nach mehrfacher struktureller Veränderung des Arbeitgebers – mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter
693	Veränderung des Expertenstandards Schmerz bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen durch Erweiterung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege
694	Veränderungen in der Betäubungsmittelverordnung in der Schmerztherapie. Quantitative Vergleichsstudie zwischen 2000 und 2008
695	Vergleich EDV-basierter Pflegedokumentation mit herkömmlicher Pflegedokumentation anhand des Informationsgehaltes von Pflegeberichten am Beispiel der Krankenbeobachtung
696	Vergleich handschriftlicher Pflegedokumentation mit Pflegedokumentation auf Basis elektronischer Datenverarbeitung
697	Vergleichende Untersuchung zur Zufriedenheit von Patienten türkischer und deutscher Herkunft mit der Versorgungssituation auf einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses des Rhein-Sieg-Kreises
698	Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsbedarf Pflegebedürftiger außerhalb der Leistungskomplexe der Pflegeversicherung – empirische Studie in einem privaten ambulanten Pflegedienst
699	Versorgungsmanagement bei onkologischen Patienten. Eine Analyse der aktuellen poststationären Versorgungssituation
700	Versorgungsverlauf und Bedarfe der Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf
701	Vorbereitung, Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung zum Thema Aufnahmemanagement
702	Vorsorgebereitschaft eines Kundenbestandes einer Versicherungsagentur zur Finanzierung von stationärer Altenpflege
703	Vorstudie: Erfassung der Ausbildungssituation. Fragebogen zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe, Befragung der Auszubildenden eines Pflegeberufes nach ihren Motiven für die Berufswahl und Erfahrung während der Ausbildung in Kooperation mit der Evangelischen Altenpflegeschule Rauhes Haus
704	Wahrnehmung des Diabetes mellitus Typ 2 Patienten zur Schulungssituation während des stationären Aufenthaltes in der Sana Klinik Lübeck
705	Wartezeiten als Faktor für Patientenzufriedenheit. Eine empirische Untersuchung von Wartezeiten in der Notaufnahme des St. Franziskus-Hospitals Münster
706	Warum wird von vielen Patienten der hausinterne Patientenfragebogen zur Erfassung der Kundenzufriedenheit als Möglichkeit zur Meinungsäußerung im Krankenhaus nicht genutzt?
707	Was verstehen Pflegekräfte unter guter pflegerischer Versorgung bei Patienten auf einer Palliativstation. Eine qualitative Studie in diesem speziellen Bereich
708	Weaning – eine Aufgabe des Pflegepersonals?
709	Weiterbildung in der spitalexternen Gesunden- und Krankenpflege (Spitex). Eine Befragung über die Einstellung der Mitarbeiter/-innen zur Weiterbildung in einer Spitexorganisation
710	Welche Anforderungen stellen derzeit Gesundheits- und Krankenpflegeeinrichtungen an die berufliche Handlungskompetenz einer leitenden Pflegekraft?

Nr.	Titel
711	Welche Arbeitsbelastungen treten in der ambulanten Pflege unter bestehenden Bedingungen am häufigsten auf? Empirische Untersuchung eines Heimbeatmungs-Pflegedienstes
712	Welche Faktoren haben welchen durchschnittlichen Zeitbedarf als Antwort auf die Personalbedarfe in der Ersten Hilfe?
713	Welche Patientinnen brauchen Breast Care Nurses? Die subjektive Befindlichkeit von Brustkrebspatientinnen – eine Selbsteinschätzung betroffener Frauen
714	Welche Persönlichkeiten prägen das Bild von Pflege? Planung, Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung im Psychiatrischen Pflegeheim Pinecki anhand der Persönlichkeitstypen nach Riemann
715	Welche Rolle spielt das diakonische Profil von Diakoniestationen für deren Stakeholder?
716	Welchen Stellenwert nimmt die Pflege in der Internetpräsentation von Kliniken in Deutschland ein, und wie transparent stellt sie sich dar?
717	Wenn die Kassen Pflegedokumentationen anfordern. Eine Untersuchung des datenschutzrechtlichen Verhaltens von Krankenkassen und Pflegediensten einer süddeutschen Großstadt.
718	Werbung ambulanter Pflegedienste – zeitgemäß und zukunftsorientiert? Eine vergleichende Inhaltsanalyse von Werbebroschüren
719	Werden in Stellenbeschreibungen für Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen die Qualitätsanforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen berücksichtigt?
720	Wie aussagekräftig ist die Einschätzung des Dekubitusrisikos gemessen mit der Norton-Skala? Eine Untersuchung zur Anwendung der Norton-Skala in der Pflegepraxis eines Krankenhauses
721	Wie beurteilen die pflegerischen Mitarbeiter auf der Intensivstation im Krankenhaus Leer das neue Ausbildungskonzept für Auszubildende zum Gesundheits- und Krankenpfleger? Gibt es Veränderungen im Vorgehen bei der Praxisanleitung und werden weitere Verbesserungspotentiale gesehen?
722	Wie erleben Pflegende im Operationssaal ihre Arbeitssituation in Bezug auf Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit?
723	Wie hoch ist das Interesse des Patienten am integrierten Versorgungsmodell? Statistische Erhebung auf Grundlage des Konzeptes über die integrierte Versorgung von Patienten mit Einbau einer Hüftgelenk-Totalendoprothese bei Coxarthrose (Hüft-TEP)
724	Wie lässt sich die Lebensqualität älterer Menschen innerhalb eines Stadtviertels verbessern? Erfassung der Bedürfnisse zur Optimierung der Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen
725	Wiederaufbereitung von Einwegprodukten im Krankenhaus. Eine empirische Studie zu Einstellungen im Krankenhaus beschäftigter Berufsgruppen
726	Wirkt sich die Anwesenheit eines Betreuungsassistenten nach § 87b SGB XI positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit im Heimalltag aus? Ein Beispiel eines Pflegebereiches mit 20 demenzerkrankten Heimbewohnern im Schmallenbach-Haus in Fröndenberg
727	Wissen und Einstellung zu Palliative Care bei Altenpflegeschülern
728	Wissenschaftliche Begleitung des Fernlehrgangs Pain Nurse – Schmerzmanagement in der Pflege bei der Implementierung eines interdisziplinären Schmerzmanagements in der stationären Krankenversorgung
729	Wissenserwerb durch das Lesen von Fachzeitschriften. Eine quantitative Untersuchung zum Leseverhalten von Pflegenden
730	Wissenskommunikation als Angebot des Gesundheits- und Pflegeberatungszentrums
731	Wissensmanagement im Pflegebereich. Zum Nutzungsverhalten von Informationsmedien in der Kurzzeitpflege des Verbundklinikums des Landkreises Ansbach

Nr.	Titel
732	Wissensstand und Selbstpflegeverhalten von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Kontext zur Sekundärprävention. Eine empirische Untersuchung zu den Aspekten Bewegung, Ernährung und Blutdruck
733	Work-Life-Balance: Sind Berufstätigkeit und private Lebensbedürfnisse von intensivmedizinischen Pflegefachkräften in einer Leasingtätigkeit vereinbar?
734	Wunddokumentation chronischer Wunden und deren zeitliche Berücksichtigung in der PPR im Qualitätsvergleich zwischen tangierten und untangierten Pflegebereichen
735	Wundmanagement. Evaluation eines Wundstandards im Krankenhaus
736	Zeitaufwand für die Erhebung des MNA (Mini-Nutritional-Assessment) in einer akutgeriatrischen Klinik in Korrelation zum Schweregrad der Demenz
737	Zeitgemäße Anforderungen an die ganzheitliche Betreuung unter besonderer Beachtung der Sensibilität
738	Zentrale Elemente aktueller Krankenhausleitbilder in Einrichtungen des Gesundheitswesens nach SGB V
739	Zielvereinbarungsgespräche als Instrument zu Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit. Eine empirische Studie innerhalb der Internistischen Privatstation eines Krankenhauses
740	Zufriedenheit von Pflegenden und Ärzten in Deutschlands Krankenhäusern
741	Zufriedenheit? Eine Untersuchung von Grundbedürfnissen hochaltriger Menschen in Einrichtungen
742	Zufriedenheitsbefragung von Schulpraktikanten in der Pflege am Universitätsklinikum Aachen
743	Zunehmendes Patientenalter in der Klinik für Knochenmarktransplantation am Universitätsklinikum Essen als Ursache für die wachsenden Anforderungen an das Pflegepersonal. Statistische Tatsachen und subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter
744	Zur Situation von Hausärzten im Umgang mit der Verordnung häuslicher Krankenpflege und die Problemfelder
745	Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegefachkräften in einem außerklinischen Intensivpflegedienst – eine empirische Studie
746	Zusammenhang zwischen Führung und subjektiver Arbeitsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung des fortschreitenden Alters der Anästhesiepflegenden. Eine explorative Datenanalyse (Altersstrukturerhebung und Mitarbeiterbefragung) mittels grafischer Methoden
747	Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Krankheitsquoten im Bereich der Pflegeherapie am Beispiel der Neurologischen Klinik Bad Aibling
748	Die Konstruktion eines Fragebogens und Pretest zur Untersuchung der Mitarbeiterzufriedenheit im Dialysezentrum Hagen als Basis eines Organisationsentwicklungsprozesses

B.1.3 Diplomarbeit

Nr.	Titel
1	Und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt! Gewalt in der Altenpflege. Ist Pflege ohne Zwang nur eine Wunschvorstellung?
2	Bei uns geht es dir besser. Entwurf eines Führungsleitbildes für das Gründungsprojekt Sozialstation Teltow-Kleinmachnow-Stahnsdorf auf dem Hintergrund der Führungsgrundsätze nach Sprenger
3	Die Marke KliLu. Strategisches Markenmanagement als Erfolgsfaktor für eine zukunftssichernde Positionierung im Gesundheitswesen
4	Ein Profil für die Pflege. Aspekte der Berufsbildentwicklung für Pflegeberufe
5	Hospital Branding. Eine Klinik zur Marke machen. Eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
6	(Neu-)Organisation der Pflege im Krankenhaus. Eine Darstellung, Analyse und Diskussion von Pflegesystemen, die die Versorgung der Patienten in der stationären Versorgung im Krankenhaus trotz der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen in Zukunft sichern sollen
7	Abbildung der Pflege im DRG-System
8	Abbildung des Ist-Zustandes der aktuellen Personalentwicklungssituation in der stationären Altenhilfe
9	Abbildung von Pflegeleistungen durch Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) im DRG-System
10	Abitur für die Pflege: Nutzeffekt oder Hemmnis. Eine mehrdimensionale Betrachtung
11	Achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Palliativversorgung. Eine Darstellung der Anwendungsmöglichkeiten als Aufgabenfeld für die Palliativpflege
12	Advanced Nursing Practice. Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch Erweiterung des Tätigkeitsfeldes? Eine Literaturrecherche
13	Aggression und Gewalt in der Altenpflege – Humanitäre Grundsätze auf Abwegen?
14	Aggression und Gewalt in psychiatrischen Kliniken und die Auswirkungen auf die Mitarbeiter zur Ableitung von Deeskalationsmaßnahmen
15	Akademisierung der Primärausbildung der Pflege. Eine Analyse des bisher zurückgelegten Weges
16	Akademisierung und Professionalisierung des Krankenpflegeberufes. Ein Vergleich Deutschland-USA
17	Aktiver Sport für junge Demenzkranke in der Gruppe. Implementierung einer niedrigschwelligen Sportgruppe für Menschen mit Demenz unter 65 Jahren
18	Allgemeine Handlungsgrundlagen für die Kooperation und Zusammenarbeit auf dem Pflege- und Gesundheitsmarkt und Erstellung eines Pflegeüberleitungskonzeptes für stationäre und ambulante Einrichtungen auf der Insel Föhr
19	Alte Menschen gesundheitsfördernd pflegen – aber wie? Kinästhetik: ein gesundheitsförderndes Modell, um dem Prozess des Bettlägerigwerdens entgegenzuwirken
20	Ältere Mitarbeiter im Organisationsbereich Pflege. Eine Konzeptentwicklung für den Erhalt und die Förderung der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der älteren Pflegefachkräfte am Knappschafts-Krankenhaus Püttlingen
21	Alternde Belegschaften in der stationären Krankenpflege. Die Entwicklung betrieblicher Handlungsstrategien zur altersgerechten Arbeitsgestaltung – eine Herausforderung für die Unternehmen
22	Altersassistenten am Modell der Sozialen Landwirtschaft

Nr.	Titel
23	Altersdemenz – Verzicht auf Lebensqualität? Betreuungskonzepte im Umgang mit demenzerkrankten alten Menschen
24	Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte. Qualitätsanalyse und Zukunftsperspektiven dieser alternativen Wohnform in Köln
25	Ambulante Heilerziehungspflege. Ein Weg in die berufliche Selbstständigkeit. Eine exemplarische Existenzgründung für den Fachbereich Heilerziehungspflege in Deutschland
26	Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit am Beispiel des Senioren-Wohnparks Stadtpalais Leipzig. Erarbeitung des Maßnahmenplans zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit
27	Analyse der Unternehmensumwelt stationärer Altenpflege in den 16 Bundesländern zur Identifikation des Landes mit den günstigsten Marktbedingungen für Einrichtungsbetreiber
28	Analyse des Ernährungsmanagements in einer stationären Pflegeeinrichtung
29	Analyse des internetbasierten Marketing der Krankenhäuser im Bundesland Hessen – unter Berücksichtigung der E-Mail-Kommunikation und des telefonischen Erstkontakts
30	Analyse des Kunden-Erstkontaktes und des Beratungsgespräches in stationären Pflegeeinrichtungen in der Stadt Leipzig
31	Analyse des Pflegeaufwands der Palliativstation am Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt und Handlungsempfehlungen für das Pflegemanagement
32	Analyse des Prozesses der Implementierung des Darmzentrums am städtischen Krankenhaus Pirmasens zur Optimierung künftiger Verfahren bei der Erweiterung des Leistungsspektrums zur integrierten Versorgung
33	Analyse psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Einsatz eines Screening-Instrumentes zur betrieblichen Arbeitsgestaltung und Reorganisation von Arbeitsprozessen
34	Analyse transkultureller Pflege in Deutschland am Beispiel ambulanter Pflegeinterventionen bei Muslimen türkischer Abstammung
35	Analyse und empirische Untersuchung der Kommunikation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten beim Entlassungsmanagement
36	Analyse und Optimierung der Entlassungsplanung von demenzbetroffenen Patienten im Krankenhaus
37	Analyse und Weiterentwicklung der Unternehmenskommunikation und des Marketingmixes für den Schweizer Dachverband Palliative.ch
38	Analyse von Managed Care in Deutschland, Großbritannien, Spanien, Niederlande sowie der Schweiz
39	Analyse von Sturzereignissen und deren ökonomische Beurteilung in einem Krankenhaus der kardiologischen und herzchirurgischen Maximalversorgung
40	Analyse vorhandener Pflegevisitenprotokolle des Seniorenzentrums Schloßblick
41	Analyse zur Charakteristik verschiedener Schmerzerfassungsinstrumente bei demenziell Erkrankten mit kommunikativen Einschränkungen
42	Analyse zur Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in drei stationären Pflegeeinrichtungen
43	Anforderungen an die leitende Pflegekraft eines nephrologischen Zentrums
44	Anforderungen an die Praxisvermittlung im Rahmen primär qualifizierender Studiengänge in der Physiotherapie. Ziele, Strukturen und Inhalte
45	Anforderungen an Führungskräfte zur Gestaltung des marktbedingten Wandels in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens – eine Analyse unter Anwendung des Führungsstils Transformational Leadership
46	Angehörigenanleitung. Eine Modellentwicklung
47	Angliederung eines ambulanten Pflegedienstes an ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung als Diversifikation der Geschäftsfelder am Beispiel des Heidekreis-Klinikums Walsrode GmbH

Nr.	Titel
48	Anreize und Anreizsysteme für Mitarbeiter in der stationären Altenpflege. Entwicklung und Anwendung als Aufgabe des Pflegemanagements
49	Ansprüche an ein humanes Sterben von Beatmungspatienten mit progredientem Krankheitsverlauf. Ein vorausschauendes Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung im Rahmen eines visionären stationären Hospizes in Deutschland
50	Erfassung und Analyse der Sturzereignisse im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
51	Arbeitsfeld Altenpflege. Chance oder Gefahr für den eigenen Alterungsprozess. Eine empirische Untersuchung
52	Arbeitszufriedenheit und Motivation als Ansatzpunkt zur Burnoutprävention in stationären Gesundheitseinrichtungen. Kann ein zukünftig drohender Berufsausstieg des Pflegepersonals verhindert werden, wenn die mangelnden Rahmenbedingungen geändert sind?
53	Arbeitszufriedenheit von Gesundheits- und Krankenpflegern. Empfehlungen für Führungskräfte zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
54	Aspekte des Alters und Alterns sowie Perspektiven der Altenversorgung für die Zukunft
55	Assessment Center als Instrument der Potenzialbeurteilung. Wie lassen sich Führungskräfte im Pflegedienst eines Krankenhauses auswählen?
56	Assessmentinstrumente des Case Management im Krankenhaus am Beispiel des BRASS-Indexes
57	Auch Taten zählen! Was tun Pflegenden in der Krankenhausbehandlung Abhängigkeitskranker?
58	Aufbau und Führung eines Regionalen Kompetenzzentrums für Prävention als selbstständige Abteilung eines Kreiskrankenhauses als neuer Aufgabenbereich für das Pflegemanagement. Organisation und Gestaltung von Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter
59	Aufbau von Kooperationsstrukturen zur Sicherung der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität in der Kinderkrankenpflege. Verdeutlichung der Praxisrelevanz am Beispiel des Pflegebedarfs Ernährung und der Zusammenarbeit mit einem Home Care Unternehmen
60	Auseinandersetzung mit der OPS-Anforderung aktivierende-therapeutische Pflege anhand des Krankheitsbildes Schlaganfall
61	Ausgewählte Aspekte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Dargestellt am Beispiel Operationsbetrieb
62	Ausgewählte personenzentrierte Konzepte und der Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften zur Betreuung demenziell veränderter Menschen in der vollstationären Altenhilfe
63	Austausch impliziten Wissens. Perspektiven für das Wissensmanagement ambulanter Pflegedienste
64	Auswirkung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf die Krankenpflegeberufe am Beispiel der Operationsbereiche in Spitälern der Schweiz – eine Gestaltungsaufgabe für das Pflegemanagement
65	Auswirkungen des H. M. B.-Verfahrens nach Metzler auf die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnpflegeheim
66	Auswirkungen des nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege auf die tägliche Praxis des Entlassungsmanagements in den Allgemeinkrankenhäusern Baden Württembergs
67	Auswirkungen des Pflegenotstands auf die Mitarbeiterzufriedenheit und Fluktuation und die Bedeutung des Personalmarketings am Beispiel einer Mitarbeiterbefragung am Knappschaftsklinikum Saar GmbH/Sulzbach
68	Auswirkungen elektronischer Personaleinsatzplanung auf gesetzliche Qualitätsanforderungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen
69	Balanced Scorecard im Krankenhaus. Grenzen und Chancen
70	Balanced Scorecard als strategisches Steuerungs- und Führungsinstrument in einem ambulanten Pflegedienst

