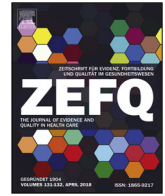




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Bildung im Gesundheitswesen / Education In Health Care

Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: Vergleich der Befragungsergebnisse 2018 und 2024

Integrating nursing professionals holding an academic degree into German university hospitals: Comparison of survey results from 2018 and 2024

Hannah Pinnekamp^{a,1,*}, Julian Bauer^{a,1}, Jennifer Luboeinski^b, Andrea Ellermeyer^c, Susanne Krotsetis^d, Jenny Heymann^e, Louise Koppe^f, Laura Todisco^g, Inke Zastrow^h, Andreas Kocks^{i,2}, Uli Fischer^{a,j}

^aLMU Klinikum München, Pflegedirektion, Stabsstelle Klinische Pflegeforschung und Qualitätsmanagement, München, Deutschland

^bVerband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V., Berlin, Deutschland

^cTUM Klinikum Rechts der Isar, Pflegedirektion, Stabsstelle Pflegewissenschaft, München, Deutschland

^dUniversitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Pflegedirektion, Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft, Lübeck, Deutschland

^eUniversitätsklinikum Leipzig, Zentrale Pflegewissenschaft, Leipzig, Deutschland

^fUniversitätsmedizin Göttingen, Pflegewissenschaft, Göttingen, Deutschland

^gUniversitätsmedizin Frankfurt, Pflegedirektion, Stabsstelle Pflegeentwicklung, Frankfurt am Main, Deutschland

^hUniversitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Direktion für Patienten- und Pflegemanagement, Hamburg, Deutschland

ⁱUniversitätsklinikum Bonn, Pflegedirektion, Stabsstelle Pflegeforschung, Bonn, Deutschland

^jKatholische Stiftungshochschule München, München, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 18. März 2025

Revision eingegangen: 8. Juli 2025

Akzeptiert: 21. Juli 2025

Online gestellt: xxxx

Schlüsselwörter:

Pflege
Personal
Akademisierung
Stellenbeschreibung
Universitätskliniken
Deutschland

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, die eine stärkere Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen erfordern. Trotz positiver Trends bei der Akademisierung der Pflege bestehen weiterhin Herausforderungen, die eine erneute systematische Untersuchung notwendig machen.

Methode: Die Befragung erhebt aktuelle quantitative Daten zur Anzahl und zum Anteil von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Hochschul- und Universitätskliniken und vergleicht diese mit den Ergebnissen von 2018. Zudem werden der Anteil dieser Fachkräfte in der direkten Patientenversorgung, bestehende pflegewissenschaftliche Einrichtungen sowie Stellenbeschreibungen und Fördermaßnahmen für akademische Pflegefachpersonen untersucht.

Ergebnisse: Die Analyse umfasst Daten von 14 Hochschul- und Universitätskliniken, die vollständige Datensätze für 2024 und 2018 lieferten. Der Anteil der Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss stieg zwischen 2018 und 2024 von 2,92 % auf 3,91 %. In der direkten Patientenversorgung stieg der Anteil von 2,14 % auf 3,18 %. Der Anteil der Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss in der direkten Patientenversorgung an der Gesamtheit der Beschäftigten im Pflegedienst in der direkten Patientenversorgung lag 2024 bei 3,50 %. Eine große Heterogenität zeigte sich hinsichtlich der Stellenbeschreibungen für Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss, der tariflichen Eingruppierung und nichtentgeltlichen Fördermaßnahmen. Von den eingeschlossenen Kliniken verfügten vier über ein pflegewissenschaftliches Institut, drei über einen pflegewissenschaftlichen Lehrstuhl und zwei über einen primärqualifizierenden Pflegestudiengang.

Diskussion: Die Befragungsergebnisse zeigen Fortschritte bei der Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in deutschen Universitätskliniken, jedoch bestehen weiterhin Herausforderungen. Der Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung bleibt mit 3,18 % weit unter den empfohlenen 20 %. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit klarer Stellenbeschreibungen, tariflicher Eingruppierungen und Fördermaßnahmen, um die Rolle dieser Fachkräfte besser zu integrieren und ihre Kompetenzen voll auszuschöpfen.