Nr.	Titel
71	Beatmungspflege als fachgerechte Dienstleistung in der ambulanten Pflege – eine qualitative Klientenbefragung
72	Bedeutung der Corporate Identity. Wie stationäre Pflegeeinrichtungen die Unternehmensidentität ihrer Mitarbeiter stärken können
73	Bedeutung der Personalentwicklung älterer Mitarbeiter im Krankenpflegeberuf. Dargestellt als eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
74	Bedeutung der Unternehmenskultur für den Erfolg eines Unternehmens. Entwicklung einer Gestaltungsstrategie für die nachhaltige Entwicklung der Unternehmenskultur
75	Bedeutung und Methodik der Sturzprophylaxe bei der Pflege älterer Menschen
76	Bedürfnisse pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege. Qualitative Studie zur Entwicklung neuer Unterstützungsangebote vor dem Hintergrund des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes
77	Beratung als Kernaufgabe professioneller ambulanter Pflege
78	Beratungsbedarf zur Sturzprophylaxe älterer Menschen im betreuten Wohnen
79	Beschwerdemanagement. Ein Instrument zur Patientenorientierung
80	Beschwerdemanagement in der Altenhilfe. Ein Instrument zur Sicherung und Entwicklung der Dienstleistungsqualität am Beispiel einer stationären Altenpflegeeinrichtung in Schleswig-Holstein
81	Betreutes Wohnen auf Kreta. Analyse einer Geschäftsidee
82	Betreutes Wohnen für Senioren. Ein Konzept für den ländlichen Raum des Kreises Steinfurt
83	Betreuungskonzept für demenzerkrankte Pflegeheimbewohner
84	Betriebliche Gesundheitsförderung – eine Aufgabe für das Pflegemanagement? Ein Ansatz zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege auf Grundlage einer Befragung auf Leitungsebene in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin
85	Betriebliche Gesundheitsförderung durch salutogene Unternehmensstrukturen
86	Betriebliche Gesundheitsförderung in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Eine Unternehmensstrategie zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter
87	Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. Eine zentrale Aufgabe für das Pflegemanagement?
88	Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Eine Option zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels in der beruflichen Pflege?
89	Betriebliches Eingliederungsmanagement. Eine Bestandsaufnahme zur Bedeutung und Implementierung des BEM in der BRD und im Pflegebereich
90	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Potenziale und Möglichkeiten
91	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Über die Notwendigkeit und mögliche Formen der Implementierung in Zeiten zunehmender Ökonomisierung
92	Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenhilfe. Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern durch grundlegende Veränderungen im Führungsmanagement
93	Beurteilung der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege aus verschiedenen Perspektiven
94	Bildungsmanagement als zentrale Herausforderung des Pflegemanagements. Grundlagen, Konzepte und Perspektiven für betriebliches Lernen im Rahmen des Wissensmanagements
95	Burnout in der stationären Altenpflege. Ansätze eines wirksamen betrieblichen Gesundheitsmanagements
96	Burnout und Analyse der psychischen Belastungen im Pflegedienst. Eine psychische Belastungsanalyse bei Pflegenden im Funktionsdienst

Nr.	Titel
97	Case Management. Anforderungen und Aufgaben für die Pflege
98	Case Management als Antwort auf die drängenden Herausforderungen im Gesundheitswesen am Beispiel der stationären Krankenhausversorgung
99	Case Management als Aufgabe der Pflege am Beispiel der stationären Krankenversorgung
100	Case Management und Primary Nursing. Vergleich von zwei Konzepten zur Prozessoptimierung im Krankenhaus
101	Chancen und Risiken bei der Einführung eines niederschweligen Betreuungsangebotes im Nordenhamer Pflegedienst nach § 45b SGB XI zur Unterstützung von demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen
102	Chancen und Risiken einer elektronisch geführten Pflegedokumentation in einem ambulanten Pflegedienst
103	Chancen, Risiken und Nutzen für die Demenzbetreuung im Hinblick auf die Pflegeversicherungsreformen. Demenz, die Krankheit der Zukunft
104	Change Management. Die Umsetzung demenzsensibler Versorgungskonzepte in den Akutkrankenhäusern im Spannungsfeld zwischen Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit unter den Bedingungen einer Expertenorganisation
105	Change Management. Konzept zum Abbau der Mitarbeiterwiderstände in der Pflege
106	Change Management als Handlungsstrategie für den Umgang mit Veränderungsprozessen. Dargestellt am Beispiel der Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg
107	Change Management durch Führungskräfteentwicklung im Pflegeberuf – Umgestaltung einer Unternehmenskultur in Richtung sich stetig optimierender Prozess- und Kommunikationsstrukturen
108	Change Management im Krankenhaus. Die Operationsabteilung der Zukunft. Entwicklung einer Zukunftsvision für ein Krankenhaus mittlerer Größe der Grund- und Regelversorgung
109	Charakterisierung einer stationären Pflegeeinrichtung der Altenhilfe in einer Gemeinde mit weniger als 4000 Einwohnern – ausgewählte Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit
110	Christliche Werte versus Ökonomie. Eine Herausforderung für das Pflegemanagement
111	Coaching. Ein Führungsstil für ambulante Pflegedienste
112	Controlling im psychiatrischen Krankenhaus unter Einbezug des Beitrags der Pflege
113	Controlling. Führungs- und Managementinstrument für das Pflegemanagement im Krankenhaus: Planung, Kontrolle, Steuerung
114	Critical Care Nursing und Pain Nursing – Pflege im Wandel. Gestaltungsaufgaben für das Pflegemanagement in der Intensivpflege
115	Darstellung der Entwicklung der Krankenpflege an ausgewählten Aspekten der USA und Großbritannien. Eine vergleichende Analyse mit Deutschland und Impulse für die Zukunft
116	Darstellung pflegerischer Professionalität in Fallbesprechungen
117	Darstellung von pflegerischen Leistungen. Gestaltungsmöglichkeiten des Pflegemanagements in der Öffentlichkeitsarbeit von Krankenhäusern
118	Das 360°-Feedback als Instrument der Personalentwicklung im Pflegemanagement eines Krankenhauses
119	Das Balanced Scorecard-Managementkonzept als Steuerungsinstrument in der stationären Altenpflege unter Berücksichtigung des Pflegecontrollings
120	Das berufliche Selbstverständnis von Führungskräften in der Krankenpflege

Nr.	Titel
121	Das betriebliche Eingliederungsmanagement. Konzeptentwicklung für Betriebe durch eine Berufsgenossenschaft
122	Das DRG-Entgeltsystem und die Einbeziehung des Bereichs Pflege am Beispiel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung
123	Das Erscheinungsbild stationärer Altenpflegeeinrichtungen in der Gesellschaft, seine Auswirkungen auf die Situation der Pflegebedürftigen. Imageverbesserung als Pflegemanagementaufgabe
124	Das Führungsgespräch nach den Kriterien des Modells für Excellence der European Foundation for Quality Management als Möglichkeit der Umsetzung des Total Quality-Managements im Pflegemanagement
125	Das Gesundheitskonzept der Salutogenese. Chancen für die Psychiatrie
126	Das Krankenhaus der Zukunft. Darstellung von Merkmalen und Herausforderungen anhand eines fiktiven Modells
127	Das Managementinstrument Pflegevisite und die Integration in das EFQM-Modell im stationären Krankenhaus-Setting. Konzeptentwicklung zum Theorie-Praxis-Transfer
128	Das Modell Haus der Arbeitsfähigkeit. Handlungsoptionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden in der stationären Krankenversorgung
129	Das Pflegeleitbild als Führungsinstrument im Pflegemanagement
130	Das Pflegemanagement zwischen normativen Ansprüchen und wirtschaftlichen Zwängen. Wege zum konstruktiven Umgang mit den aktuellen Anforderungen für die Führungskräfte in stationären Altenpflegeeinrichtungen
131	Das Potenzial ambulanter Pflegeinstitutionen in der Schweiz im Zuge der Demografie
132	Das Rollenverständnis der angehenden Hygienefachkraft im Kontext organisatorischer Strukturen der Krankenhaushygiene in Nordrhein-Westfalen
133	Das Rückkehrgespräch – ein Instrument der Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für den Pflegebereich
134	Das strukturierte Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument in der Pflege
135	Dekubitus (chronisches Druckgeschwür) – ein Indikator für Pflegequalität
136	Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Chancen und Risiken
137	Dem Pflegefachpersonalmangel begegnen. Systematische Mitarbeiterbindung im Krankenhaus durch Einsatz der Balanced Scorecard
138	Demenz. Eine strategische Herausforderung für die Gesellschaft und die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme
139	Demenzkranken in Akutkrankenhäusern. Eine Herausforderung für Pflegenden und das System Krankenhaus
140	Demografie in der Pflege. Fachkräftemangel in deutschen Krankenhäusern
141	Demografischer Wandel. Maßnahmen einer alterssensiblen Personalentwicklung in der stationären Altenpflege
142	Demografischer Wandel und gleichzeitiger Pflegepersonalmangel. Eine Herausforderung für das Pflegemanagement in der stationären Altenhilfe
143	Der Behandlungsprozess von Patienten mit Hüft- und Kniegelenkendoprothesen im Rahmen der integrierten Versorgung am Beispiel der Paracelsus Kurfürstenklinik Bremen
144	Der Blick über den Tellerrand. Möglichkeiten des Gewinns belastbarer Informationen für die Krankenhaus-Umfeldanalyse am Beispiel der Städtereion Aachen
145	Der demografische Wandel. Die Herausforderung an eine alternde Gesellschaft
146	Der demografische Wandel und die Pflege. Auswirkungen und Handlungsfelder für die Pflegekräfte, die Einrichtungen im Gesundheitswesen und deren Personalpolitik

Nr.	Titel
147	Der demografische Wandel und seine Folgen für das Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern. Neue Berufsfelder als Handlungsoption. Das Demografie-Projekt der Medizinischen Hochschule Hannover
148	Der demografische Wandel. Herausforderung, Chancen und Gestaltungsempfehlung in der Personalentwicklung
149	Der demografische Wandel in Deutschland. Ist ein Ausbau umfassender ambulanter Leistungen, Wohngruppen und alternativer Wohnkonzepte mit Reduzierung der Heimquoten nach skandinavischem Vorbild auf deutsche Verhältnisse übertragbar?
150	Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die ambulante Pflege aus Patientensicht. Die Demenzerkrankung – eine Herausforderung der Zukunft
151	Der Einsatz der Methode Leistungserfassung Pflege (LEP) als Steuerungs- und Controllinginstrument für das Pflegemanagement
152	Der Einsatz von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien in Gesundheitsorganisationen
153	Der Einsatz von Supervisionen in der stationären Pflege. Exemplarische Überlegungen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit vor dem Hintergrund von Rationalisierungszwängen und Organisationsentwicklungschancen
154	Der Erwerb transkultureller Kompetenz. Auswertung des Projektes Qualifizierung von Migranten und Migrantinnen für die Gesundheitswirtschaft
155	Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung unter besonderer Berücksichtigung ethischer Probleme
156	Der Implementationsprozess von Handlungsstandards als zentraler Faktor der Qualitätssicherung in der Pflege am Beispiel der Dekubitusprophylaxe
157	Der Mensch am Ende seines Lebens. Die Pathologisierung des Sterbens durch Palliative Care
158	Der Mensch im Mittelpunkt. Durch organisatorischen Wandel zum gesundheitsfördernden Krankenhaus
159	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Bedeutung und Auswirkungen für Menschen mit Demenz und professionell Pflegenden
160	Der Nutzen und die Bedeutung des Akutschmerzdienstes für die stationäre Krankenversorgung
161	Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Herausforderungen und Lösungsansätze für die Pflegepraxis und das Pflegemanagement am Beispiel des Universitätsklinikums Bonn
162	Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E). Praktische Umsetzung und Auswertung mit Hilfe einer LEP-basierten elektronischen Pflegedokumentation in einem Akutkrankenhaus. Lassen sich die Stellen aus dem Pflege-Förderprogramm langfristig sichern?
163	Der Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern. Ursachen, Auswirkungen und Verbesserungsmöglichkeiten
164	Der Pflegeprozess als Instrument der Qualitätssicherung – eine Herausforderung für das Qualitätsmanagement
165	Der PKMS in der Praxis: Implementierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score auf einer neurologischen Station
166	Der stationäre Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus unter Berücksichtigung des Diversity-Managementansatzes
167	Der Wandel des Altenbildes und sein gesellschaftlicher Stellenwert
168	Der Wandel in der Altenpflegeausbildung in Deutschland und dessen Bedeutung für das Arbeitsfeld Betreutes Wohnen. Eine Feldstudie
169	Diagnosis Related Groups und Pflege. Auswirkungen der DRG auf Pflege und Pflegemanagement in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten
170	Die ambulant betreute Wohngemeinschaft im ländlichen Raum. Eine umsetzbare Alternative zum Heim?
171	Die neue Kultur des Helfens (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Status Quo und Handlungsbedarf zur Stärkung der häuslichen Pflege unter den Bedingungen des Pflegeversicherungsgesetzes

Nr.	Titel
172	Die Anwerbung und Anstellung ausländischer Pflegefachkräfte in deutschen Pflegeeinrichtungen – eine kritische Betrachtung
173	Die Attraktivität des Arbeitsplatzes in der Altenpflege. Das Werben der Führungskräfte um das eigene Personal
174	Die Attraktivität des Pflegeberufes in Deutschland und der Einfluss der Führungskräfte
175	Die Auswirkung gruppenspezifischer Prozesse bei der Zusammenlegung zweier Stationen
176	Die Auswirkungen der Einführung des DRG-Systems auf das Pflegepersonal in den deutschen Krankenhäusern am Beispiel der Krankenhäuser der evangelischen Stiftung Augusta
177	Die Balanced Scorecard. Ein Steuerungs- und Führungsinstrument für das Pflegemanagement?
178	Die Bedeutung akut stationärer Krankenhausaufenthalte für abhängigkeitskranke Menschen im Hinblick auf ihr Krankheitsmanagement
179	Die Bedeutung der gewaltfreien Kommunikation in der Pflege von demenzerkrankten Bewohnern
180	Die Bedeutung der Breast Care Nurse für die Qualität der stationären Versorgung von Mammakarzinom-Patientinnen
181	Die Bedeutung der Einarbeitung/Schulung in der außerklinischen Intensivpflege und deren Auswirkung auf die Motivation am Beispiel eines Remeo-Centers
182	Die Bedeutung der leistungsorientierten Vergütung im Krankenhaus für die menschliche Arbeitsmotivation
183	Die Bedeutung der Personalentwicklung als zentraler Wettbewerbsvorteil im Gesundheitswesen – eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
184	Die Bedeutung der Pflegevisite als Instrument der internen Qualitätssicherung bezüglich der Pflegedokumentation und der Pflegeprozessplanung im Caritas Alten- und Pflegeheim St. Nikolaus in Parchim
185	Die Bedeutung der Salutogenese in der Pflegeberatung im Rahmen der Pflegeversicherungsleistungen
186	Die Bedeutung des DRG-Systems und des demografischen Wandels für die professionelle Pflege. Problemlösung mittels pflegepolitischer Maßnahmen und des Konzeptes der lernenden Organisation
187	Die Bedeutung des Pflegephänomens Sturz für das klinische Risikomanagement
188	Die Bedeutung von klinischen Behandlungspfaden unter dem Aspekt notwendiger Allokationsmaßnahmen am Beispiel des in der Klinik am Eichert in Göppingen implementierten klinischen Behandlungspfades für die Knie-Endoprothetik
189	Die Bedeutung von Stürzen in Altenheimen und deren Präventionsmaßnahmen mit besonderer Betrachtung des Kraft- und Balancetrainings
190	Die Bedürfnisse schwerkranker Kinder und ihrer Familien
191	Die berufsspezifischen psychischen Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitern der ambulanten Pflege und deren Folgen
192	Die Bürgerstiftung als Organisationsmodell im Gesundheitswesen. Politische, gesellschaftliche, finanzielle und steuerliche Aspekte
193	Die demographische Entwicklung in Bezug zur Diagnosestellung Demenz in Rheinland-Pfalz. Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft
194	Die Dissonanz in der Arzt-Patienten-Interaktion. Ansätze zur Reduktion. Entwicklung und Evaluation eines Leitfadens für die Praxis
195	Die Einführung der Pflegeform der Primärpflegetherverantwortlichkeit (PPV) in der Herzgefäßchirurgie der Universitätsklinik Freiburg. Der mögliche Anfang eines Case Managements?
196	Die Einführung des deutschen Fallpauschalensystems – eine große Herausforderung für das Pflegemanagement

Nr.	Titel
197	Die Entwicklung eines bedarfsorientierten Dienstleistungsangebotes im ambulanten Pflegedienst und seine Bedeutung für die Kundenbindung, Marketinggestaltung und das Personalmanagement
198	Die Entwicklung eines Instrumentes zur Ermittlung des Team Sense of Coherence
199	Die Entwicklung eines modularen Ausbildungssystems für die Intensivpflegeausbildung als zukunftssichernde Maßnahme
200	Die Entwicklung eines Personalmarketing-Konzepts zur qualifikationsorientierten Aufgabenumverteilung innerhalb der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal und weiteren Berufsgruppen
201	Die Entwicklung potentieller Führungskräfte auf der Ebene der Stationsleitung. Dargestellt am Beispiel der medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
202	Die Entwicklung und Erhaltung von Wissen in der Pflege durch Wissensmanagement
203	Die Entwicklung von Fortbildungsmodulen für Pflegepersonen, Angehörige und Führungskräfte im Bereich vollstationärer Betreuung von Menschen mit Demenz unter Grundlegung der Theorien von Erikson, Böhm und Kitwood
204	Die Erfassung demenzieller Verläufe und Symptome in der Pflegedokumentation nach dem Pflegekonzept von Krohwinkel
205	Die Etablierung der Pfadkostenrechnung als Instrument zur Verbesserung der Organisation und Steuerung klinischer Prozesse
206	Die Evaluierung des Pflegekonzeptes der DRK-Pflegedienste im DRK Kreisverband Hameln-Pyrmont und Entwicklung eines Entwurfes für die DRK-Pflegedienste Hameln-Pyrmont
207	Die Fallkostenkalkulation nach der Systematik des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) am Beispiel eines polytraumatisierten Patienten
208	Die fünf zentralen Strategien zur Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels auf betrieblicher Ebene am Beispiel der Oberschwaben Klinik gGmbH
209	Die Gesamtkonzeption einer Pflegeeinrichtung für ältere Menschen mit Substanzabhängigkeit
210	Die Identifikation von potenziellen Risiken durch ein Critical Incident Reporting System auf der Basis eines klinischen Risikomanagements im innovativen Unternehmen Krankenhaus
211	Die Implementierung eines pflegerischen Entlassungsmanagements im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Sicherung der patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität
212	Die innerbetriebliche Gesundheitsprävention für die Zielgruppe der Intensivpflegekräfte im Krankenhaus
213	Die institutionelle Organisationskommunikation: Konzeption der internen Kommunikation
214	Die Integration von Spiritualität als herausfordernde Chance der Gesundheits- und Krankenpflege in der Postmoderne
215	Die interne Pflegevisite: Entwicklung und vergleichende Prüfung eines Instruments zur Qualitätssicherung
216	Die kirchliche Sozialstation – neue Optionen im Markt durch das persönliche Pflegebudget?
217	Die klinische Geburtshilfe im Spannungsfeld der Interessen. Eine Stakeholderanalyse
218	Die Konzeption einer Lernbegleitung. Lernen und Arbeiten verbinden. Grundlagen, Bestandsaufnahme und Gestaltungsempfehlungen für das Dialysezentrum Hagen – ein Aufgabenfeld des Pflegemanagements
219	Die Kosten- und Leistungsrechnung in der stationären Altenhilfe. Ein Beitrag zur Anwendbarkeit und zur Bedeutung für ein entscheidungsorientiertes Management
220	Die Mitarbeiterbindung in Zeiten des Fachkräftemangels von Pflegekräften im Krankenhaus – eine anspruchsvolle Aufgabe des Pflegemanagements

Nr.	Titel
221	Die nationalen Expertenstandards an der Klinik Löwenstein gGmbH. Evaluation der Umsetzung sowie der Integrationsmöglichkeiten in die elektronische Datenverarbeitung
222	Die Organisation im Gesundheitswesen im Kontext der Gesellschaft. Ein Spannungsfeld und seine Herausforderungen für die Führungskraft
223	Die Pflege pflegen. Dem Problem des Fachkräftemangels in der stationären Altenpflege durch Personalmarketing entgegenwirken
224	Die Pflegedokumentation. Eine qualitative Untersuchung zur Ermittlung maßgeblicher, die Qualität der Pflegedokumentation beeinflussender Faktoren
225	Die Pflege-Mitarbeiter im Spannungsfeld zwischen Qualitätsmanagementsystemen und Alltagsrealität
226	Die Pflegevisite als Instrument der internen Qualitätssicherung im Altenzentrum St. Ewaldi
227	Die postmortale Organentnahmeoperation in der Transplantationsmedizin. Eine Exploration aus Sicht der ärztlichen und pflegerischen Akteure
228	Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
229	Die Relevanz der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter eines Krankenhauses für Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung
230	Die Rolle der Führungskraft im Rahmen des Wissensmanagements. Aufgaben, Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten. Ein Beitrag zur Human Resources Entwicklung im Krankenhaus
231	Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflege im Regionalen Psychriatriebudget aus der Perspektive der Pflegenden am Beispiel der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums Itzehoe
232	Die Rolle der Sozialen Netzwerke im Bereich der Personalbeschaffung für die Pflege
233	Die Rolle des Case Managers im Krankenhaus
234	Die Rolle des Pflegemanagements bei Klinikkäufen
235	Die Rolle von Qualitätsmanagementsystemen bei der Problemlösung in der stationären Krankenpflege
236	Die Schule als Ort der Prävention und Gesundheitsförderung. Interventionsmöglichkeiten am Beispiel des Bereichs Bewegung im Förderzentrum mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung in Mitterteich
237	Die Selbstkontrolle der Patienten. Eine qualitative Studie in einem Akutspital.
238	Die Sicherung der Patientenautonomie in der ambulanten Pflege – eine Herausforderung für das Management
239	Die Sonderstellung des Versicherungsträgers Knappschaft-Bahn-See (KBS) in der deutschen Sozialversicherung am Beispiel Prosper als Modell zur integrierten Versorgung
240	Die stationäre Altenhilfe im Spannungsfeld zwischen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit – zwischen Theorie und Praxis
241	Die strategische Bedeutung des Personal-Gesundheitsmanagements für die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen in der Kranken- und Seniorenpflege.
242	Die systemisch-lösungsorientierte Pflegeberatung im Krankenhaus
243	Die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten in den Pflegedienst: Reorganisation und Prozessmanagement am Beispiel einer kardiologischen Station am RoMed Klinikum Rosenheim
244	Die Umsetzung der Gesundheitsreform 2004 am Beispiel der Sozialstiftung Bamberg und deren Akzeptanz durch die Mitarbeiter für den Leistungsbereich Pflege im Klinikum am Bruderwald
245	Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und ihre mögliche Auswirkung auf stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

Nr.	Titel
246	Die Umsetzung des Salutogenese-Konzepts nach Antonovsky in der Gestaltung von Maßnahmen zur Resilienz bei Pflegepersonal
247	Die Veränderung der arbeitszeitgesetzlichen Lage bezogen auf die OP-Organisation. Eine Betrachtung der Auswirkung auf das System OP und ein Krankenhaus. Entwicklung und Implementierung neuer Dienstzeiten im OP-Bereich
248	Die verantwortliche Pflegefachkraft in der stationären Altenpflege: Aufgaben und Anforderungen
249	Die Versorgungssituation Demenzerkrankter in Bayern. Exemplarisch dargestellt anhand einer vergleichenden Untersuchung von zwei Versorgungsregionen
250	Die Versorgungssituation in stationären Pflegeeinrichtungen unter dem Aspekt der Totalen Institution – integrative Bereiche versus auf Erkrankungen aus dem demenziellen Formenkreis spezialisierte Bereiche
251	Die Wirkung von Supervision auf die Arbeitszufriedenheit des Dialysepersonals am KfH Nierenzentrum Berlin-Moabit
252	Die wirtschaftliche Bedeutung von Familienfreundlichkeit in Gesundheitseinrichtungen
253	Die Wohn- und Lebenssituation älterer Migranten in Deutschland. Auf dem Weg zu einer kultursensiblen Altenpflege
254	Die zentralen Faktoren eines erfolgreichen Transfermanagements von Bildungsmaßnahmen im Unternehmen am Beispiel der Oberschwaben Klinik GmbH
255	Die Zukunft der Krankenhauspflege in Deutschland im Jahr 2015
256	Die zunehmende Bedeutung ethischer Aspekte in der Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
257	Die Zusammenarbeit von Ärzten und Altenheimen
258	Dienstleistungsmarketing und Öffentlichkeitsarbeit (Public Relations) an Kliniken in Zusammenarbeit mit historischer Wissenschaft und Forschung. Die Vermarktung des medizinischen Know-hows der Landesklinik Lübben unter Einbeziehung ihrer tradierten Entwicklung
259	Diversity Management. Ein neues Unternehmenskonzept zum Umgang mit Vielfalt. Konzeptionelle Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten für den Gesundheits- und Pflegebereich am Beispiel der Organisation Krankenhaus
260	Doppelzimmer vs. Einzelzimmer. Betrachtung der Interessenlagen unter Einbeziehung gesetzlicher, gesellschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Ansprüche und deren Konsequenzen am Beispiel einer bestehenden stationären Pflegeeinrichtung in Rheinland-Pfalz
261	DRG und Pflege. Erlösoptimierung durch die Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen und deren nachvollziehbare Dokumentation
262	EDV in der Pflege. Hilfe oder Hindernis?
263	EDV in der Pflegedokumentation. Einflüsse auf das Dokumentationsverhalten am Beispiel der Krankenbeobachtung
264	EDV-gestützte Pflegeleistungserstellung als Antwort auf die zunehmende Ökonomisierung im Krankenhaus
265	Ehrenamt und Professionalität in der Pflege im Kontext der demographischen Entwicklung in Deutschland. Chancen und Risiken für das Pflegemanagement
266	Ein integriertes Pflege- und Betreuungskonzept für Menschen im Wachkoma Phase F in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Eine Literaturanalyse
267	Ein integriertes Pflege- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Eine Literaturanalyse
268	Ein Konzept zur Einführung von leistungsbezogenem Entgelt und Entwicklung von Karrierestufen für Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
269	Ein rollenorientiertes Tätigkeitsprofil eines Medizincontrollers

Nr.	Titel
270	Einbezug der Angehörigen auf einer neurologischen Intensivstation: Chancen und Risiken aus Sicht von Ärzten und Pflegenden
271	Eine Analyse zum Personalmanagement im Krankenhaus. Die Beschreibung des Ist-Zustands und Optimierungsmöglichkeiten im Personalmanagement
272	Eine Befragung zur Zufriedenheit von Angehörigen als Instrument des Qualitätsmanagements in der stationären Altenpflege anhand eines Praxisbeispiels
273	Eine empirisch fundierte Entwicklung eines Fragebogens zur curricularen Berücksichtigung des salutogenetischen Modells von Antonovsky in der Pflegeausbildung
274	Eine empirische Inhaltsanalyse zur Bestimmung der Zielgruppenkommunikation der Internetpräsenz bayerischer Krankenhäuser im Kontext des Marketings
275	Eine empirische Vergleichsstudie zur Erhebung von Unterschieden hinsichtlich bestimmter Kriterien bei ambulant versorgten Menschen und soeben ins Heim Übergesiedelten
276	Eine Hausgemeinschaft für an Demenz erkrankten Menschen. Ein Pflege- und Betreuungskonzept
277	Eine Untersuchung der Nutzbarkeit der freiwilligen Registrierung als Marketinginstrument für Pflegeeinrichtungen
278	Einfluss der Pflegeversicherung auf die Entwicklung des stationären Pflegesektors am Beispiel des Kreissenorenheims in Greifenberg am Ammersee
279	Einfluss dualer Pflegestudiengänge auf bestehende Strukturen und Organisationsformen im Krankenhaus. Herausforderungen und Aufgaben des Pflegemanagements
280	Einflussfaktoren auf die Motivation von Pflegenden in der stationären Altenhilfe
281	Einführung der Swiss DRG 2012. Analyse und Maßnahmenplan am Beispiel der Medizinischen Klinik des Spital Zimmerberg, Horgen (Schweiz)
282	Einführung eines Patientenedukationssystems in einer Einrichtung der ambulanten nephrologischen Pflege. Konzeptionelle Grundlagen und Gestaltungsempfehlungen für das Pflegemanagement
283	Einführung von Betreuungskräften in der Altenpflege. Gewinnung älterer Mitarbeiter für die Tagesbetreuung dementer Personen
284	Einführung von NANDA-Pflegediagnosen in einem Krankenhaus der Spitzenversorgung mittels eines integrierten Managementkonzeptes
285	Einführung von Patientenedukation zum Thema Diabetes mellitus im Zentrum für Innere Medizin eines Universitätsklinikums in Deutschland
286	Einsatz von High-Tech-Hilfsmitteln zur Förderung der Bewohnersicherheit in der stationären Altenhilfe am Beispiel von Tracking-Systemen
287	Einstellungsbildung und -veränderung bei Pflegekräften in der stationären Altenhilfe als Aufgabe des Pflegemanagements. Ein theoretischer Diskurs unterlegt mit Fallbeispielen aus der Praxis und Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes.
288	E-Learning als Instrument der Personalentwicklung. Entwicklung eines E-Learning-Konzeptes für Berufsanfänger in der Anästhesie-Pflege im Krankenhaus
289	E-Learning in der Pflege. Ein neues Instrument zur Personalentwicklung im Krankenhaus
290	Elektronische Datendokumentation in der Intensivpflege. Mehrarbeit durch Arbeitsentlastung?
291	Emotionale Intelligenz und Führung in Zeiten des DRG-Systems. Die Bedeutung von Emotionen bei der Führung von pflegerischen Mitarbeitern. Konzeption und Gestaltungsempfehlungen für das Pflegemanagement
292	Empirische Untersuchung zu den Aufgaben und Anforderungen pflegerischer Führungskräfte
293	Empowerment. Ein mögliches Konzept zur Mitarbeitermotivation in der pädiatrischen Intensivpflege?
294	Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Stand und Perspektiven
295	Enthospitalisierung psychiatrischer Versorgung. Die Rolle der Pflege im Kontext von Lebenswelt und sozialer Inklusion psychisch Erkrankter

Nr.	Titel
296	Entlassungs- und Versorgungsmanagement in der Pflege. Ziele, Bedarfsermittlung und Umsetzung
297	Entlassungsmanagement beim Übergang vom Krankenhaus ins Altenheim
298	Entlassungsmanagement in der Pflege nach den Empfehlungen des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Ein Konzept zur Implementierung in der psychiatrischen und neurologischen Versorgung
299	Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Ein Instrument zur Qualitätssicherung zwischen Anspruch und Wirklichkeit
300	Entwicklung des Dienstleistungskonzeptes für die geplante Einrichtung betreuten Wohnens in Weißkollm
301	Entwicklung einer multiprofessionellen Empfehlung zum Umgang mit Ernährungsrisiken bei älteren Menschen für die stationäre Pflegeeinrichtungen – die pflegewissenschaftliche Perspektive
302	Entwicklung einer Personalmarketingstrategie für Pflegefachkräfte in Krankenhäusern vor dem Hintergrund eines erwarteten Fachkräftemangels
303	Entwicklung eines Controllingystems für ein Altenpflegeheim kleiner bis mittlerer Größe
304	Entwicklung eines Instruments zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege am Beispiel des Schmerzmanagements im Evangelischen Krankenhaus Hubertus
305	Entwicklung eines Konzepts zur altersorientierten betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Krankenpflege anhand des Modells der Salutogenese
306	Entwicklung eines Konzepts zur Neugestaltung der deutschen Pflegeausbildung, unter Berücksichtigung der zukünftigen Herausforderungen für die Pflegeberufe am Beispiel der Schule für Pflegeberufe Kirchheim-Nürtingen
307	Entwicklung eines Modells zur Führungskräfteentwicklung für die stationäre Altenhilfe auf Basis der Besonderheiten der Dienstleistungserbringung in der stationären Altenhilfe
308	Entwicklung eines Personalentwicklungskonzeptes zur Beschäftigung älterer Mitarbeiter vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in der stationären Krankenpflege
309	Entwicklung eines praxisorientierten Konzepts zur Erhöhung der Effizienz erbrachter Leistungen für geburtshilfliche Abteilungen in Krankenhäusern
310	Entwicklung eines praxisorientierten Leitfadens zur Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems nach DIN EN ISO 9001:2008 in Arztpraxen auf der Basis einer empirischen Untersuchung
311	Entwicklung eines Qualitätsstandards zur Optimierung der Beziehung zwischen Arzt und Sozialstation
312	Entwicklung eines strukturierten Wochenplans für die tägliche Betreuung von demenzkranken Menschen in dem Haus Neue Höfe
313	Entwicklung und Einführung eines internen Qualitätsmanagementkonzepts im Arbeitsbereich Psychiatrie ausgewählter Einrichtungen des Trägers Stift Bethlehem
314	Entwicklung und Evaluation eines Messinstruments zur Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Eine qualitative Studie zur Überprüfung der Verständlichkeit und Vollständigkeit eines in der Praxis eingesetzten Zufriedenheitsfragebogens der Forschungsgruppe Metrik
315	Entwicklung und Gestaltung einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur in der Altenpflege
316	Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für gehörlose ältere Menschen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe
317	Entwicklung von Pflegekunst und Pflegekompetenz als berufliche Perspektive
318	Epidemiologischer Wandel des Pflegebedürftigkeitspanoramas. Von der akuten Pflege zum chronischen Pflegegeschehen. Herausforderungen und Möglichkeiten in der Pflege im Bereich der Patienten und Angehörigen Beratung

Nr.	Titel
319	Erfassung und Betrachtung pflegerelevanter Parameter am Beginn und am Ende von stationärer gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung.
320	Erfassung und Bewertung von gesundheitsfördernden und gesundheitsschädigenden Verhalten bei Polizeischülern
321	Erfolgreiches Management in der Pflege. Bedeutung von Führung und Motivation im Pflegeberuf als Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
322	Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Bedeutung von Kundenbefragungen zur Umsetzung von strategischen Marketingzielen am Beispiel des Seniorenzentrums Köpenick
323	Erfolgsfaktoren für effektives OP-Management unter DRG-Bedingungen am Beispiel eines Krankenhauses
324	Erfolgsorientierte Führung und Mitarbeitermotivation. Zwei Sachen, die man auf dem Weg zum Unternehmenserfolg nie trennen sollte
325	Erhaltung und Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Altenpflegeheimalltag – Angebote zur selbstbestimmten Lebensgestaltung
326	Erstellen eines Leitfadens zum Führen von Mitarbeitergesprächen im Kontext eines KTQ-basierten QM-Systems
327	Erstellung einer Rahmenkonzeption als Grundlage für die Entwicklung eines Wohn- und Betreuungskonzeptes für gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner im katholischen Alten- und Pflegeheim St. Nikolaus in Parchim
328	Erstellung eines Fundraising-Konzeptes für ein Hospiz unter Einbeziehung der von Urselmann empirisch belegten Erfolgsfaktoren für Fundraising
329	Erstellung eines Konzeptes zur Pflegeberatung nach § 45 SGB XI
330	Etablierung prozessorientierter pflegerischer Führungsstruktur am Fallbeispiel eines Kernprozesses. Konzeptionelle Grundlagen, Umsetzung und mögliche Effekte im Krankenhaus
331	Ethik in der Altenpflege. Wie kann man sie gestalten?
332	Ethische Beratungsangebote im Krankenhaus – dargestellt am Beispiel des klinischen Ethik-Komitees des Gerresheimer Krankenhauses
333	Evaluation der Einführung einer rechnergestützten Pflegedokumentation auf drei psychiatrischen Stationen
334	Evaluation der Implementierung des nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege in zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen
335	Evaluation der Präferenzen alter Menschen bezüglich betreuten Wohnens und Wohnen im häuslichen Umfeld. Kleiner Marktplatz oder großes Wohnzimmer?
336	Evaluation der Risikoskala Dekubitus für querschnittgelähmte Patienten
337	Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Rostock
338	Evaluation der Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung
339	Evaluation segregativer Wohngruppen für Menschen mit Demenz anhand evidenzbasierter Qualitätskriterien
340	Existenzgründung nach Abschluss eines Pflegemanagement-Studiums unter Beachtung der Besonderheiten im medizinisch-pflegerischen Dienstleistungssektor
341	Expertenbindung im Krankenhaus. Das Halten von Pflegefachkräften im Unternehmen als Herausforderung für Leitende im Gesundheitswesen
342	Expertenstandards als Teil des Qualitätsmanagements. Auswirkungen auf Prozesskosten
343	Exploration von ausgewählten Einflussfaktoren auf die Pflegequalität in stationären Altenpflegeeinrichtungen
344	Facebook als Marketinginstrument im Bereich der stationären Altenpflege. Grundlagen und Empfehlungen
345	Fachkräftemangel in der Altenpflege. Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Personalpolitik in Altenpflegeeinrichtungen