* Korrespondenzadresse: Hannah Pinnekamp, LMU Klinikum München, Pflegedirektion, Stabsstelle Klinische Pflegeforschung und Qualitätsmanagement, Marchioninistraße 15, 81377 München, Deutschland.

E-Mail: hannah.pinnkamp@med.uni-muenchen.de (H. Pinnekamp).

¹ Geteilte Erstautorschaft.

² Sprecher des Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 18 March 2025

Received in revised form: 8 July 2025

Accepted: 21 July 2025

Available online: xxxx

Keywords:

Nursing

Staff

Academization

Graduate nursing education

Job description

University hospitals

Germany

ABSTRACT

Introduction: Healthcare in Germany faces major challenges that require greater involvement of academically qualified nursing professionals. Despite positive trends in the academization of the nursing profession, challenges remain that require further systematic research.

Methods: A survey was used to collect current quantitative data on the number and proportion of nursing professionals with a university degree at German university medical centers and university hospitals and to compare these data with the results from 2018. In addition, we investigated the proportion of these professionals with positions in direct patient care, existing institutes for nursing science, job descriptions, and incentive measures for academic nursing professionals.

Results: The analysis comprises data from 14 university medical centers and university hospitals that provided complete data sets for 2024 and 2018. The proportion of nursing professionals with a university degree increased from 2.92 % in 2018 to 3.91 % in 2024. In direct patient care, the proportion rose from 2.14 % to 3.18 %. The proportion of nursing professionals with a university degree in direct patient care in relation to the total number of employees in nursing services in direct patient care was 3.50 % in 2024. There was considerable heterogeneity in terms of job descriptions for nursing professionals with a university degree, pay-scale grouping, and non-monetary incentives. Of the clinics included, four had an Institute of Nursing Science, three had a chair in Nursing Science, and two had a primary qualifying academic degree program in nursing.

Discussion: The survey results show progress towards the integration of academically qualified nursing professionals in German university hospitals, but challenges remain. At 3.18 %, the proportion of academically qualified nursing professionals in direct patient care remains well below the recommended 20 %. The study emphasizes the importance of clear job descriptions, collective pay-scale groupings, and incentives to better integrate the roles of these professionals in the healthcare system and make full use of their abilities.

Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor immer komplexeren Herausforderungen. Der demografische Wandel, technologische Innovationen und die wachsende gesellschaftliche Diversität wirken sich stark auf das Versorgungssystem aus. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an eine patientenzentrierte, qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung, die finanzierbar und sozial gerecht bleiben muss [1]. Insbesondere die Zunahme chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten, deren Behandlung häufig durch hohe Komplexität geprägt ist, stellt eine erhebliche Herausforderung dar [2].

Diese Komplexität erfordert eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und stellt erhöhte Anforderungen an Pflegenden. Internationale Studien zeigen eine klare Verbindung zwischen einem verbesserten Grade-Mix in der Pflege und patientenrelevanten Outcomes, jedoch auch heterogene Ergebnisse zu den Kosten der Einbindung akademischer bzw. hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen (HQP) [3,4]. Die Einbindung von HQP gilt als entscheidend für die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Reduktion von Pflegefehlzeiten [5]. Auch in multiprofessionellen Kontexten und an Schnittstellen wird der Einsatz dieser Fachkräfte zunehmend gefordert [6].

Der Wissenschaftsrat hat bereits 2012 eine Zielquote von mindestens 10 % akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung (klinisch tätige HQP) empfohlen [7], die 2023 auf 20 % angehoben wurde [1]. International ist die hochschulische Qualifikation von klinisch tätigen Pflegefachpersonen vielfach Standard [8]. In Deutschland wurde in den vergangenen 20 Jahren daran gearbeitet, diese Quote zu erreichen, jedoch mit begrenztem Erfolg. Während 2015 der Anteil der HQP lediglich 1,7 % betrug, stieg er bis 2018 nur geringfügig auf 3,16 % an [9,10].