Nr.	Titel
346	Fallorientiertes Prozessmanagement im Klinikum Kempten. Die Bedeutung des Strukturwandels für die Mitarbeiter und Entwicklung möglicher Optimierungsstrategien
347	Fehler als Chance. Handlungsempfehlung zur Implementierung eines Managementsystems zur Erfassung, Aufarbeitung und Vermeidung von Fehlern und kritischen Ereignissen
348	Fehlzeiten. Eine Herausforderung für das Pflegemanagement
349	Fieberkurve oder Patientendaten-Managementsystem? Evaluationsstudie nach der Implementierung des PDMS Meta Vision ICU im Intensivbereich des Universitätsklinikums Regensburg
350	Findet sich das salutogenetische Konzept in den Projekten der gesundheitsfördernden Krankenhäuser?
351	Flexible Arbeitszeitgestaltung als Instrument der Personaleinsatzplanung – eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements in einer Einrichtung der Deutschen Rentenversicherung
352	Förderung der integrativen Versorgung unter Einbeziehung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung demenziell erkrankter Menschen
353	Formen der Patientenversorgung im Krankenhaus. Zwei Erfolgsmodelle in der Diskussion
354	Freiheitsentziehende Maßnahmen im Alten- und Pflegeheim. Voraussetzungen, Durchführung und Alternativen
355	Führung – Wissen – Gesundheit – Interaktion: Organisationsentwicklung durch Wissensmanagement. Gestaltungen und Auswirkungen eines kooperativ-salutogenen menschlichen Miteinanders für Pflegenden im Krankenhaus
356	Führung und Menschenbild in der Gesundheits- und Krankenpflege im Krankenhaus
357	Führung und Motivation von Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus
358	Führungskräfte – ein wesentlicher Bestimmungsfaktor im Anpassungs- und Wandlungsprozess von Organisationen. Kompetenzen, Beitrag und Gestaltungsmöglichkeiten
359	Führungskräfteentwicklung in stationären Altenpflegeeinrichtungen im Kontext künftiger Anforderungen
360	Führungsqualität in der Pflege und deren Auswirkung auf die Mitarbeiterbindung und Mitarbeitergewinnung. Konzeption und Gestaltungsempfehlungen für das Pflegemanagement
361	Fundraising im Palliativ- und Hospizbereich als Herausforderung für interdisziplinäre Qualitätszirkel
362	Fundraising, Sponsoring, Stiftungen. Überlegungen zur nichtstaatlichen Finanzierung sozialer Dienstleistungen am Beispiel des Vereins Via Vita
363	Ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Aufgabe der Krankenhäuser im Sinne ihrer Pflegekräfte
364	Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR. Berufsprofil und Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext
365	Gender Mainstreaming in der Pflege vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen in Deutschland
366	Gender Mainstreaming und die Geschlechtergleichstellung in den Pflegeberufen
367	Generationswechsel gestalten in Führung und Organisation am Beispiel eines ambulanten Pflegedienstes
368	Gesetzliche Grundlagen für ein gemeinsames trägerübergreifendes persönliches Budget für volljährige nicht regiefähige Budgetnehmer in einer Wohngemeinschaft mit Praxisbeispiel
369	Gestaltungsauftrag Krankenhaus: Zentrum für Altersmedizin. Spannungsfeld und Herausforderung im Angesicht des demografischen Wandels
370	Gestaltungsempfehlungen zum Wissensmanagement von Pflegekräften unter Einbeziehung des Infoboard Pflege Typo 3. Dargestellt am Beispiel der operativen Intensivstation am Universitätsklinikum Regensburg

Nr.	Titel
371	Gesund bis zur Rente? Betriebliche Gesundheitsförderung am Beispiel ambulanter Pflegedienste
372	Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil der Pflegeausbildung untersucht an drei Lehrplänen und einer Befragung von Absolventen an drei Krankenpflegeschulen
373	Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Krankenhaus
374	Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe. Herausforderung und Chance
375	Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich am Beispiel der Beschäftigungsfähigkeit von Pflegepersonal
376	Gesundheitsverhalten von Auszubildenden der Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflege in der Region Mittelsachsen
377	Gewalt in der stationären Altenpflege. Eine Literaturrecherche zu Ursachen, Auswirkungen und Handlungsansätzen für das Management
378	Glück trotz Pflegebedürftigkeit. Lebensentwürfe im Kontext von stationären Altenpflegeeinrichtungen
379	Grenzen und Möglichkeiten von Primary Nursing in stationären Pflegeeinrichtungen der 4. Generation
380	Gründe und Auswirkungen personeller Fluktuation auf einer chirurgischen Station aus pflegerischer Sicht
381	Grundlagen zur Einführung eines Projektmanagementsystems
382	Gründung einer privaten Tagespflege für Senioren. Konzeptentwicklung, Finanzierung und Wirtschaftlichkeit
383	Gründung eines ambulanten Pflegedienstes. Erstellung eines Businessplans
384	Gründung eines innovativen ambulanten Pflegedienstes am Standort Leipzig – Erstellung eines Businessplans
385	Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie
386	Homosexualität im Alter. Zielgruppenspezifische Ausrichtung eines Pflegeheims auf spezielle Bedürfnisse gleichgeschlechtlich liebender Menschen
387	Humankapital in der Altenpflege. Eigenverantwortung als Königsweg der Mitarbeiter/-innen?
388	Identifikation und Bewertung von Synergien bei Mergers und Acquisitions in der Altenpflege
389	Implementierung des nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege
390	Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege
391	Implementierung des nationalen Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege in den klinischen Alltag. Ein Projektbericht am Beispiel eines Akutkrankenhauses der Schwerpunktversorgung
392	Implementierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in einer Abteilung für Innere Medizin
393	Implementierung einer kultursensiblen Pflege in der ambulanten Diakonie
394	Implementierung eines Assessmentinstrumentes zur Einschätzung des Sturzrisikos älterer Menschen unter Berücksichtigung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege für die Seniorenresidenz Hunteburg GmbH
395	Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems in einem ambulanten Pflegedienst
396	Implementierung eines Wundmanagement als kontinuierlicher Verbesserungsprozess auf der Basis des nationalen Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Nr.	Titel
397	Implementierung von LEP in den Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel (Essen). Eine strategische Entscheidung des Managements?
398	Implementierungsstrategie einer Neustrukturierung der Aufgabenverteilung der stationären ärztlichen und pflegerischen Versorgung unter salutogenen Vorgaben
399	Implikationen aktueller Rahmenbedingungen für Bestand und Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege
400	Impulse zur Veränderung und Wege zur Verbesserung der Attraktivität des Berufsbildes der Krankenpflege
401	Informationelle Selbstbestimmung contra Versorgungsqualität. Vergleich von Nutzen und Risiken des technologischen Fortschritts im Gesundheitswesen unter dem Aspekt des Datenschutzes in Deutschland
402	Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenzerkrankungen
403	Integration (pflege-)theoretischer Grundlagen in ein Pflegekonzept für die Praxis. Konzept und Schulungsmaterial
404	Integrierte Sterbebegleitung im Pflegeheim. Überlegungen zu einem Konzept integrativer Sterbebegleitung – wie sie in einem Pflegeheim verwirklicht werden kann
405	Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für das deutsche Gesundheitswesen. Am Beispiel einer integrierten palliativen Versorgung für die Region Göttingen
406	Integrierte Versorgung und strukturiertes Überleitungsmanagement als zeitgerechte Antwort auf die Veränderungen des deutschen Gesundheitssystems
407	Integriertes Pflegemanagement. Die Bedeutung des St. Galler Managementmodells für die Leitung des Pflegedienstes im Krankenhaus
408	Intermediate Care – Bedarf und Machbarkeit. Analyse der Notwendigkeit und Entwicklung einer Konzeption zur Umsetzung des Intermediate Care-Konzepts in der 4. Medizin am Klinikum Nürnberg
409	Interne Bildungsmaßnahmen als Instrument der Personalentwicklung – eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements in der stationären Altenhilfe
410	Ist die Errichtung von Pflegekammern in Deutschland notwendig? Ein Problemaufriss
411	Ist die Pflegevisite ein geeignetes Instrument für das Pflegecontrolling, um die Patientendokumentation im Bereich der abrechnungs- und pflegerelevanten Daten zu verbessern?
412	Ist-Analyse zur Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen
413	Ist-Analyse zur Vorbereitung der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems gemäß DIN EN ISO 9001:2009 in zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege
414	Kann der Pflegekomplexmaßnahmen-Score einen Beitrag zur Professionalisierung des pflegerischen Handelns leisten?
415	Kind und Karriere in der Pflege. Mütter in Führungspositionen – ein Gewinn für Einrichtungen im Gesundheitswesen
416	Klassifikationssysteme – notwendige Voraussetzung zur Professionalisierung der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Situationsbeschreibung unter besonderer Berücksichtigung der NANDA Pflegediagnosen
417	Klinisches Aufnahmemanagement. Sektorenübergreifende Prozessgestaltung als Chance zur Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung und Positionierung der Pflege
418	Klinisches Risikomanagement. Eine Bestandsaufnahme und Gestaltungsempfehlung für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern mit Hilfe des Incident Reporting Systems
419	Kompetenzorientierte Ausbildung im Pflegesystem Primary Nursing – ein Konzept für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege
420	Konfliktanalyse und Konfliktbewältigung in Unternehmen – ein Führungsinstrument des Pflegemanagements

Nr.	Titel
421	Konzept einer ambulanten integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – ein Kooperationsmodell zur Verbesserung der ambulanten Wundversorgung für Patienten mit chronischen Wunden in der Stadt Emden
422	Konzept für ein Diagnostik- und Therapiezentrum. Ein Prozess am Spital Rorschach
423	Konzept zur Implementierung von Mitarbeiterjahresgesprächen im Pflegedienst einer psychiatrischen Klinik
424	Konzept zur Integration von Angehörigen beatmeter Patienten
425	Konzept zur Schaffung eines ganzheitlichen Versorgungssystems. Pflegestützpunkte versus Seniorenmanagement
426	Konzepte zur Versorgung, Betreuung und Therapie von Demenzkranken sowie Voraussetzungen zu ihrer Implementierung auf unterschiedlichen Versorgungsebenen. Eine Studie auf der Basis ausgewählter Literatur
427	Konzepterarbeitung zur zusätzlichen Betreuung von demenziell erkrankten Menschen mit Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI für die Ambulante Dienste Ertal GmbH
428	Konzeption eines Risikomanagementsystems für eine klinisch-geriatrische Einrichtung
429	Konzeption, Durchführung und Auswertung der ersten Kundenbefragung des Caritasverbandes für die Stadt Köln
430	Konzeptionelle Gestaltung der Pflege von Menschen mit Demenz innerhalb einer Spitex-Organisation
431	Konzeptionelle Grundlagen und Gestaltungsempfehlungen für die Team- und Personalentwicklung im Rahmen der Erweiterung eines gerontopsychiatrischen Zentrums – eine Herausforderung für das Pflegemanagement
432	Kooperatives Lernen als Strategie intergenerationellen Wissenstransfers in altersheterogenen Teams
433	Krankenhausmarketing unter besonderer Berücksichtigung der Einweiser
434	Krankenhausseelsorge im Zeitalter der Gesundheitsreform. Sozial-ethische Anmerkungen zur Einführung des DRG-Systems in Deutschland
435	Krankenschwester als Führungskraft – ein Widerspruch?
436	Kriterien und Instrumente des pflegerischen Risikomanagements in stationären Altenhilfeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI
437	Kritische Betrachtung der Versorgungskontinuität des Diabetes mellitus Typ 2
438	Kundenorientierung: Weg zum Erfolg. Bedeutung der Kundenorientierung für ambulante Pflegeeinrichtungen
439	Kundenzufriedenheitsstudien am Beispiel der medical order instruments GmbH
440	Künstlicher oder tatsächlicher Fachkräftemangel in Deutschland? Wodurch könnte man diesem vorbeugen?
441	Lean Management im Krankenhaus. Potenziale und Grenzen für das strategische Pflegemanagement
442	Leben und Wohnen mit Behinderung
443	Lebenslagen rechtlich betreuter Personen in Einrichtungen der stationären Altenpflege am Beispiel der Stadt Bonn
444	Lebenssituation älterer Migrant/-innen in Deutschland. Anforderungen an eine transkulturelle Pflege und deren Integration in die stationäre Altenhilfe
445	Legale und illegale Pflegearrangements im internationalen Vergleich

Nr.	Titel
446	Leistungsorientierte Vergütung im Krankenhaus und Umsetzungsmöglichkeiten am Beispiel einer Anästhesieabteilung für den Leistungsbereich Pflege im Rahmen des Tarifvertrages des öffentlichen Dienstes
447	Leistungsorientierte Vergütung in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen von materiellen Anreizsystemen im Krankenhaus.
448	Lerntransfer im Kontext der pflegerischen Erwachsenenbildung. Warum führt neu erworbenes Wissen oft nicht zu verändertem Handeln? Entwicklung eines Vorschlags zur Lerntransferförderung
449	Lösungsansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Veränderung der Arbeitssituation im Krankenhaus mittels Organisationsentwicklung
450	Management und Führung. Von der strategischen Entscheidung zu Methoden der operationalen Umsetzung
451	Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Kliniken im Saarland. Entstehung, Prävention, Deeskalation
452	Marketing. Der Weg zum erfolgreichen Belegungsmanagement in vollstationären Pflegeeinrichtungen
453	Marketing der Pflege. Die Bedeutung der Pflege bei der Leistungsdarstellung der Hamburger Krankenhäuser im Internet
454	Marketingkonzeption für die Tagespflegeeinrichtung Villa König in Berlin-Nikolassee
455	Marktpositionierung durch die Einrichtung eines medizinischen Kompetenzzentrums im Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg
456	Maßnahmen zum Abbau psychischer und physischer Belastungssituationen in Pflegeberufen
457	Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe. Pflegeleistungen zum Nulltarif?
458	MH-Kinästhetik als Führungsinstrument
459	Mit den richtigen Projektbereichen des strategischen Projektmanagements zum Unternehmenserfolg für Krankenhaus- und Altenpflegeeinrichtungen im Gesundheitswesen
460	Mitarbeiter der Generation 50+ in der Pflege. Analyse, Entwicklung und Perspektiven. Eine Betrachtung unter Aspekten des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Salutogenese
461	Mitarbeiterbeurteilung als Instrument der Personalentwicklung
462	Mitarbeiterführung durch emotionale Intelligenz unter dem Aspekt der Besonderheiten von Führung in der Altenpflege speziell bei der Betreuung von demenziell veränderten Menschen
463	Mitarbeiterführung und -entwicklung als Einflussgrößen im Modernisierungsumbruch von Krankenhäusern – ein Vergleich der Kliniken Sachsen-Anhalts
464	Mitarbeiterführung und -motivation in kleinen und großen Unternehmen – ein Vergleich
465	Mitarbeiterorientierung als integraler Bestandteil in Qualitätsmanagementsystemen. Exemplarische Fallstudie in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe im Land Brandenburg
466	Mitarbeiterorientierung im Qualitätsmanagement. Die Bedeutung der Pflegemitarbeiter im Qualitätsmanagement im Krankenhaus
467	Mitarbeiterzufriedenheit als wesentlicher Erfolgsfaktor der Unternehmenskultur in Pflegeeinrichtungen
468	Mobbing. Die Auswirkungen auf die Mitarbeiter und die Gegenmaßnahmen in der Führung
469	Modellprojekt PKMS-Integration der Anforderungen am Waldkrankenhaus St. Marien in Erlangen unter besonderer Betrachtung der Kosten-Nutzen-Analyse
470	Moderne Krankenhausfinanzierung – auf dem Rücken der Schwächsten?

Nr.	Titel
471	Moderne Pflegeeinrichtung – auf dem Weg zur lernenden Organisation
472	Modernes Bildungsmanagement als Instrument im Rahmen der Personal- und Organisationsentwicklung in der stationären Krankenversorgung am Beispiel einer Evaluierung eines Fernlehrgangs
473	Modernes Marketing in der stationären Altenhilfe. Mit dem Kopf des Kunden denken und mit dem Herzen des Kunden fühlen
474	Mögliche Einsatzfelder der Bachelor-Pflege-Absolventen als eine Aufgabe des Managements
475	Möglichkeiten der Implementierung einer Balanced Scorecard in Nonprofit-Organisationen dargestellt am Beispiel der Pflege LebensNah gGmbH
476	Möglichkeiten des Marketings in der stationären Krankenversorgung
477	Möglichkeiten und Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege
478	Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung bei Mitarbeitern in Pflegeberufen
479	Möglichkeiten und Grenzen der Palliativversorgung in der stationären Altenhilfe
480	Möglichkeiten und Grenzen des Case Managements für Pflegekräfte im Krankenhaus
481	Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitssituation älterer Mitarbeiter in der psychiatrischen Pflege am Beispiel der MedBO GmbH
482	Motivation und Emotion und ihre Bedeutung für die Altenpflege in stationären Einrichtungen
483	Motivation und ihr Einfluss auf das Verständnis von Management aus systemtheoretischer Perspektive. Eine Darstellung der Entwicklung mit praktischen Ansatzpunkten für das Management
484	Mund- und Zahngesundheit von Senioren in Pflegeeinrichtungen
485	Mundpflegepraxis in der Intensivpflege/Frührehabilitation
486	Netzwerk Palliative Care für den Landkreis Böblingen
487	Neuausrichtung des Pflegedienstes der geriatrischen Abteilung des Malteser Krankenhauses Bonn-Hardtberg mit Hilfe der Balanced Scorecard
488	Neue Anforderungen an Führungskräfte in der Pflege: die Stationsleitung – ein Berufsbild im Wandel
489	Neue Entlastungsmöglichkeiten für Pflegenden
490	Neue Herausforderungen an die stationäre Altenpflege. Palliativ Care in Pflegeeinrichtungen implementieren
491	Neue Herausforderungen und Kompetenzerweiterung für die Pflege im Rahmen der Delegation und Allokation ärztlicher Tätigkeiten. Eine Darstellung, ob die Pflege in der stationären Krankenhausbehandlung neue Tätigkeitsfelder übernehmen kann
492	Neue Strukturen der Altenhilfe dargestellt am Modellprojekt Netzwerk für ältere Menschen am Ackermannbogen in München-Schwabing
493	Neue Wege in der Versorgung depressiv erkrankter Menschen. Die Rolle der Pflege in konzeptionellen Überlegungen zur Integrierten Versorgung § 140a SGB V
494	Neuentwicklung einer Potenzialanalyse im Gesundheitswesen auf Grundlage des salutogenen Modells von Antonovsky
495	Notwendige Investitionen in gesundheitsförderliches Sozialkapital. Neue Wege in der Unternehmensführung ambulanter Intensivpflegedienste
496	Notwendigkeit der Akademisierung von Wohnbereichsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland

Nr.	Titel
497	Notwendigkeit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in stationären Einrichtungen der Krankenhausversorgung
498	Notwendigkeiten einer Selbstpflege beruflich Pflegenden unter besonderer Berücksichtigung psycho-sozialer Handlungsbereiche mit dem Versuch eines darauf abzielenden Handlungskonzeptes
499	Operationstechnische Assistenten. Eine Alternative zum Fachpersonal für den Funktionsdienst im Operationsbereich
500	Optimierung der Einarbeitung von Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Kinder- und Jugendpsychiatrien – eine Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
501	Organisationale Gestaltung des Wissensmanagements von Pflegekräften unter Einbeziehung des Patientendaten-Managementsystems Meta Vision ICU. Konzeptionelle Grundlagen, Bestandsaufnahme und Gestaltungsempfehlungen für die operative Intensivstation des Klinikums der Universität Regensburg
502	Organisationales Commitment. Entwicklung von Führungsgrundsätzen für das Pflegemanagement in der Organisation Krankenhaus
503	Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung und Stärkung der Führungskompetenz mit Kinästhetik
504	Organisatorische Maßnahmen zur Mobbingprävention für das Pflegemanagement
505	Palliative Care. Eine Analyse zur palliativmedizinischen Versorgungssituation des Einzugsgebietes der Stadt Ribnitz-Damgarten
506	Palliativpflege bei Kindern im häuslichen Bereich
507	Palliativpflege in der interkulturellen Altenpflege – heute und in Zukunft
508	Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland am Beispiel der Versorgung durch das Bärenherz Hospiz und den ambulanten Bärenherz Hospizdienst in Wiesbaden
509	Paradigmenwechsel. Eine Untersuchung zum derzeitigen und zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff
510	Partizipation und Identifikation. Managementstrategien zur Gesundheitsförderung von professionell Pflegenden im Krankenhaus
511	Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Delir oder Demenz im Akutkrankenhaus – ein unlösbares Problem? Bausteine zur praxisnahen und ressourcenschonenden Umsetzung von Interventionsmaßnahmen im Aufgabenbereich des Pflegemanagements
512	Patienteninformationszentren. Implementierung und Zukunftspotenziale
513	Patientenorientierte Pflege als professionelle Dienstleistung in der perioperativen Betreuungsphase. Qualitätskriterien im Hinblick auf das nicht ärztliche Personal und die erforderlichen Prozessstrukturen
514	Patientenorientierung als Qualitätskriterium in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – ein Vergleich unterschiedlicher Qualitätsmanagementsysteme
515	Patientenorientierung im Krankenhaus am Beispiel eines zertifizierten Hautkrebszentrums
516	Patientenorientierung in der Krankenhausversorgung: Patientenbefragung und Re-Zertifizierung am Beispiel des Friederikenstiftes Hannover
517	Patientenübergriffe in der forensischen Psychiatrie am Beispiel des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen Moringen. Prävalenz, Ursachen, Prävention und Nachsorge
518	PEPP versus Psych-PV
519	Personal binden und motivieren. Personalmarketing in der stationären Altenpflege vor dem Hintergrund des Fach- und Führungskräftemangels
520	Personalauswahl und Personalbindung in der stationären Krankenpflege. Methoden, ihre Unterschiede und aktuelle Anwendung
521	Personalbedarfsplanung und Personalbedarfsermittlung in Krankenhäusern. Grundlagen – Kontroversen – Perspektiven