Ein wesentlicher Fortschritt war die Einführung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) im Jahr 2017, das primärqualifizierende Pflegestudiengänge ermöglichte [11]. Dennoch blieb die Nachfrage hinter den Erwartungen zurück. Beispielsweise standen 2022 zwar 2.122

Studienplätze zur Verfügung, aber nur 1.217 Studierende wurden immatrikuliert. Trotz dieses Defizits zeigt sich ein positiver Trend: Die Zahl der Erstimmatrikulationen stieg von 416 im Jahr 2020 auf 516 im Jahr 2022 [12].

Häufig wird argumentiert, dass eine stärkere Akademisierung die Attraktivität des Pflegeberufs steigern und langfristig zur Entschärfung des Pflegepersonalmanagements beitragen könnte [13]. Der Sachverständigenrat unterstützt diese Perspektive und fordert eine verstärkte Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen, um die Versorgungsqualität sicherzustellen und den Beruf attraktiver zu machen [6].

Jedoch bestehen nach wie vor strukturelle Herausforderungen. Dazu gehören:

1. Der geringe Anteil akademisch qualifizierter im Vergleich zu berufsschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen [14]
2. Unklarheit über Aufgabenprofile für Bachelorabsolventinnen und -absolventen in der klinischen Versorgung [15]
3. Fehlende gesetzliche Regelungen für erweiterte Pflegepraxis, wie heilkundliche Tätigkeiten oder Ordnungsrechte

Diese Defizite zeigen sich auch in der mangelnden Refinanzierung entsprechender Stellen über das Pflegebudget [16] und der unzureichenden tariflichen Eingruppierung dieser Berufsgruppe [6]. Zudem wird die Erfassung der Anzahl der HQP in nationale Statistiken als unzureichend kritisiert, da bislang keine zentrale deutschlandweite Erfassung existiert. Stattdessen wird auf Sekundärdatenquellen wie Wirtschaftsprüfungsberichte und Abrechnungsdaten zurückgegriffen, die jedoch große Abweichungen gegenüber direkt erhobenen Primärdaten aufweisen [17] und HQP häufig nicht differenziert oder nicht entsprechend ihres Qualifikationsniveaus ausweisen. Nach aktuellem Kenntnisstand stellen die beiden Vorerhebungen aus den Jahren 2015 und 2018 die bislang einzigen Primärdatenerhebungen dieser Art dar. Zwar sind Krankenhäuser verpflichtet, die Qualifikationen ihres Pflegepersonals anzugeben, jedoch zeigen die Angaben aus verschiede-

nen Quellen deutliche Inkonsistenzen. Da diese Informationen in vielen Kliniken nicht automatisiert erfasst und ausgewertet werden, ist die Erstellung entsprechender Meldungen zudem häufig mit einem hohen Aufwand verbunden.

Angesichts dieser Herausforderungen ist es dringend notwendig, den aktuellen Stand der Einbindung von HQP systematisch zu untersuchen, um bestehende Lücken zu identifizieren und fundierte Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Ziel

Um Aussagen zur Anzahl und dem Anteil von HQP an deutschen Hochschul- und Universitätskliniken (UKs) treffen zu können, wurde die Befragung aus den Jahren 2015 und 2018 um aktuelle Fragestellungen erweitert und wiederholt. Ziel ist es, quantitative Aussagen zum Einsatz von Pflegefachpersonen mit einem Qualifikationsniveau des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) ≥ 6 (Bachelor, Diplom, Master, Promotion) an deutschen Universitätskliniken treffen zu können.