Nr.	Titel
522	Personalbemessung auf Intensivstationen im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualitätssicherung
523	Personalbindung in Zeiten des Fachkräftemangels. Eine Herausforderung durch den demografischen Wandel
524	Personalbindungsmanagement als strategische Größe zum Unternehmenserfolg. Eine Analyse im Kontext der stationären Altenhilfe am Beispiel einer Pflegeeinrichtung im nordbayerischen Raum
525	Personalentwicklung als Erfolgsfaktor betrieblicher Gesundheitsförderung in Einrichtungen der stationären Altenpflege
526	Personalentwicklung als Gestaltungsinstrument des Pflegemanagements vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels in der Krankenpflege
527	Personalentwicklung im Krankenhaus durch Job Rotation unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Projekt mit empirischer Studie
528	Personalentwicklung in der stationären Krankenpflege am Beispiel des Projektes Kompetenznetz Krankenhäuser
529	Personalführung in der Krankenpflege. Möglichkeiten und Grenzen in der Prävention von Burnout
530	Personalmarketing: Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung in der stationären Altenpflege als Gestaltungsaufgabe des Pflegemanagements
531	Personalmarketingstrategie zur Personalgewinnung in der Pflege
532	Pflege als Qualitätsindikator in der vollstationären Krankenhausversorgung im Rahmen adäquater Schmerztherapie
533	Pflege im Wandel. Akademisierung versus Bürokratie und Gesetzeswahnsinn
534	Pflege im Wandel. Neue Anforderungen an die Führungskräfte im Krankenhaus
535	Pflege im Wandel. Neue Wege der Mitarbeiterführung – unter besonderer Berücksichtigung organisationsstruktureller Bedingungen
536	Pflege sucht Eliten. Der Weg vom Berufswunsch bis zur Aufnahme einer Ausbildung in der Pflege. Aufgaben des Pflegemanagements im Rahmen einer gezielten Akquise
537	Pflege- und Betreuungskonzept für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz – im Rahmen einer teilsegregativen Betreuungsform im Alten- und Pflegeheim Grünburg
538	Pflege zwischen den Kulturen am Beispiel türkischer Migranten in der Altenpflege
539	Pflegecontrolling: Bedeutung für das Pflegemanagement
540	Pflegediagnosen. Geschichte und Zukunft
541	Pflegedokumentation. Ein Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Pflegepraxis
542	Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E). Ein sinnvolles Erfassungsinstrument für die psychiatrische Pflege?
543	Pflegemanagement im Spannungsfeld von Patientenanspruch und Arbeitsmarktsituation
544	Pflegen bis 67? Modifikation und Standardisierung des betrieblichen Gesundheitsförderungsmanagements im Krankenhaus
545	Pflegepersonalanwerbung im Internet in der stationären Altenhilfe
546	Pflegepersonalfluktuation und Mitarbeiterorientierung in der Pflege. Eine Untersuchung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Sachsen
547	Pflegeprozess, Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Die Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes für die Organisation und Gestaltung pflegerischer Aufgabenfelder und Instrumente professioneller Pflegepraxis am Beispiel der Reorganisation des Pflegeprozesses im St. Agnes-Hospital-Bocholt

Nr.	Titel
548	Pflegequalität heute: Bedeutung, Indikatoren und Definitionsversuch im Kontext von Gesellschaft und Pflegewissenschaft
549	Pflegerische Personalentwicklung im transkulturellen Wandel. Herausforderungen, Problembereiche und aktuelle Erfahrungen. Neue Gestaltungsaufgaben für das Pflegemanagement
550	Pflegerische Qualitätsindikatoren psychiatrischer Patienten
551	Pflegerisches Rahmenkonzept zur Sicherung der Versorgung dementiell erkrankter Bewohner. Ein weiterer Schritt zur Abkehr von der Sauber-und-Satt-Pflege
552	Pflegestützpunkte für alle. Implementierung der Methode Case Management bei der interkulturellen Pflegeberatung in Pflegestützpunkten
553	Der Pflegeprozess im Pflegebericht. Eine qualitative Analyse
554	Pflegeverständnis und Pflegequalität. Die Bedeutung der Biografie- und Erinnerungsarbeit in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz
555	Prädiktoren für den Berufserfolg von nicht examinierten Pflegekräften in der stationären Pflege
556	Praktische Pflegeausbildung zukunftsweisend umgestalten
557	Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung
558	Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen (MSE) im Pflegeberuf – eine Aufgabe des Pflegemanagements
559	Präventive Hausbesuche. Eine Vorstudie zur lokalen Machbarkeit
560	Praxismarketing für Ärzte mit den Instrumenten der Social Media
561	Produktionsstätte OP. Simulation als Planungswerkzeug. Arbeitsprozessoptimierung durch Simulation. Arbeitsversuch mit ARENA Simulation Software
562	Professionalisierung der Pflege im Kontext des prozessorientierten Krankenhauses. Herausforderungen für das Pflegemanagement.
563	Professionalisierung in der Pflege. Ein Ländervergleich USA-Deutschland und die Diskussion von Übertragungsmöglichkeiten
564	Professionelle Beratung in der stationären Altenpflege. Pflegeexpertise und Kompetenzen der Pflegenden als Aspekte im professionellen Beratungsprozess der Pflege
565	Projekt Schillerhöhe: Demenzwohngruppe mit dem Konzept der verbindlichen Angehörigenmitarbeit
566	Projekt zur Entwicklung einer effektiven und effizienten Pflegeprozessdokumentation durch Entbürokratisierung gemeinsam mit Pflegepraktiker/-innen. Mehr Zeit für die Betreuung und Pflege von Senioren in stationären Altenhilfeeinrichtungen
567	Projektbezogene Erstellung und Implementierung eines milieubezogenen Konzeptes in der stationär-segregativen Begleitung und Pflege dementer Menschen
568	Prozessmanagement als Gestaltungsansatz für das Pflegemanagement. Eignet sich Prozessmanagement als Gestaltungsinstrument für das Pflegemanagement im Krankenhaus?
569	Prozessmanagement auf der Intensivstation als ein Instrument des Qualitätsmanagements
570	Prozessoptimierung im Rahmen der Einführung des OP-Managements – eine zentrale Steuerungsstelle der operativen Prozesse
571	Psychiatrische Pflege im demographischen Wandel: Mögliche Entwicklungen der stationären Langzeitbetreuung von psychisch erkrankten Menschen mit Sekundärproblematik Pflegestufe
572	Psychisch kranke Migranten in Deutschland. Zugangsbarrieren zum psychiatrischen Versorgungssystem
573	Qualifikationsprofile im Pflege- und Funktionsdienst als Instrument im Personal- und Kompetenzmanagement

Nr.	Titel
574	Qualität in der stationären Altenpflege am Beispiel der Prozessbeschreibung
575	Qualität pflegerischer Leistungen versus Patientenzufriedenheit
576	Qualitätsmanagement in der außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflege. Betrachtung verschiedener Qualitätsmanagementsysteme und interne Qualitätssicherung unter Nutzung des Instruments des Qualitätszirkels
577	Qualitätsmanagement und Mitarbeiterorientierung. Personalentwicklung im Rahmen von KTQ
578	Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen ausgewählten Systemen
579	Qualitätssicherung durch Mitarbeiterorientierung im Dienstleistungssektor Krankenhaus
580	Qualitätssicherung in der Altenpflege. Grundlagen, Methoden und deren Wirksamkeit
581	Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie im Rahmen eines anästhesiologisch geführten Akutschmerzdienstes
582	Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege Aufgaben des Pflegemanagements bei der Umsetzung eines Ernährungsstandards in einer stationären Pflegeeinrichtung
583	Rahmenbedingungen für Qualitätsstandards zum Abbau von Ernährungsdefiziten in stationären Altenpflegeeinrichtungen
584	Rahmenbedingungen im pflegerischen Behandlungsprozess. Voraussetzungen für eine gelungene Kommunikation im Krankenhaus
585	Reduzierung von Fehlzeiten durch betriebliches Gesundheitsmanagement in der stationären Altenpflege
586	Reduzierung von Überstunden. Ein Konzept zur Reduzierung von Überstunden im Bereich der Krankenhäuser am Beispiel einer internistischen Station eines Akutkrankenhauses
587	Reflexion der Ansätze. Instrumente des strategischen Managements für Gesundheitsunternehmen. Eine anwendungsorientierte Analyse
588	Reformbedarf der Sozialen Pflegeversicherung beim Umgang mit Demenz
589	Relevante Rahmenbedingungen zur Steuerung von Pflegeeinrichtungen. Kennzahlenorientiertes Steuerungs- und Regelungsmodell
590	Relevanz und Realisierung einer alters- und altersgerechten Arbeitswelt in der stationären Altenpflege
591	Religion in der stationären Altenpflege des Hochsauerlandkreises
592	Religionen und ihre Auswirkungen auf die Pflege im vereinigten Europa als Pflegemanagementaufgabe der Zukunft
593	Reorganisation im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Mitarbeiterzufriedenheit: Entwicklung einer strukturierten Entscheidungshilfe für Führungskräfte
594	Retrospektive Beweggründe Pflegenden für einen Wechsel vom stationären zum anästhesiologischen Bereich
595	Risikomanagement bei Pandemien von Infektionskrankheiten – aktuelle Herausforderungen für das Pflegemanagement
596	Risikomanagement im Krankenhaus. Aufbau und Einführung
597	Risikomanagement in Kliniken mit akutstationärer Versorgung. Ein möglicher Ansatz zur Implementierung im Pflegebereich
598	Rolle und Position pflegender Angehöriger. Analyse von Chancen, Risiken und Gefahren
599	Rollenwahrnehmung in der stationären Altenpflege
600	Salutogen orientierte Biografiearbeit in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Genogramme: Schlüssel zur biografieorientierten Arbeit?

Nr.	Titel
601	Salutogenese in der Altenpflege. Impulse zur Stärkung des Kohärenzgefühls von Pflegekräften im stationären Bereich durch eine salutogen orientierte Personalführung.
602	Schmerzmanagement bei altersverwirrten Menschen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
603	Schnittstellen und Versorgungslücken zwischen ambulanter Pflege und rechtlicher Betreuung
604	Schulung Angehöriger von Patienten mit Alzheimer-Demenz – ein Zwei-Säulen-Konzept
605	Selbstbestimmtes Wohnen im Alter. Angebote, Möglichkeiten und Grenzen. Eine Analyse spezieller Wohnmöglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung der Problemlage von Menschen mit Demenz
606	Selbstgesteuertes Lernen als Vernetzung zwischen Pflege- und Bildungsmanagement – am Beispiel der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie
607	Senioren, Kinder, Tiere und Natur – ein Wohnkonzept, das die Lebensqualität steigert und dabei Kosten spart
608	Servicekräfte im Krankenhaus. Zum Problem der Delegation pflegerischer Tätigkeiten
609	Servicepotenzial als Markenversprechen und Element der wertschätzenden Führung im Krankenhaus? Die neurochirurgische Universitätsklinik am Universitätsspital Bern als Beispiel
610	Sicherheit aus Unsicherheit? Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege
611	Sicherung der Versorgungskontinuität beim Übergang von Patienten aus dem stationären Krankenhausbereich in den ambulanten und stationären Pflegebereich am Beispiel des Reinhard-Nieter-Krankenhauses in Wilhelmshaven. Eine Aufgabe für das Entlassungsmanagement
612	Sieben ausgewählte Aspekte einer gelingenden Kommunikation und eines bewussten Sprachgebrauchs für Pflegende alter Menschen. Bausteine für eine erfolgreiche Kommunikation mit demenziell Erkrankten
613	Souveränität und Partizipation. Die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen
614	Spezialisierung stationärer Pflegeeinrichtungen. Konzeptentwicklung im Rahmen von EFQM zur Versorgung von jüngeren pflegebedürftigen Menschen
614	Standardisierte Notrufabfrage. Das neue Qualitätskriterium? Telefongestützte Hilfeleistung zur Qualitätsverbesserung im Rettungsdienst
615	Stationäre Altenhilfeeinrichtungen als Partner im Quartier. Ansätze für eine zukunftsorientierte Angebotsentwicklung
616	Stationäre Altenpflege – zwischen heutiger Situation und zukünftigem Anspruch
617	Stationszusammenlegungen im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegemanagerin. Analyse und Konzeption
618	Steigerung der Arbeitsmotivation durch Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung im Gesundheitswesen
619	Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit in einer ökumenischen Sozialstation
620	Sterbebegleitung in der Gerontopsychiatrie und ihre Bedeutung für stationäre Hospizeinrichtungen. Ein Lernfeld für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege
621	Sterbebegleitung in einem Wohnstift. Standardentwicklung im Kontext Dienstleistungsmanagement
622	Steuerung der Dienstleistungsqualität im Operationsdienst durch die Entwicklung einer Qualitäts-Scorecard
623	Strategieentwicklung im Seniorenmarkt unter Einsatz des strategischen Managements am Fallbeispiel eines privaten Seniorenpflegeheims
624	Strategien zur Existenzsicherung von Arztpraxen angesichts der wirtschaftlichen und rechtlichen neuen Rahmenbedingungen im 21. Jahrhundert.
625	Strategische Planung in der stationären Altenhilfe

Nr.	Titel
626	Strategisches Management. Bedeutung veränderter Rahmenbedingungen
627	Stress- und Burnoutprophylaxe in der Pflege: Wege der betrieblichen Gesundheitsförderung
628	Strukturierte Begleitung von Patienten in der Finalphase und über den Tod hinaus. Eine empirische Untersuchung zu palliativmedizinischen Skills im Krankenhaus
629	Stürze und Sturzfolgen im Klinikum Bad Hersfeld: Prävalenz, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention
630	Systemtheorie als Grundlage für ein konzeptionelles Pflegemanagement
631	Team Primary Nursing im Krankenhaus. Ein innovativer Reorganisationsansatz
632	Teilzeitarbeit in der psychiatrischen Pflege. Arbeitszeitgestaltung im Fokus der Bezugspflege
633	Tetraplegie in der ambulanten Pflege. Ein Managementkonzept für Pflegedienste
634	Theoretische und praktische Aspekte bei der Umsetzung von E-Health-Strategien im deutschen Gesundheitswesen
635	Theorie der Personalentwicklung auf Basis eines Mitarbeiterjahresgesprächs am Beispiel der Paritätischen Sozialdienste gGmbH
636	Total Quality Management im Krankenhaus
637	Transkulturalität in Altenpflegeeinrichtungen. Qualitätsmerkmale kultursensibler Altenpflege. Herausforderung an die Leitungen in der Pflege
639	Transkulturelle Pflege in der Psychiatrie
640	Transparenz. Grundlage moderner Führung
641	Über Mitarbeitergespräche zur Identifikation und Reduktion von Stressoren in der Altenpflege zur Verbesserung des Betriebsklimas auf der Basis der Burnoutkonzeption von Edelwich und der Theorie der Salutogenese von Antonovsky
642	Überblick und Vergleich verschiedener Interventionsmöglichkeiten zur Behandlung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
643	Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie Möglichkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention an weiterführenden Schulen in Schleswig-Holstein
644	Umgang mit Demenz im Akutkrankenhaus. Handlungsfelder und Maßnahmen
645	Umsetzung von Inhalten des nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege am Beispiel einer kontrollierten Intervention in einem Unternehmen der stationären Altenhilfe
646	Umverteilung von Tätigkeiten im Krankenhaus. Ursachen und mögliche Entwicklungen für den Berufsstand der Gesundheits- und Krankenpflege in der stationären Krankenversorgung
647	Unternehmenskommunikation mit Neuen Medien. Grundlagen und Empfehlungen für die stationäre Altenhilfe
648	Unternehmenskultur als Erfolgsfaktor im ambulanten Pflegedienst
649	Unterstützungssysteme bei Demenzerkrankungen für pflegende Angehörige als Aufgabe des Pflegemanagements
650	Untersuchung des Ernährungsmanagements vor und während der Implementierung des nationalen Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einer stationären Altenpflegeeinrichtung
651	Untersuchung des internetbasierten Marketings sowie des telefonischen Erstkontakts der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in der Stadt Dresden
652	Untersuchung von Fehlzeiten im ambulanten Pflegedienst

Nr.	Titel
653	Untersuchung zur Beurteilung der Betreuung von Auszubildenden in der Altenpflege und Heilerziehungspflege im Pflegepraktikum – Sichtweise der Auszubildenden und der jeweiligen Praxisanleiter
654	Untersuchung zur Delegation und Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachkräfte am Beispiel eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung
655	Untersuchungen zur Anreizwirkung und Leistungsbemessung bei variablen Entgeltsystemen in der stationären Pflege
656	Validität der Pflegedokumentation. Eine Untersuchung der Qualität der Pflegedokumentation und des geplanten Pflegeaufwandes gemessen an PPR
657	Verändert sich die Einstellung zum Pflegeberuf im Laufe der Berufsjahre und welche Auswirkung hätte diese Veränderung auf das untere Pflegemanagement?
658	Veränderte Anforderungen an die Qualifikation von Absolventinnen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Pflegewirklichkeit in der stationären Pflege
659	Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz unter besonderer Betrachtung von Case Management in der Pflegeberatung und in Pflegestützpunkten
660	Veränderungen im Anforderungsprofil des operativen Pflegemanagements im Krankenhaus
661	Veränderungsmanagement in der Pflege. Design eines Organisationskonzeptes zur Einführung der Bezugspflege
662	Verbesserungspotenziale in den operativen Prozessen des Ulrichheims Augsburg. Analyse, Bewertung, Umsetzungsplanung
663	Vergleich des Kundenbeziehungsmanagements der BMW-Group mit dem des Klinikums Nürnberg anhand Experteninterviews mit den jeweiligen Abteilungsleitern
664	Vermeidung der unnötigen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner. Eine Problembeschreibung und Lösungsansätze aus pflegerischer Sicht
665	Versorgungsmanagement bei onkologischen Erkrankungen. Eine qualitative Untersuchung aus Patientensicht
666	Vom Lean Management zum Lean Hospital: Führungskompetenzen für Pflegekräfte in verschlankten Klinikstrukturen
667	Von der Dokumentenlenkung zum Aufbau eines modernen Wissensmanagements
668	Von der koordinierten Entlassung zum Pflege-Case Management. (Pflege-)Konzepte zum Aufbau integrierter Versorgungsformen am Krankenhaus München Neuperlach
669	Von der Leistungsorientierung zur Wirkungsorientierung. Ein Paradigmenwechsel in der stationären Altenpflege. Konzeptionelle Überlegungen zur praktischen Umsetzung
670	Von der Mutter Oberin zur Pflegedirektion. Pflegemanagement im Wandel der Zeit
671	Von der Vision zur Wirklichkeit der integrierten Versorgung. Beschreibung eines Konzeptes für die Entwicklung eines Pflegebüros
672	Von Kunden und Dienstleistern – die Veränderungsdynamik im Gesundheitswesen. Beschreibung der Ist-Situation und die Anwendung verschiedener salutogener Impulse auf die herausgestellte Problemlage
673	Vor- und Nachteile eines leistungsbezogenen Entgeltes im Bereich der Pflege nach § 18 TVöD. Betrachtung aus Sicht der Managementebene, der Personalvertretung und der Pflegemitarbeiter am Beispiel der Spitalstiftung in Konstanz
674	Voraussetzungen, Grenzen und Möglichkeiten der Entwicklung einer kommunalen Altenpflegeeinrichtung zu einer lernenden Organisation unter Einbeziehung praktischer Anwendungsmöglichkeiten
675	Vorbereitung der methodisch gestützten Beschaffung einer Controllingsoftware zur Implementierung eines Materialcontrollings für den OP-Bereich des Spitals Männedorf
676	Vorbereitung eigenständiger Vergütungsverhandlungen im ambulanten Pflegedienst. Zeitverschwendung oder Herausforderung?

Nr.	Titel
677	Wandel der Inhalte pflegerischer Interventionen durch Prozessmanagement an den Akutkrankenhäusern am Beispiel der Schmerzbehandlung im Klinikum am Steinberg Reutlingen
678	Wandel in den Führungsstrukturen in der stationären Altenhilfe
679	Was Krankenhäuser von der Industrie bezüglich Prozessoptimierung lernen können. Eine Untersuchung der Methoden und Prozesse von Krankenhäusern und Industrieunternehmen auch am Beispiel der Solaris Bus & Coach S.A.
680	Weg in die Selbstständigkeit am Beispiel einer Gründung eines ambulanten Pflegedienstes
681	Weiterentwicklung der Schwangeren- und Wöchnerinnenversorgung zur kundenorientierten Dienstleistung
682	Welche Anforderungen und Perspektiven ergeben sich für die Berufsgruppe der Pflegenden im Kontext der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen der stationären Krankenversorgung?
683	Welche Qualitätsverbesserung im Entlassungsprozess können unter Berücksichtigung der Kriterien im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) auf der neurologischen Abteilung in der Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken erreicht werden?
684	Welche Verbesserungen werden durch eine Optimierung der Pflegeplanung und die Entwicklung eines Evaluationsinstrumentes zum Nachweis pflegetherapeutischer Wirksamkeit hinsichtlich der Vernetzung der Pflege- und Therapieplanung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik erzielt?
685	Welchen Stellenwert hat der Tod in unserer Gesellschaft? Ansätze und Position einer Gettoisierung des Sterbens in einer Altenpflegeeinrichtung
686	Wenn der Helfende selbst Hilfe braucht: Mobbing in Pflegeberufen
687	Werteorientiertes Personalmanagement in der gemeinnützigen ambulanten Pflege
688	Wettbewerbs- und Erfolgsbedingungen eines anthroposophischen Pflegedienstes in Berlin: Businessplan
689	Wie erleben Pflegenden die Begleitung Angehöriger in Krisensituationen auf kardiochirurgischen Intensivstationen?
690	Wie ist die im Sozialgesetzbuch V vorgeschriebene ausreichende Pflege im Krankenhaus der Zukunft realisierbar?
691	Wie salutogen sind Mitarbeiter in Arbeitsprozesse integriert und wie salutogen müssen Organisationen gestaltet sein, um Mitarbeiter gesundheitsförderlich in Arbeitsprozesse zu integrieren? Eine empirische Untersuchung zweier Krankenhäuser auf der Basis von Antonovskys Salutogenese
692	Wissen und Einstellungen von Pflegefachkräften zu Palliative Care
693	Wissensmanagement als eine Herausforderung für das Pflegemanagement. Eine Analyse der organisatorischen, managerialen und individuellen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung und Weiterführung von Wissensmanagement
694	Wissensmanagement in der Pflege
695	Wissensmanagement von Pflegekräften im Bereich der stationären Krankenversorgung – eine Gestaltungsaufgabe im Pflegemanagement
696	Wohngemeinschaft für Senioren (Haus am Dorfplatz, Isny/Beuren). Ein Konzept für bezahlbares Seniorenwohnen mit Unterstützung im ländlichen Raum
697	Wohngemeinschaften für Senioren als Alternative zum stationären Heimaufenthalt. Möglichkeit der Umsetzung der Forderung ambulant vor stationär
698	Wohnpark Homeyers Anger: Fallstudie. Ein Projekt des Betreuten Wohnens unter besonderer Berücksichtigung altersgerechter Lebensbedingungen
699	Zählt Präsentismus zu den Führungsaufgaben der unteren Führungsebene?

Nr.	Titel
700	Zeitgemäße Personalkonzeption im Hausgemeinschaftsmodell. Ein praxisorientierter Leitfaden
701	Zentrale Aspekte des Businessplans für Existenzgründer unter Berücksichtigung empirischer Analysen bei Fremdfinanzierung
702	Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 oder KTQ? Ein Vergleich der Verfahren am Beispiel eines Krankenhauses
703	Zielgerichtete Kommunikationspolitik als Voraussetzung für ein erfolgreiches Marketing in der ambulanten Pflege
704	Zielgruppe 60+: Kommunikationsstrategien zur Verbesserung der Außendarstellung professionell Pflegender
705	Zufriedene Angehörige in der stationären Altenpflege. Wie definieren Angehörige von Bewohnern der stationären Altenpflege Qualität?
706	Zukunft Pflege – best case or worst case
707	Zukünftige Anforderungen meistern. Belastung und Beanspruchung im Krankenhaus am Beispiel von OP-Pflegemitarbeitern
708	Zukünftige Veränderung im Krankenhausmanagement. Exemplarische Überlegungen zu einer Neuordnung der Aufbau- und Ablauforganisation in den Führungsebenen des Westküstenklinikums Heide
709	Zukunftsberuf Pflege. Chancen einer ganzen Generation durch eine neue Profession. Probleme und Möglichkeiten des Pflegeberufes
710	Zukunftswerkstatt. Möglichkeit zur handlungsorientierten Themenbearbeitung für die theoretische Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz von 2003
711	Zur Bedeutung der Weiterbildung zur Fachkraft in der Intensivpflege und Anästhesie aus der Perspektive des mittleren Managements
712	Zur Bedeutung des Wertewandels in der Bundesrepublik Deutschland für die ambulante pflegerische Versorgung und dessen Auswirkungen auf die Einrichtungen, Patienten und Mitarbeiter
713	Zur Qualität der Betreuung von Patienten mit Schmerzen während eines stationären Klinikaufenthaltes
714	Zur Situation schwerkranker und sterbender Kinder in Deutschland – die unterschiedlichen Ansätze in der Hospiz- und Palliativversorgung
715	Zusammenhang Sturzzeitpunkt bei geriatrischen Patienten und der Personalbesetzung auf Station – eine Sekundäranalyse der Sturzereignisprotokolle und der Personalbesetzung 2006 im Geriatriezentrum Neuburg
716	Zuweiserbefragung als Indikator des Qualitätsmanagements im Krankenhaus
717	Zwischen allen Stühlen. Eine empirische Untersuchung zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Pflegedienstleitungen in der stationären Altenpflege
718	Zwischen Selbstbestimmung und Sicherheitsgedanken. Das österreichische Heimaufenthalts-gesetz (HeimAufG) – eine Evaluationsstudie zu dessen Umsetzung in vier oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen

B.2 Dokumentation | Lehrinhalt

B.2.1 Studienmaterialien | Grundstudium

Pflegewissenschaft I	
Inhalte	Seiten
SB 1 Entstehung und Entwicklung der modernen Pflege in Deutschland Historische Pflegeforschung: Einführung in die Entwicklung Krankenpflege im 19. Jahrhundert Frauenerwerbstätigkeit im historischen Wandel Entwicklung der Krankenpflege bis 1933 Krankenpflege ab 1933 Nach 1945: Die Pflege geht unterschiedliche Wege Anlage: Historisches Quellenmaterial <i>Insgesamt</i>	54 73
SB 2 Einführung in die Pflegewissenschaft und Instrumente zur Analyse und Bewertung von pflegetheoretischen Modellen Pflegetheoretische Grundlagen Rezeptionsprobleme und Voraussetzungen Praxisbezogene Analyse pflegetheoretischer Konzepte und Modelle Kritische Würdigung <i>Insgesamt</i>	37 54
SB 3 Grundlegende internationale pflegetheoretische Modelle im Überblick Einteilungsmodelle zur Systematisierung pflegetheoretischer Modelle nach Denkschulen Pflegetheoretische Modelle im Überblick Pflegetheoretische Modelle und Pflegeleitbilder – kritische Würdigung <i>Insgesamt</i>	26 41
SB 4 Analyse eines Pflegemodells am Beispiel des Modells von Dorothea Orem Deskription Evaluation <i>Insgesamt</i>	41 58
SB 5 Pflegetheoretische Adaptionen im deutschen Sprachraum Angelsächsische Impulse Adaptionen angloamerikanischer Vorlagen Kritische Würdigung und zusammenfassende Reflexion <i>Insgesamt</i>	24 37
SB 6 Das Pflegemodell von Karin Wittneben – als ein Beispiel für Pflegemodelle aus dem deutschsprachigen Raum Deskription Kritik <i>Insgesamt</i>	26 40

Pflegewissenschaft I	
Inhalte	Seiten
SB 7 Pflegeprozess – System aufeinander bezogener Handlungen	
Zur Entstehungsgeschichte des Pflegeprozesses Zum Pflegeprozess nach Yura und Walsh	63
Zur Rezeption und Umsetzung des Pflegeprozesses in Deutschland Exkurs: Pflegediagnose und Pflegeprozess Anlage: Pflegeblatt	81
<i>Insgesamt</i>	
SB 8 Pflegedokumentation	
Einordnung der Pflegedokumentation Begründung der Pflegedokumentation Vorstellung verschiedener Dokumentationssysteme	32
Prüfung und Bewertung von Dokumentationssystemen Umsetzung einer korrekten Pflegedokumentation Dokumentation und EDV – Dokumentation und Qualität	41
<i>Insgesamt</i>	

Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen	
Inhalte	Seiten
SB 1 Reader: Überblick mit Fallbeispielen	
Einführung in den Reader Zur ökonomischen Bedeutung der pflegerischen Leistungen Themenbereiche im Studienfach (Grundstudium – Hauptstudium)	18
<i>Insgesamt</i>	<i>22</i>
SB 2 Einführung – Betriebswirtschaftliche Grundlagen	
Gegenstand und Methoden der Betriebswirtschaftslehre Betriebliche Ziele und konstitutive Entscheidungen Rechtsformen der Betriebe	39
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>
SB 3 Produktionsfaktoren/Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (1)	
Produktionsfaktoren als Grundlage der Wertschöpfung Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche	33
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>
SB 4 Betriebliche Prozesse und Funktionsbereiche (2)	
Materialwirtschaft Anlagenwirtschaft Produktionswirtschaft Marketing Unternehmensführung	33
<i>Insgesamt</i>	<i>45</i>
SB 5 Grundlagen der Personalwirtschaft – Teil 1	
Praktische und wissenschaftliche Bedeutung von Personalarbeit Personalplanung Personalbedarfsdeckung und -anpassung Personalentwicklung	44
<i>Insgesamt</i>	<i>48</i>
SB 6 Grundlagen der Personalwirtschaft – Teil 2	
Personaleinsatz Personalführung Personalbeurteilung Personalverwaltung	54
<i>Insgesamt</i>	<i>71</i>
SB 7 Buchführung – Grundlagen und Organisation	
Grundlagen des betrieblichen Rechnungswesens Rechtliche Grundlagen der Buchhaltung System der kaufmännischen Buchführung Organisation der Buchführung	44
<i>Insgesamt</i>	<i>58</i>
SB 8 Jahresabschluss – Grundlagen	
Bilanz und Jahresabschluss – eine begriffliche Kennzeichnung Adressaten des Jahresabschlusses und deren Informationsbedürfnisse Bilanztheorien und Bilanzarten	25
Rechtliche Grundlagen für handels- und steuerrechtliche Jahresabschlüsse Inhalt und Bedeutung von Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung	33
<i>Insgesamt</i>	<i>33</i>

Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Rechnungswesen	
Inhalte	Seiten
SB 9 Investition/Finanzierung (1) – Grundbegriffe	
Grundbegriffe und Zusammenhänge Investitionen und Investitionsrechnungen	55
<i>Insgesamt</i>	<i>70</i>
SB 10 Investition/Finanzierung (2) – Grundlagen der Finanzierung	
Außenfinanzierung Innenfinanzierung	50
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>

Soziologie	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung – Reader: Dokumente aus dem Pflegealltag	
Berichte aus dem Krankenhaus Berichte aus der ambulanten Pflege Berichte aus der stationären Pflege	25
<i>Insgesamt</i>	<i>36</i>
SB 2 Allgemeine Soziologie – Grundlagen	
Was ist Soziologie? Ursprung und Leitvorstellungen der Soziologie Sozialstruktur und sozialer Wandel Anlage: Sozialmilieus in Deutschland	38
<i>Insgesamt</i>	<i>58</i>
SB 3 Allgemeine Soziologie – Theorien und Konzepte	
Interpretative und phänomenologische Soziologie Strukturfunktionale Handlungs- und Systemtheorie	
Von der strukturfunktionalen zur funktional-strukturellen Systemtheorie Theorie der Praxis	35
<i>Insgesamt</i>	<i>52</i>
SB 4 Spezielle Soziologie – Sozialisation, Beruf, Familie	
Sozialisation Berufssoziologie Familiensoziologie	44
<i>Insgesamt</i>	<i>69</i>
SB 5 Spezielle Soziologie – Alter, Medizin, Organisation	
Alternssoziologie Medizin- und Gesundheitssoziologie Organisationssoziologie	49
<i>Insgesamt</i>	<i>79</i>
SB 6 Soziologie der Pflege – Pflegerische Berufsvollzüge und Professionalisierung der Pflege	
Von der Nächstenliebe zum Beruf Der lange Weg der Professionalisierung Neue Herausforderungen für die Pflege Pflege mit Konzept	42
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>
SB 7 Soziologie der Pflege – Organisationsstrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens	
Organisationen und Strukturen der stationären Pflege Planung, Führung, Teamarbeit Gewalt gegen alte Menschen	58
<i>Insgesamt</i>	<i>83</i>

Psychologie	
Inhalte	Seiten
SB 1 Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Einführung in die Psychologie und Sozialpsychologie	
Einführung in die Psychologie Sozialpsychologie	36
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 2 Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Gruppen- und Kommunikationspsychologie	
Gruppenpsychologie Kommunikationspsychologie	38
<i>Insgesamt</i>	<i>53</i>
SB 3 Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Persönlichkeitspsychologie	
Theoretische Grundlagen der Persönlichkeitspsychologie Anwendungsfelder der Persönlichkeitspsychologie	38
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>
SB 4 Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Alterspsychologie	
Alterspsychologie – Theoretischer Teil Alterspsychologie – Psychologische Anwendungsaspekte	39
<i>Insgesamt</i>	<i>53</i>
SB 5 Allgemeine Grundlagen der Psychologie – Führungs- und Organisationspsychologie	
Theoretischer Teil (Führungspsychologie – Organisationspsychologie) Anwendungsteil	50
<i>Insgesamt</i>	<i>63</i>
SB 6 Spezielle Aspekte der Psychologie – Psychologie der Pflege und Pflege als Beruf	
Nähe und Distanz Psychische Dysregulation Zur Helferpersönlichkeit Verhaltensgewohnheiten gegenüber anderen Menschen	
Zum Burnout Beratung, Information und Schulung Einbeziehung von Angehörigen in den Pflegeprozess	53
<i>Insgesamt</i>	<i>69</i>

Recht der Pflege	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung in das Recht – Allgemeine Grundlagen	
Einführung (Begriff des Rechts)	45
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 2 Zivilrecht – Schuld-, Vertrags- und Haftungsrecht	
Wichtige Rechtsbegriffe Privatautonomie und ihre Grenzen Einführung in das System der zivilrechtlichen Haftung	
Rechtsgeschäfte und das Vertragsrecht Die unerlaubte Handlung und Gefährdungsbeurteilung	36
<i>Insgesamt</i>	<i>48</i>
SB 3 Arbeitsrecht 1: Grundlagen des Arbeitsrechts	
Einordnung des Arbeitsrechts Anwendungsbereiche des Arbeitsrechts Rechtsgrundlagen des Arbeitsrechts	33
<i>Insgesamt</i>	<i>58</i>
SB 4 Arbeitsrecht 2: Inhalt des Arbeitsverhältnisses	
Anbahnung des Arbeitsverhältnisses Begründung des Arbeitsverhältnisses Vertragsarten	
Pflichten des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsvertrag Pflichten des Arbeitgebers aus dem Arbeitsverhältnis	46
<i>Insgesamt</i>	<i>70</i>
SB 5 Arbeitsrecht 3. Beendigung von Arbeitsverhältnissen	
Einvernehmliche Beendigung von Arbeitsverhältnissen Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung Zeugnis Grundzüge des Arbeitsgerichtsverfahrens	41
<i>Insgesamt</i>	<i>61</i>
SB 6 Reader – Einführung und Materialien	
Einführung in das Recht der Pflege Urteilsammlung	67
<i>Insgesamt</i>	<i>75</i>
SB 7 Leistungsrecht	
Die gesetzliche Krankenversicherung Die soziale Pflegeversicherung Die Sozialhilfe Das Heimgesetz	41
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>
SB 8 Leistungserbringungsrecht	
Grundlagen Versorgungsvertrag (Abschluss, Inhalt, Form) Rahmenvertrag Vergütungsregelungen Qualitätssicherung Wirtschaftlichkeitsprüfung	38
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 9 Verfahrensrecht	
Grundbegriffe Rechtsschutz im Leistungsrecht Rechtswegzuweisung Rechtsschutz in Bezug auf die Statusverträge Mahnwesen Kosten der Rechtsverfolgung	33
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>

Gesundheitswissenschaft	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung und Gesundheitskonzepte im Überblick	
Einführung in die Gesundheitswissenschaft Gesundheit und Gesundheitskonzepte im Überblick	29
<i>Insgesamt</i>	<i>45</i>
SB 2 Gesundheitsressourcen und ihre drei Dimensionen	
Gesundheitsressourcen und ihre drei Dimensionen Gesundheitsressourcen und Pflege	27
<i>Insgesamt</i>	<i>40</i>
SB 3 Gesundheitsrisiken und ihre drei Dimensionen	
Gesundheitsrisiken und ihre drei Dimensionen	28
<i>Insgesamt</i>	<i>41</i>
SB 4 Gesundheitssysteme im Zusammenhang	
Gesundheitssystemanalyse Gesundheitssystemgestaltung	31
<i>Insgesamt</i>	<i>46</i>
SB 5 Forschungsmethoden – Evaluation, Qualitätssicherung, Berichterstattung	
Evaluation Qualitätssicherung Gesundheitsberichterstattung	24
<i>Insgesamt</i>	<i>35</i>
SB 6 Handlungsmethoden (1) – Gesundheitsförderung	
Gesundheitsförderung und Prävention: eine Gegenüberstellung Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung	
Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung Gesundheitsförderung in der Pflege	34
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>
SB 7 Handlungsmethoden (2) – Prävention	
Prävention – Grundlagen und Dimensionen Zwei Präventionsprogramme – Darstellung und Reflexion Prävention in der Pflege	26
<i>Insgesamt</i>	<i>36</i>
SB 8 Handlungsmethoden (3) – Beratung, Bildung, Selbsthilfe	
Gesundheitsaufklärung und -beratung Gesundheitserziehung und -bildung Gesundheitsselfhilfe Gesundheitstraining	
Präventivmedizin Umsetzung von Maßnahmen – Rahmenbedingungen und Forschungsansätze Anlage: Checkliste zur Planung und Evaluation von Maßnahmen	29
<i>Insgesamt</i>	<i>39</i>