Forschungsfragen

Mit der Befragung werden für die deutschen UKs folgende Fragestellungen beantwortet:

1. Wie hoch ist der Anteil der HQP insgesamt sowie der klinisch tätigen HQP an der Gesamtheit der Beschäftigten im Pflegedienst sowie an der Gesamtheit der klinisch tätigen Beschäftigten im Pflegedienst?
2. Wie hat sich die Anzahl und der Anteil der HQP im Vergleich zu 2018 verändert?
3. Welche Stellenbeschreibungen für HQP bzw. für klinisch tätige HQP liegen vor?
4. Welche Vergütungsoptionen und nichtentgeltlichen Fördermaßnahmen werden für klinisch tätige HQP angeboten?
5. Welche pflegewissenschaftlichen Einrichtungen gibt es an deutschen UKs?

Methode

Weiterentwicklung des Fragebogens

Der 2018 verwendete Fragebogen wurde wie folgt überarbeitet: Es wurden Unklarheiten und Rückfragen aus den letzten Befragungen präzisiert sowie aktuelle Entwicklungen im Bereich der Integration von HQP, einschließlich neuer Anforderungen wie der Erhebung von Daten, ergänzt. Weiter wurden Dimensionen aus internationalen Studien und Modellen integriert, wie beispielsweise Advanced Practice Nursing (APN) und Einstufung gemäß des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Zusätzlich wurden neue Erläuterungen aufgenommen, beispielsweise zur Einordnung ausländischer Abschlüsse oder Art der Studienabschlüsse um die Objektivität und Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern. Als weitere Kategorie wurden zwei Fragen zu Stellenbeschreibungen für HQP außerhalb sowie innerhalb der direkten Patientenversorgung aufgenommen.

Struktur des Fragebogens

Nach Konsultation von Expertinnen und Experten des Netzwerks *Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung des Verbands der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V.* wurde der Fragebogen angepasst und final konsentiert. Als Pretest wurde der Frage-

bogen anschließend an eine Auswahl von Pflegedirektionen der UKs weitergeleitet. Ziel war es, inhaltliche Unklarheiten zu identifizieren und zu optimieren sowie die verfügbaren Datenstrukturen zu prüfen, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und die Verfügbarkeit der Daten sicherzustellen. Der finale Fragebogen umfasst folgende Themenblöcke:

1. **Klinikmerkmale:** Struktur- und Versorgungsmerkmale der teilnehmenden Kliniken.
2. **Qualifikationen der Beschäftigten im Pflegedienst:** Angaben zur Anzahl der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen, aufgeschlüsselt nach patientennaher und -ferner Tätigkeit.
3. **Stellenbeschreibungen für akademische Pflegefachpersonen:** Konkretisierte Aufgaben- und Tätigkeitsprofile.
4. **Vergütungsoptionen und nichtentgeltliche Fördermaßnahmen:** Erhebung von Daten zu monetären und nicht-monetären Unterstützungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen mit hochschulischen Abschlüssen.
5. **Pflegewissenschaftliche Einrichtungen:** Vorhandensein von pflegewissenschaftlichen Instituten, Lehrstühlen und primärqualifizierenden Studiengängen.
6. **Datenbereitstellung:** Klinikinterne Erfassung und Ausleitung von Qualifikationsdaten.

Datenerhebung

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und fand in enger Abstimmung mit den Pflegedirektionen statt. Dabei beschränkte sich die Erhebung ausschließlich auf Personaldaten ohne personenbezogene Informationen.

Die Beurteilung durch eine Ethikkommission war nach eingehenden Beratungen wie in vorangegangenen Befragungen aufgrund der Erhebung von Personaldaten ohne Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen- oder Patientinnen- und Patientenbezug nicht erforderlich.

Die Veröffentlichung orientiert sich an dem STROBE-Standard für Querschnittstudien [18].

Versand Fragebogen

Der Link zum digitalen Fragebogen auf SoSci-Survey wurde im Juni 2024 mit 4-wöchiger Rückmeldefrist über den VPU e.V. per E-Mail an die Pflegedirektionen der deutschen UKs sowie an das Netzwerk Pflegewissenschaft & Praxisentwicklung des VPU e.V. versendet. Ergänzend wurden Hinweise zur Datenerfassung sowie Tools zur klinikinternen Datenerhebung bereitgestellt. Aufgrund der teils zeitintensiven Datenerhebung und mehrerer Rückfragen wurde die Rückmeldefrist auf acht Wochen verlängert. Zudem erfolgten zwei Erinnerungen per E-Mail und Kliniken, die bereits Interesse an der Teilnahme signalisiert hatten, wurden zusätzlich schriftlich oder telefonisch erinnert und zur Teilnahme motiviert.

Datenqualität und Plausibilitätsprüfungen

Zur Sicherstellung der Datenqualität wurden automatische Prüfungen integriert, die eine erste Plausibilitätsprüfung bereits bei der Dateneingabe ermöglichten. Es wurden Warnhinweise angezeigt, wenn die angegebene Gesamtzahl der Personen geringer war als die Summe der gemeldeten Qualifikationen oder wenn der Anteil der in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Personen die Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst überschritt. Zusätzlich stand das Studienteam im gesamten Erhebungszeitraum für Rückfragen zur Verfügung. Dieses Angebot wurde rege genutzt.

Es wurden größtenteils Fragen mit standardisierten Antwortmöglichkeiten eingesetzt, um die Eingabe zu vereinfachen.

Für bestimmte Items, wie den Stellenbeschreibungen und sonstigen Fördermaßnahmen, wurden Freitextfelder ergänzt. Für das Item Qualifikationen war die Eingabe der Anzahl der beschäftigten Personen erforderlich.

Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme bestand für die Pflegedirektionen die Möglichkeit, sich für eine Teilnahme anonym oder unter Nennung des Institutionskennzeichens (IK) zu entscheiden. Das Institutionskennzeichen wurde im Rahmen der Validierung und Plausibilitätsprüfung der Daten zur Kontaktaufnahme bei Auffälligkeiten genutzt.

Ein- und Ausschlusskriterien

In der aktuellen Analyse wurden alle Datensätze eingeschlossen, für die 2018 und 2024 Datensätze vorlagen, das heißt auch Datensätze, die 2018 nicht in die Auswertung eingeschlossen wurden, da für 2015 keine Daten vorlagen. Entsprechend wurden alle unvollständigen Datensätze sowie Datensätze, die nicht eindeutig einer Klinik zugeordnet werden konnten, ausgeschlossen. Es wurden ausschließlich Kliniken einbezogen, die anhand ihres IKs (12 Kliniken) oder der Klinikcharakteristika (z.B. Bundesland, Zulassungsart, Bettenzahl) (2 Kliniken) eindeutig einem Datensatz aus dem Jahr 2018 zugeordnet werden konnten und keine Unstimmigkeiten der Daten aufwiesen. Die Quoten und alle Zahlen im vorliegenden Artikel wurden für 2018 und 2024 auf Basis von 14 Kliniken berechnet.

Datenaufbereitung und Validierung

Die eingegangenen Datensätze wurden automatisiert aus SoSci Survey ausgeleitet, in Excel weiterverarbeitet und hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Zur Klärung entstehender Rückfragen wurden die Kliniken pseudonymisiert und erst für die Veröffentlichung anonymisiert. Bei unplausiblen Datensätzen wurden die entsprechenden Kliniken kontaktiert und um Prüfung und Validierung gebeten.

Datenanalyse

Anschließend wurden in der deskriptiv quantitativen Datenanalyse für jedes Klinikum der relative Anteil der HQP (DQR ≥ 6) an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst sowie der Anteil der klinisch tätigen HQP (mind. 50 % in der unmittelbaren Patientenversorgung) an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst berechnet. Zudem wurde in diesem Survey erstmalig der Anteil der klinisch tätigen HQP an der Gesamtzahl der klinisch tätigen Personen im Pflegedienst berechnet.

Für alle Ergebnisse wurden die zugehörigen Lagemaße berechnet und zusätzlich die absoluten und relativen Veränderungen im Zeitraum 2018–2024 angegeben.