Gesundheitsökonomie und -politik	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung in die Sozial- und Gesundheitspolitik	
Grundlagen der Sozialpolitik Gesamtwirtschaftliche Aspekte der Sozialpolitik Sozialpolitik als soziale Sicherung	51
Gesundheitspolitik als Sozialpolitik Zukünftige Herausforderungen an die Sozial- und Gesundheitspolitik	71
<i>Insgesamt</i>	
SB 2 Einführung in die Gesundheitsökonomie	
Fragestellungen und Methoden der Gesundheitsökonomie Nachfrage nach Gesundheitsgütern Angebot und Vergütung von Gesundheitsleistungen	53
Wettbewerb und Marktversagen Nicht marktliche Allokationsverfahren Gesundheitssektor: Kosten- oder Wachstumsfaktor? Ökonomische Evaluationsverfahren	66
<i>Insgesamt</i>	
SB 3 Gesundheitssystem der Bundesrepublik – Strukturelle Probleme und aktuelle Reformansätze	
Deutsches Gesundheitssystem im Überblick Defizite und Debatten in der Gesundheitspolitik	57
Reformpolitik im Gesundheitssystem Politikwissenschaftliche Ansätze und Erklärungskonzepte	74
<i>Insgesamt</i>	
SB 4 Internationale Gesundheitssysteme – Vergleich und Harmonisierung	
Gesundheitspolitik – nationale oder internationale Aufgabe? Bemerkungen zum internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen	43
Gesundheitssysteme ausgewählter Länder Anlage: Statistiken	61
<i>Insgesamt</i>	
SB 5 Managed Care und Pflegeversorgung	
Managed Care im Überblick Ausgewählte Steuerungsinstrumente von Managed Care Beurteilung von Managed Care	52
<i>Insgesamt</i>	71
SB 6 Analyse der Pflegemärkte	
Grundlagen Pflegemärkte Marktstruktur Marktverhalten und -ergebnis	52
<i>Insgesamt</i>	68

Empirische Methoden	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung und Forschungsbeispiele	
Einführung in die empirischen Methoden Forschungsbeispiele: Empirische Sozialforschung im Gesundheitsbereich	25
<i>Insgesamt</i>	<i>37</i>
SB 2 Forschungsprozess und Auswahlverfahren	
Forschungsprozess und -design Auswahlverfahren	36
<i>Insgesamt</i>	<i>48</i>
SB 3 Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren	
Erhebungsverfahren Aufbereitungsverfahren	47
<i>Insgesamt</i>	<i>59</i>
SB 4 Methoden quantitativer Erhebungsverfahren	
Allgemeines zu quantitativen Erhebungsverfahren Die schriftliche Befragung Aufbau Praktische Durchführung Anlage: Beispiele	33
<i>Insgesamt</i>	<i>42</i>
SB 5 Auswertungsverfahren und Gütekriterien	
Auswertungsverfahren Gütekriterien empirischer Forschung Verallgemeinerung Triangulation	39
<i>Insgesamt</i>	<i>52</i>
SB 6 Computergestützte Datenanalyse	
Computergestützte Datenanalyse Datenaufbereitung Datenauswertung Datendarstellung Anlage: Daten	57
<i>Insgesamt</i>	<i>71</i>

Pflegemanagement I	
Inhalte	Seiten
SB 1 Herausforderungen an das moderne Pflegemanagement	
Herausforderungen an das moderne Pflegemanagement: Eine Standortbestimmung Anlage: Übersicht	23
<i>Insgesamt</i>	<i>43</i>
SB 2 Managementtheoretische Grundlagen – Paradigmenwechsel im Management	
Einführung und Ausgangssituation Organisations- und Managementtheorien: Entwicklungslinien und Ansätze im Überblick	
Konzept der Organisationskultur Konzept der Mikropolitik Anlage	55
<i>Insgesamt</i>	<i>73</i>
SB 3 Grundlagen des Pflegemanagements – interdisziplinärer, systemorientierter, integrativer Ansatz	
Zum Theorie-Praxis-Problem des Pflegemanagements Handlungsfeld Pflege als System	
Konzept des integrierten Pflegemanagements Entwicklungsorientiertes Pflegemanagement Anlage	56
<i>Insgesamt</i>	<i>72</i>
SB 4 Pflegemanagement als Wissensmanagement: Reflexive Modernisierung des Pflegemanagements	
Was heißt reflexive Modernisierung des Pflegemanagements? Konzept des Wissensmanagements	
Organisation des Wissensmanagements Lernende Organisation in der Praxis	41
<i>Insgesamt</i>	<i>57</i>
SB 5 Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe: Pflegemanagementkonzepte und ihre Anforderungen	
Konzept der Gesundheitsförderung (WHO 1986) – neue Leitlinien für Gesundheitsberufe Wertewandel Wandel des Wertes der der Arbeit	
Strukturwandel gestalten: Antworten auf die wertewandelbedingten Herausforderungen Systemisch-konstruktivistische Perspektive – neue Aufgaben der Pflegermanager	40
<i>Insgesamt</i>	<i>59</i>
SB 6 Pflegemanagement als Gestaltungsaufgabe: Transformation der Pflege und der Pflegeorganisation	
Transformation der Pflege – von anstaltlicher zu sozial-unternehmerischer Pflegeorganisation	
Transformation der Pflegeorganisation – zentrale Aspekte der Binnenmodernisierung Anlage: Personalpflege	41
<i>Insgesamt</i>	<i>55</i>

B.2.2 Studienmaterialien | Hauptstudium

Pflegewissenschaft II	
Inhalte	Seiten
SB 1 Grundlagen der Qualitätssicherung	
Entstehungsgeschichte der Qualitätssicherung in der Pflege Kritische Bewertung von Verfahren der Qualitätssicherung Qualitätsmanagement	32
<i>Insgesamt</i>	<i>53</i>
SB 2 Methoden der Qualitätssicherung	
Dimensionen der Pflegequalität Zertifizierung Qualitätszirkel als Methode der Qualitätssicherung und Beteiligungsmodell Pflegevisite Qualitätsmessung in der Pflege	40
<i>Insgesamt</i>	<i>57</i>
SB 3 Pflegeforschung: Themenbereiche und Stand der Entwicklung	
Die Domäne der Pflegeforschung: Zur Begriffsbestimmung Strukturierungsmöglichkeiten von Forschungsbereichen Entwicklung der Pflegeforschung	
Forschungsthemen und Ergebnisse – deutschsprachige Literatur Defizite der Forschung	35
<i>Insgesamt</i>	<i>54</i>
SB 4 Pflegeforschung: Ausgewählte Studien zum Forschungsprozess	
Gütekriterien für die Bewertung eines Forschungsberichtes Forschungsbericht zum Thema Burnout von Pflegenden	
Forschungsbericht zum Thema Pflegeabhängigkeit Forschungsbericht zum Thema Fremde Welt Pflegeheim	49
<i>Insgesamt</i>	<i>63</i>
SB 5 Kultur und Pflege: Grundlagen und Konzepte	
Kulturtheoretische Grundlagen Leiningers Theorie der kulturellen Diversität und Universalität	
Transkulturalität im Kontext Pflege Vorstellungen von Krankheit/Kranksein – Gesundheit/Gesundsein im kulturellen Kontext Anlage: Interkultureller Selbsttest	39
<i>Insgesamt</i>	<i>56</i>
SB 6 Kultur und Pflege: Ausgewählte Praxisprojekte	
Migration Transkulturelle Organisationsentwicklung am Beispiel einer schweizerischen Sucht- und Drogenberatungsstelle	
Das multikulturelle Seniorenzentrum Haus am Sandberg und das Pilotprojekt ESA	
Interkulturelle Fortbildung [iku:] in der Altenpflege – ein Modellprojekt des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE)	
Einrichtung eines Dolmetscherdienstes am Beispiel des Krankenhauses München Schwabing (KMS)	36
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>

Pflegewissenschaft II	
Inhalte	Seiten
SB 7 Ethik und Pflege I: Theorien und Prinzipien	
Prinzipien der Ethik Ethische Modelle Angewandte Ethik	53
<i>Insgesamt</i>	<i>66</i>
SB 8 Ethik und Pflege II: Probleme und Anforderungen	
Ausgangssituation Ethische Herausforderungen des Pflegeberufs: Problemfelder Probleme einer Berufsethik	
Anwendungsprobleme I: Methodische Fragen Anwendungsprobleme II: Praktische Fragen Institutionalisierung ethischer Reflexion	51
<i>Insgesamt</i>	<i>73</i>
SB 9 Spezielle Instrumente: Assessmentverfahren in der Pflege	
Grundsätzliche Überlegungen zu Assessmentinstrumenten Kleinere Assessmentinstrumente Gütekriterien von Assessmentinstrumenten	
Assessments mittlerer Reichweite Einschätzung von Pflegebedürftigkeit/Pflegeaufwand	57
<i>Insgesamt</i>	<i>72</i>
SB 10 Profession Pflege: Handlungsfelder Pflege	
Erste Dimension: Akteure – Pflegeexperten und andere Pflegenden Zweite Dimension: Adressaten der Pflege (Handlungsgründe)	
Dritte Dimension: Handlungen – was Pflegeexperten tun (bzw. tun könnten) Vierte Dimension: Institution der Pflege (Handlungsorte)	38
<i>Insgesamt</i>	<i>56</i>
SB 11 Profession Pflege: Professionalisierung der Pflege	
Einführung Qualifikationsentwicklung in der Pflege Pflegespezifische Ausbildungen Akademisierung der Pflege	
<i>Insgesamt</i>	<i>56</i>

Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre	
Inhalte	Seiten
SB 1 Marketing – Grundlagen	
Zur Marketingdenkweise und zum Begriff Marketing Marketingziele und Marketingprozess Marketinginstrumente Einsatzbereiche des Marketings Marketing-Management-Philosophie Marktbearbeitungsstrategie <i>Insgesamt</i>	26 37
SB 2 Dienstleistungsmarketing (1)	
Grundlagen des Dienstleistungsmarketings Qualität der Dienstleistung aus Sicht der Kunden Methoden zur Messung der externen Dienstleistungsqualität Methoden zur Messung der internen Dienstleistungsqualität <i>Insgesamt</i>	33 46
SB 3 Dienstleistungsmarketing (2)	
Festlegung von Strategien im Dienstleistungsbereich Operative Ausgestaltungsmöglichkeiten dienstleistungsspezifischer Strategien <i>Insgesamt</i>	21 31
SB 4 Controlling/Dienstleistungscontrolling – Grundlagen	
Grundlagen des Controllings Informationsbasis des Controllings Ausgewählte Instrumente des Controllings für Dienstleistungsunternehmen <i>Insgesamt</i>	48 60
SB 5 Einführung – Pflegewirtschaftliche Grundlagen	
Entwicklungslinien und Basiskonzepte der Betriebswirtschaftslehre Pflegewirtschaftslehre – eine Einführung Unternehmensprozesse der Pflegeeinrichtungen <i>Insgesamt</i>	45 57
SB 6 Krankenhaus (1) Marktzufuhr/Nicht-Markt-Prozesse	
Marktzufuhr Nicht-Markt-Prozesse <i>Insgesamt</i>	41 50
SB 7 Krankenhaus (2) Rechnungswesen/Finanzierung	
Betriebliches Rechnungswesen im Krankenhaus – Grundlagen Internes Rechnungswesen im Krankenhaus Externes Rechnungswesen im Krankenhaus Krankenhausfinanzierung <i>Insgesamt</i>	46 56
SB 8 Krankenhaus (3) Personalwirtschaft/Controlling/Marketing	
Personalwirtschaft im Krankenhaus Controlling im Krankenhaus Marketing im Krankenhaus <i>Insgesamt</i>	37 48

Allgemeine Betriebswirtschaftslehre/Pflegewirtschaftslehre	
Inhalte	Seiten
SB 9 Stationäre Einrichtungen (1) Nicht-Marktprozesse/Marktzufuhr	
Zu den Unternehmensprozessen Marktzufuhr Nicht-Marktprozesse	35
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>
SB 10 Stationäre Einrichtungen (2) Rechnungswesen/Finanzierung	
Grundlagen zum Rechnungswesen in stationären Pflegeeinrichtungen Internes Rechnungswesen in stationären Pflegeeinrichtungen	41
Externes Rechnungswesen Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtungen	
<i>Insgesamt</i>	<i>50</i>
SB 11 Stationäre Einrichtungen (3) Controlling/Marketing/Personal	
Controlling in stationären Pflegeeinrichtungen Marketing in stationären Pflegeeinrichtungen Personalwirtschaft in stationären Pflegeeinrichtungen	20
<i>Insgesamt</i>	<i>28</i>
SB 12 Ambulante Einrichtungen (1) – Nicht-Markt-Prozesse/Marktzufuhr	
Veränderte Rahmenbedingungen Strukturelle Erfolgskriterien Die Personaleinsatzplanung	52
<i>Insgesamt</i>	<i>62</i>
SB 13 Ambulante Einrichtungen (2) – Rechnungswesen/Finanzierung/Personal	
Finanzierung im ambulanten Dienst Rechnungswesen im ambulanten Dienst Personalwesen im ambulanten Dienst Anlage: Gliederung der Bilanz	58
<i>Insgesamt</i>	<i>68</i>
SB 14 Strategie und Planung	
Strategisches Management und strategische Planung Übertragbarkeit des strategischen Managements auf die Krankenhäuser Vision und Leitbild Strategieentwicklung	30
<i>Insgesamt</i>	<i>40</i>
SB 15 Wirtschaftlichkeit und Qualität: Beispiel Krankenhaus	
Grundlagen der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsbewertung von Krankenhäusern	35
<i>Insgesamt</i>	<i>47</i>

Methoden und Techniken	
Inhalte	Seiten
SB 1 Projektmanagement (1) – Grundlagen	
Projektmanagement: wann, warum, wofür? Projektmodelle Handlungsperspektiven in Projekten Wie Projekte entstehen	32
<i>Insgesamt</i>	<i>45</i>
SB 2 Projektmanagement (2) – Organisation und Steuerung	
Grundlagen schaffen: Projekte planen Einstieg: Diagnose, Zielklärung, Planung Praktische Dimensionen der Projektorganisation	46
Praktische Dimensionen der Projektsteuerung Anlage: Projektauftrag – Kontextanalyse	59
<i>Insgesamt</i>	
SB 3 Projektmanagement (3) – Controlling und Integration	
Ergebnisse und Erfolge von Projekten Projektcontrolling: wie, wofür, durch wen? Integration: Ergebnisse und Wirkungen nutzen	29
Projekte erfolgreich abschließen Anlage: Hinweise für eine Projektreflexion	41
<i>Insgesamt</i>	
SB 4 Verhandlung und Zeitmanagement	
Verhandeln: Theorie und Praxis Zeitmanagement: Theorie und Praxis Anlage: Checklisten (Verhandlung, Zeitmanagement) – Arbeits-Zeit-Protokoll – Tagesplan	50
<i>Insgesamt</i>	<i>61</i>
SB 5 Präsentation	
Wofür wird professionelle Präsentation gebraucht? Womit arbeitet Präsentation? Wie können Präsentationen zielgerichtet realisiert werden?	51
Wie setze ich Hilfsmittel und moderne Präsentationstechnologie ein? Wie kann man präsentieren lernen?	61
<i>Insgesamt</i>	
SB 6 Selbstmanagement und Moderation	
Selbstmanagement oder: wie führe ich mich selbst? Moderation oder: wie führe ich Gruppen?	40
<i>Insgesamt</i>	<i>50</i>

Pflegemanagement II	
Inhalte	Seiten
SB 1 Führung und Kommunikation: Informations- und Kommunikationsmanagement	
Begriffsklärungen Informationsmanagement Kommunikationsmanagement	55
<i>Insgesamt</i>	<i>69</i>
SB 2 Führung und Kommunikation: Management und Führung	
Führungstheorien Menschenbilder als Grundlage des Handelns im Management Rollenkonzept der Führung Management und Führung in der Praxis	40
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 3 Führung und Kommunikation: Dienstleistungsmanagement	
Dienste am Menschen – ein Wachstumsbranche Pflege – eine Dienstleistung Anforderungen an das Pflegemanagement Pflege als Dienstleistungsmanagement	34
<i>Insgesamt</i>	<i>46</i>
SB 4 Führung und Kommunikation: Konfliktmanagement	
Theoretischer Hintergrund Strategien für ein gelungenes Konfliktmanagement	26
<i>Insgesamt</i>	<i>36</i>
SB 5 Personalmanagement – Grundlagen (1): Einführung	
Personalmanagement als Bestandteil des Krankenhausprozesses Zur Ausgangssituation Ebenen des Personalmanagements	
Felder des Personalmanagement im Überblick Grundlagen des Personalmanagements Methoden des Personalmanagements am Beispiel der Personalbedarfsplanung	48
<i>Insgesamt</i>	<i>63</i>
SB 6 Personalmanagement – Grundlagen (2): Personalentwicklung	
Definition des Begriffs Personalentwicklung Personalentwicklung auf der Basis einer lernenden Organisation	
Strukturmodell beruflicher Qualifikation als Grundlage zur gezielten Personalentwicklung Methoden und Strategien der Personalentwicklung	
Kontrollmöglichkeiten der Personalentwicklung Probleme der Personalentwicklung	39
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 7 Qualitätsmanagement – Grundlagen (1): Einführung	
Grundlagen Überblick über ISO 9000 ff. QM-Dokumente nach ISO 9001 Durchführung eines internen Qualitätsaudits	46
<i>Insgesamt</i>	<i>63</i>
SB 8 Qualitätsmanagement – Grundlagen (2): Werkzeuge und Techniken	
Werkzeuge und Techniken im Qualitätsmanagement Phasen der Einführung eines QM-Systems	51
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>

Pflegemanagement II	
Inhalte	Seiten
SB 9 Organisationsmanagement – Grundlagen (1): Einführung in die Organisationsentwicklung	
Zur Entwicklung von Organisationen – Einsichten in die Dynamik Zur Theorie der Organisationsentwicklung – Überblick zu den Konzepten	59
<i>Insgesamt</i>	<i>76</i>
SB 10 Organisationsmanagement – Grundlagen (2): Einführung in die Unternehmenskultur	
Zugang zum Thema Unternehmenskultur Theoriekonzepte zur Erfassung und Erklärung von Unternehmenskultur	
Unternehmenskultur entwickeln: Aufgabe für das Pflegemanagement Fallstudie: Leitbildentwicklung	29
<i>Insgesamt</i>	<i>39</i>