Die Angaben zu Stellenbeschreibungen für HQP bzw. klinisch tätige HQP wurden durch drei beteiligte Wissenschaftlerinnen ausgewertet. Nach initialer Sichtung der Daten und Identifikation wesentlicher Merkmale, wurden zunächst mehrfach genannte Bezeichnungen sowie Genderformen angeglichen und zusammengefasst um Redundanzen zu vermeiden, ansonsten aber die Formulierungen der Kliniken übernommen. Anschließend wurden aus den benannten Stellenbeschreibungen induktiv Kategorien abgeleitet, indem wiederkehrende Themen herausgearbeitet und die Nennungen anschließend zugeordnet wurden. In der anschließenden Revision wurden die Kategorien weiter ergänzt und verfeinert und die Zuordnung anschließend erneut angepasst. Abschließend wurde die Anzahl der Nennungen pro Kategorie und Stellenbeschreibung ermittelt, um die Häufigkeit der Kategorien zu quantifizieren.

Die Angaben der Kliniken zu entgeltlichen und –nichtentgeltlichen Fördermaßnahmen für Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen wurden ebenfalls quantitativ hinsichtlich der Häufigkeiten der Nennungen ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt meldeten 21 UKs Daten. Davon konnten 14 vollständige Datensätze, für die auch Daten von 2018 vorlagen, in die Analyse der Daten von 2024 eingeschlossen werden. Damit lag die Rücklaufquote der UKs bei 60 %, eingeschlossen werden konnten Daten von 40 % der deutschen UKs. An drei der teilnehmenden UKs konnten die Daten zu den Beschäftigten im Pflegedienst und den entsprechenden Qualifikationsniveaus automatisiert aus Human Ressource (HR)-Systemen ausgeleitet werden. An sechs der Kliniken war eine Ausleitung möglich, jedoch mussten die Daten anschließend bereinigt und nachbearbeitet werden. An fünf der Kliniken war keinerlei Ausleitung möglich und die Daten mussten durch Befragung erhoben werden. Von einigen der Kliniken wurde ein hoher Zeitaufwand für die Erhebung der Daten berichtet.

Allgemeine Angaben

Von den eingeschlossenen UKs wurden 41.291 Beschäftigte im Pflegedienst (M = 2949,36; Mdn = 2670,50) genannt. Davon waren 37.527 Personen (M = 2680,50; Mdn = 2372,50) größtenteils klinisch tätig. Die Anzahl der HQP lag bei 1613 (M = 115,21; Mdn = 77,50), was einem Anteil von 3,91 % an der Gesamtheit der Beschäftigten im Pflegedienst entspricht. Zwischen den Kliniken variierte der Anteil von 1,03 bis 10,58 %. Von den 1613 HQP waren 1312 Personen (M = 93,71; Mdn = 68,50) größtenteils klinisch tätig, was einem Anteil von 3,18 % an der Gesamtheit der Personen im Pflegedienst entspricht. Zwischen den Kliniken variierte der Anteil von 0,96 bis 10,28 %. Der Anteil der klinisch tätigen HQP an der Gesamtheit der klinisch tätigen Personen im Pflegedienst lag bei 3,50 %. Zwischen den Kliniken variierte der Anteil von 1,11 % bis 10,87 % (siehe [Tabelle 1](#)).

Ergänzend zu den Angaben in der Tabelle, besaßen von den HQP 1171 (72,60 %) als höchsten Abschluss einen Bachelor, 157 (9,73 %) ein Diplom, 269 (16,68 %) einen Master und 16 (0,99 %) eine Promotion.

Von den klinisch tätigen HQP verfügten 1040 (79,27 %) über einen Bachelorabschluss, 105 (8,00 %) über ein Diplom, 162 (12,35 %) über einen Masterabschluss und 5 (0,38 %) über eine Promotion als höchsten Abschluss.

Pflegefachpersonen mit hochschulischen Abschlüssen im Zeitverlauf

An den eingeschlossenen UKs lag der Anteil der HQP an der Gesamtheit der Beschäftigten im Pflegedienst 2024 bei 3,91 %, 2018 lag dieser bei 2,92 % und ist damit um 0,99 Prozentpunkte bzw. 57,83 % gestiegen.