Informations- und Kommunikationstechnologien	
Inhalte	Seiten
SB 1 Unternehmenskommunikation	
Grundlagen der Unternehmenskommunikation Externe und interne Unternehmenskommunikation Strukturen interner Unternehmenskommunikation	
Kommunikationswege und Kommunikationsmedien Entwicklung der internen Kommunikation	38
<i>Insgesamt</i>	<i>48</i>
SB 2 Wissen in Organisationen	
Ressource Wissen Wissen managen Integrativer Ansatz	31
<i>Insgesamt</i>	<i>40</i>
SB 3 Instrumente des Wissensmanagements	
Instrumente des Wissensmanagements in der Praxis Weiter Instrumente des Wissensmanagements	34
<i>Insgesamt</i>	<i>43</i>
SB 4 IT-Medien im Wissensmanagement	
IT-Einsatz zur Unterstützung des Wissensmanagements Wissen erwerben: Internet-Recherche Wissen entwickeln: Portale	
Wissen verteilen: Office- und E-Mail-Systeme Wissen nutzen: Wissensmanagementsysteme Wissen speichern (und wiederfinden): Data Warehouse Anlage	37
<i>Insgesamt</i>	<i>45</i>

Arbeitswissenschaft	
Inhalte	Seiten
SB 1 Einführung – Grundlagen menschengerechter Arbeitsgestaltung	
Allgemeine Grundlagen Spezielle Grundlagen	33
<i>Insgesamt</i>	<i>52</i>
SB 2 Gestaltung (1) – Bewegung und Körperhaltung	
Aufbau und Funktion des Bewegungsapparates Symptome und Diagnosen des Muskel- und Skeletapparates Behandlungsmöglichkeiten von Wirbelsäulenerkrankungen	
Aktueller Erkenntnisstand zu Risikofaktoren und Belastungsgrenzen Epidemiologie von Muskel- und Skeletterkrankungen im Pflegeberuf (MSE)	
Prävention arbeitsbedingter muskuloskelettaler Erkrankungen Gestaltung menschengerechter körperlicher Anforderungen in der Pflege	40
<i>Insgesamt</i>	<i>54</i>
SB 3 Gestaltung (2) – Psychische Anforderungen und Belastungen	
Begriffe und Modelle Psychische Anforderungen und Belastungen in der Arbeit Ressourcen für psychische Anforderungen und Belastungen	
Wirkungen und Folgen psychischer Anforderungen und Belastungen	48
<i>Insgesamt</i>	<i>61</i>
SB 4 Gestaltung (3) – Arbeitszeit	
Arbeitszeitstrukturen in der stationären Pflege Rechtliche Grundlagen für die Arbeitszeitregelung im Krankenhaus	
Neue Arbeitszeitmodelle Empfehlungen für eine menschengerechte Gestaltung von Arbeitszeiten in der Pflege	47
<i>Insgesamt</i>	<i>60</i>
SB 5 Gestaltung (4) – Arbeitsumgebung	
Licht, Beleuchtung und Farbe Klima Schall und Lärm Mechanische Schwingungen (Vibration) Strahlung und elektromagnetische Felder	
Arbeitsstoffe und Gefahrstoffe Stimulanzien Bedeutung der Arbeitsumgebungsfaktoren im Gesundheitswesen	59
<i>Insgesamt</i>	<i>75</i>
SB 6 Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	
Belastungsschwerpunkte im Gesundheitswesen Rechtliche Grundlagen des Arbeitsschutzes Arbeitsschutzsystem in Deutschland	
Organisation des Arbeitsschutzes Arbeits- und Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe Sicherheitstipps für den Gesundheitsdienst	40
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>

Betriebliches Umweltmanagement	
Inhalte	Seiten
SB 1 Umweltschutz und Umweltrecht	
Grundlagen des Umweltrechts Handlungsfelder des betrieblichen Umweltschutzes	54
<i>Insgesamt</i>	<i>68</i>
SB 2 Umweltmanagementsysteme	
Umweltmanagementsysteme im Gesundheitswesen Integrierte Managementsysteme im Gesundheitswesen	35
<i>Insgesamt</i>	<i>49</i>
SB 3 Handreichung für das Pflegemanagement	
Neue Anforderungen an das Umweltmanagement Prozessorientierte Umweltprüfung – Beispiel AK St. Georg Hauptthemenfelder Umweltschutz in der klinischen Pflege	25
<i>Insgesamt</i>	<i>35</i>

Vernetzung und Koordination	
Inhalte	Seiten
SB 1 Integrierte Versorgung in Deutschland: Bedeutung für Akutkrankenhäuser – Grundlagen und Projekte (I)	
Begriff integrierte Versorgung Analyse der gesetzlichen Grundlagen Zielsetzungen der Beteiligten Formen integrierter Versorgung in Deutschland	
Anlage: § 140 SGB V – Rahmenvereinbarung – Einbeziehungsvereinbarung – Disease Management in Deutschland (Zusammenfassung des Gutachtens)	55
<i>Insgesamt</i>	<i>61</i>
SB 2 Integrierte Versorgung in Deutschland: Bedeutung für Akutkrankenhäuser – Grundlagen und Projekte (II)	
Strategische Planung und integrierte Versorgung in Akutkrankenhäusern Modellprojekt Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Akutkrankenhäusern	
Fallbeispiel: Aufbau eines integrierten Versorgungsprojektes Anlage: Vertrag zur integrierten Versorgung – Patientencharta der integrierten Versorgungsgemeinschaft	57
<i>Insgesamt</i>	<i>62</i>

Empirische Studie	
Inhalte	Seiten
SB 1 Studienanleitung zur Hausarbeit im Studienschwerpunkt erster Priorität	
Inhaltliche Vorarbeiten Ethische Regeln Feldorganisation Datenerhebung Datenauswertung und Berichterstellung	
Terminplanung Kostenplanung Anlage: Einverständniserklärung – Informationsblatt	13
<i>Insgesamt</i>	<i>18</i>

Wahlpflichtfach Qualitätsmanagement	
Inhalte	Seiten
SB 1 EFQM-Modell – Grundlagen	
Managementsysteme im Gesundheitswesen Das EFQM-Modell für Business Excellence Umsetzung des EFQM-Modells im Gesundheitswesen	36
<i>Insgesamt</i>	<i>57</i>
SB 2 Fallstudie EFQM	
Das Kantonale Spital Grabs Methoden des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen Selbstanalyse des Kantonalen Spitals Grabs Fremdbewertung des Kantonalen Spitals Grabs Bewerbung um Anerkennung für Exzellenz Anlage: RADAR (Matrix) – Aktionsplan	31
<i>Insgesamt</i>	<i>46</i>
SB 3 Balanced Scorecard	
Theoretischer Aufbau der Balanced Scorecard Fallbeispiel	36
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>
SB 4 Kundenbefragung	
Einführung Rahmenbedingungen und Voraussetzungen Zur Durchführung einer Patientenbefragung Zu den Ergebnissen einer Patientenbefragung Anlage: Checkliste – Beispielfragen	46
<i>Insgesamt</i>	<i>60</i>
SB 5 Das prozessorientierte Krankenhaus	
Das Krankenhaus als System – Grundlagen und Anwendungen Das prozessorientierte Krankenhaus – Grundzüge und Charakteristika Abbildungen	54
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>

Wahlpflichtfach Personalmanagement	
Inhalte	Seiten
SB 1 Personalplanung, Personalbedarfsdeckung, Personalanpassung	
Bedeutung der Personalarbeit im Pflegebereich Personalplanung Personalbedarfsdeckung Personalanpassung/Personalerhaltung Anlage	36
<i>Insgesamt</i>	<i>47</i>
SB 2 Personalbeurteilung, Personaleinsatzplanung, Personaldaten	
Mitarbeiterbeurteilung Personaleinsatzplanung im stationären Bereich Umgang mit Personaldaten im Krankenhaus	38
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>
SB 3 Anforderung, Qualität, Controlling	
Personalmanagement Controlling Qualität Personalcontrolling	41
<i>Insgesamt</i>	<i>56</i>
SB 4 Fortbildung, Weiterbildung, Führungskräfteentwicklung	
Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich – Grundlagen Führungskräfteentwicklung	37
<i>Insgesamt</i>	<i>46</i>
SB 5 Supervision, Coaching, Teamentwicklung	
Supervision Coaching Teamentwicklung	37
<i>Insgesamt</i>	<i>48</i>

Wahlpflichtfach Organisationsmanagement	
Inhalte	Seiten
SB 1 Reorganisation im Gesundheitswesen	
Grundlagen des Organisationsdesigns Reorganisation als Baustein des Veränderungsmanagements Veränderungen im strategischen Subsystem Veränderungen im strukturellen Subsystem Veränderungen im Managementsystem Unterstützende Maßnahmen für Reorganisationsprozesse Fallstudie	44
<i>Insgesamt</i>	<i>59</i>
SB 2 Moderne Organisationsstrukturen im Krankenhaus	
Handlungsbedarf für die Organisationsstrukturen Fallbeispiele	43
<i>Insgesamt</i>	<i>54</i>
SB 3 Leitkonzept Gesundheitsförderung: Modellprojekt Health Promoting Hospitals – zwei Fallstudien	
Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus Fallstudie I: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im St. Bernward Krankenhaus (Hildesheim) 1993 – 1997 Fallstudie II: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Diakonie Krankenhaus Alten Eichen (Hamburg) 1992 – 1997 Anlage	74
<i>Insgesamt</i>	<i>91</i>
SB 4 Neue Managementaufgaben im Krankenhaus	
Rahmenbedingungen des Marktes (Neue) Aufgaben des Managements Der strategische Aspekt des Managements Der operative Aspekt des Managements	31
<i>Insgesamt</i>	<i>43</i>
SB 5 Management des organisatorischen Wandels: Handlungsfelder und Aufgabenbereiche – Teil 1 (Lehrtext)	
Management und organisatorischer Wandel – kontroverse Konzepte Management des organisatorischen Wandels – grundlegende Ansätze	54
<i>Insgesamt</i>	<i>70</i>
SB 5 Management des organisatorischen Wandels: Handlungsfelder und Aufgabenbereiche – Teil 2 (Anhang)	
Arbeitshilfen Diskussionsbeiträge	36
<i>Insgesamt</i>	<i>42</i>

Studienschwerpunkt Stationäre Krankenversorgung	
Inhalte	Seiten
SB 1 Konsequenzen der Ökonomisierung: Problemanalyse	
Aktuelle Entwicklung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Krisen als potenzielle Auslöser für Wandlungsprozesse Konsequenzen einer zunehmenden Ökonomisierung für die Krankenhäuser – Strategisch notwendige Weichenstellungen <i>Insgesamt</i>	35 48
SB 2 Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte (1)	
Prozess der Ausschreibung am Beispiel der Fremdreinigung im Krankenhaus Einrichtung einer Pflegeüberleitung am Krankenhaus Organisatorische Zusammenlegung unterschiedlicher Stationen Anlage: Pflegeüberleitung – Pflegerischer Entlassungsbericht – Evaluationsbogen <i>Insgesamt</i>	42 53
SB 3 Konsequenzen der Ökonomisierung: Projekte (2)	
Ein ambulanter Pflegedienst am Krankenhaus Eine Kurzzeitpflege am Krankenhaus Integrierte Versorgung am Beispiel einer Komplexpauschale Anlage: Heimmindestbauverordnung <i>Insgesamt</i>	35 46
SB 4 Pflegesatzverhandlung	
Grundlagen und Grundbegriffe zur Budgetermittlung Strategien der Krankenhäuser und Kostenträger Notwendige und nützliche Unterlagen für die Pflegesatzverhandlungen Durchführung der Pflegesatzverhandlung Sonderprobleme <i>Insgesamt</i>	43 54
SB 5 Fallpauschalen	
Grundlagen DRG Basiswissen Abbildung der Pflege im DRG-System Systeme zur Pflegeleistungsmessung und -darstellung Steuerungsmöglichkeiten im Prozessmanagement Integrierte Versorgung <i>Insgesamt</i>	73 91

Studienschwerpunkt Stationäre Altenhilfe	
Inhalte	Seiten
SB 1 Strategie und Führung	
Strategie Führung	43
<i>Insgesamt</i>	<i>58</i>
SB 2 Personal und Prozessplanung	
Management des Personals und der sachlichen Ressourcen Grundlagen für den Pflegeprozess in der stationären Altenhilfe Pflegeorganisation in der stationären Altenhilfe Management des Pflegeprozesses in der stationären Altenhilfe	50
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>
SB 3 Qualitäts- und Ergebnissicherung	
Ansatzpunkte und Grenzen der Qualitätssicherung Entwicklung der Qualitätssicherung im SGB XI Konzepte der Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe Besondere Instrumente der Konzepte der Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe	39
<i>Insgesamt</i>	<i>51</i>
SB 4 Studienanleitung (zur CD): Pflegequalität in der stationären Altenhilfe (Qualität in Pflegeheimen)	
Situation der Qualitätsmessung und -sicherung Empirische Befunde zur Pflegequalität Fazit und Empfehlungen	4
<i>Insgesamt</i>	<i>11</i>
CD: Qualität in Pflegeheimen	
Einführung Instrumente der Qualitätsmessung und -sicherung	14
Ausgewählte Instrumente der Qualitätssicherung Die Einbeziehung der Sicht der Bewohner Messung der Qualität (Struktur, Prozess, Ergebnis) mithilfe von RAI	27
Pflegequalität in Deutschland Vertiefende internationale Analysen der Pflegequalität	39
Zusammenfassung Empfehlungen	9
<i>Insgesamt</i>	<i>89</i>
SB 5 Interventionen und Versorgungsstrukturen bei Demenz	
Grundlagen zu den Demenzen Versorgungsstrukturen Interventionen in Pflege und Gerontologie Haus- und Wohngemeinschaften Qualitätsentwicklung in der stationären Versorgung	37
<i>Insgesamt</i>	<i>52</i>

Studienschwerpunkt Ambulante Dienste	
Inhalte	Seiten
SB 1 Existenzgründung (I)	
Grundlagen und erste Schritte Dienstleistungen und Marketing	46
<i>Insgesamt</i>	<i>61</i>
SB 2 Existenzgründung (II)	
Finanzplanung Unternehmensplan	34
<i>Insgesamt</i>	<i>44</i>
SB 3 Vergütungsverhandlungen	
Gesetzliche Grundlage SGB XI Kalkulationsmodelle Verhandlung Anlage: Musterbogen Kalkulation – Stundensatzkalkulation	54
<i>Insgesamt</i>	<i>65</i>
SB 4 Erstbesuch und Pflegevisite	
Erstbesuch Pflegevisite	33
<i>Insgesamt</i>	<i>43</i>
SB 5 Studienanleitung (zur CD): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite in der ambulanten Pflege	
Problemstellung und Methodik Ergebnisse Transferaufgaben	17
<i>Insgesamt</i>	<i>19</i>
CD: Qualitätsmängel und Regelungsdefizite in der ambulanten Pflege	
Kapitel 1: Einführung Qualität und Sicht der Patienten	24
Kapitel 3 (Expertenbefragungen): Erfassung Pflegebedarf und Pflegplanung Pflegedokumentation Sicht der Kunden und Beschwerden Dunkelfeld schwerer Mängel	24
Kapitel 4 (Befragung von Beschäftigten): Qualität des Pflegedienstes Pflegeplanung Pflegedokumentation Kundenorientierung Schwerwiegende Pflegemängel	30
<i>Insgesamt</i>	<i>78</i>

B.3 Auszug | Curriculum

B.3.1 Grundstudium | Pflegewissenschaft I

Studieninhalte	L	Selbststudium		F	Präsenzstudium	
		Stunden	Literatur Medien		Stunden	Empfehlungen Inhalt, Methoden, Organisation
2 Pflege-theorien		30	SB 3 – 4		8	Vertiefung mit Diskussion und Reflexion ... zur persönlichen Bedeutung der Theorien ... zur Reichweite der einzelnen Paradigmen
2.1 Einführung in die Pflege-theorien <i>Paradigmen und deren Relevanz</i>	ab	15	SB 3	ad	4	
2.1.1 Grundlagen der Pflege-theorien 2.1.2 Entwicklung der Pflege-theorien 2.1.3 Paradigmen der Pflege-theorien 2.1.4 Kritische Würdigung der Pflege-theorien						
			Übungsaufgaben			
2.2 Einführung in die Pflege-konzepte <i>Prinzipien und Bedeutung</i>	ab	15	SB 4	ac	4	Übertragung theoretischer Grundlagen ... auf Beispiele aus der Praxis
2.2.1 Grundlagen der Pflege-konzepte 2.2.2 Entwicklung der Pflege-konzepte 2.2.3 Prinzipien der Pflege-konzepte 2.2.4 Kritische Würdigung der Pflege-konzepte						
			Übungsaufgaben			
			Übungsaufgaben			
3 Pflege-modelle	ab	30	SB 5 – 6	ad	10	Vertiefung und Reflexion in Hinblick ... auf die Anwendbarkeit in der Pflege-praxis ... auf die Bedeutung für das Pflege-management
3.1 Grundlegende Pflege-modelle aus dem internationalen Raum		15	SB 5	ad	6	
3.1.1 Einführung: Ansätze und Systematik im Überblick 3.1.2 Bedürfnismodelle (z. B. Henderson, Orem, Roper) 3.1.3 Interaktionsmodelle (z. B. Peplau, Orlando, King) 3.1.4 Ergebnismodelle (z. B. Johnson, Levine, Rogers)						
			Übungsaufgaben			
3.2 Entwicklung von Pflege-modellen aus dem nationalen Raum		15	SB 6	ad	4	
3.2.1 Stand der Entwicklungen 3.2.2 Modelle von z. B. Wittneben, Krohwinkel 3.2.3 Kritische Reflexion von Pflege-modellen 3.2.3.1 Kritische Würdigung der Pflege-modelle 3.2.3.2 Relevanz für die Pflege-praxis						
			Übungsaufgaben			

B.3.2 Hauptstudium | Arbeitswissenschaft

Studieninhalte	L	Selbststudium		F	Präsenzstudium	
		Stunden	Literatur Medien		Stunden	Empfehlungen Inhalt, Methoden, Organisation
2 Gestaltung menschengerechter Anforderungen <i>Belastung – Beanspruchung - Gestaltungsmaßnahmen</i>	ab	80	SB 2 – 5	ac	8	
2.1 Bewegung und Körperhaltung 2.1.1 Dynamische Muskularbeit 2.1.1.1 Schwerarbeit 2.1.1.2 Einseitige Bewegungen 2.1.2 Statistische Muskularbeit 2.1.2.1 Haltungsarbeit 2.1.2.2 Haltearbeit Gesundheits- und Pflegebereich <i>Fallstudien – Empirische Untersuchungen</i>		20	SB 2		2	Vertiefung und Festigung ... zentraler Inhalte
			Übungsaufgaben			
2.2 Psychische Anforderungen 2.2.1 Unterforderung durch die Arbeitsaufgabe 2.2.1.1 Qualitative Unterforderung 2.2.1.2 Quantitative Unterforderung 2.2.2 Überforderung durch die Arbeitsaufgabe 2.2.2.1 Qualitative Überforderung 2.2.2.2 Quantitative Überforderung 2.2.3 Psychosoziale Anforderungen 2.2.3.1 Konflikte in Arbeitsbeziehungen Konfliktstress 2.2.3.2 Feindselige Handlungen Mobbing 2.2.3.3 Angriffe auf die persönliche Integrität Belästigung 2.2.3.4 Chronisches Erschöpfungssyndrom Burnout Gesundheits- und Pflegebereich <i>Fallstudien – Empirische Untersuchungen</i>		20	SB 3		2	Vertiefung und Festigung ... zentraler Inhalte
			Übungsaufgaben			