Der Anteil der klinisch tätigen HQP an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst ist von 2,14 % im Jahr 2018 auf 3,18 % im Jahr 2024 gestiegen – das entspricht einem Anstieg um 1,04 Prozentpunkte bzw. 74,70 %. Dabei konnte an neun UKs der Anteil der HQP erhöht werden, in fünf der Kliniken ging dieser zurück.

Absolut konnte an den teilnehmenden UKs ein Zuwachs von 591 HQP erreicht werden, davon 561 klinisch tätige HQP (siehe [Tabelle 1](#)).

Stellenbeschreibungen

Von den teilnehmenden Kliniken benannten elf Stellenbeschreibungen für klinisch tätige HQP (insgesamt 40 Beschreibungen), drei gaben keine solchen an. Stellenbeschreibungen außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung wurden von zwölf der teilnehmenden Kliniken benannt (insgesamt 46 Beschreibungen), während zwei keine Angaben machten.

Tabelle 1

Grundgesamtheit, Anteil, absolute und relative Veränderungen der im Pflegedienst beschäftigten Personen, davon in der direkten Patientenversorgung beschäftigten Personen, Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss und Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss in der direkten Patientenversorgung an deutschen Hochschul- und Universitätskliniken (n = 14) im Jahr 2018 und 2024 mit zugehörigen Lagemaßen (Mittelwert(M), Standardabweichung (SD), Median (Mdn), Minimum und Maximum (Min-Max), Unteres und oberes Quartil (Q1–Q3), 95 % Konfidenzintervall (95 % CI)).

		2018			2024			Veränderung 2018–2024			
		Pflegedienst	HQPs ^a	HQPs ^a klinisch tätig	Pflegedienst	Pflegedienst klinisch tätig ^b	HQPs ^a	HQPs ^a klinisch tätig	HQPs ^a	HQPs ^a klinisch tätig	
Gesamt	N	35055			41291						
	n		1022	751		37527	1613	1312	+591	+561	
	Relativ										
	M(SD)	2503,93 (767,98)	73,00 (34,66)	2,92 % ^c (1,42 %)	53,64 (34,80)	2,19 % ^c (1,40 %)	2949,36 (1190,09)	2680,50 (1202,91)	3,91 % ^c (2,81 %)	3,18 % ^c (2,47 %)	3,50 % ^d (2,58 %)
	Mdn	2671	70	2,97 %	42	1,79 %	2670,50	2372,50	3,92 %	3,15 %	3,43 %
	Min-Max	1570–	18–	1,09–	11–	0,61–	1450–	1429–	+42,21 (+83,84)	66,45 % (131,34 %)	+40,07 (+72,18)
	Q1-Q3	4300	151	6,39 %	128	5,42 %	6449	6206	21,07 %	21,07 %	19,50
	95 % CI	2135,50– 2761,00	49,00– 94,00	1,89– 3,81 %	22,75– 85,75	1,03– 3,10 %	2275,25– 3318,00	1846,75– 3121,00	+8,00 +56,25	21,07 % 93,28 %	+19,50 +42,50
Kliniken (ID)	2	2101,64– 2906,21	54,84– 91,16	2,25– 3,73 %	35,41– 71,87	1,46– 2,92 %	2325,96– 3572,75	1477,59– 3310,61	–41,63– +86,13	–2,35– 135,25 %	–32,11– +77,88
	5			3,76 %		1,40 %			+255	428,26 %	+731,82 %
	6			3,12 %		2,17 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	8			6,39 %		5,42 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	10			1,29 %		1,06 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	14			2,09 %		0,93 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	17			3,75 %		3,93 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	19			2,98 %		1,85 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	22			2,64 %		1,70 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	23			4,21 %		2,62 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	24			2,95 %		2,89 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	27			2,34 %		1,73 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	30			3,98 %		3,72 %			–13–	–21,36–	–4,75–
	35			1,09 %		0,67 %			–13–	–21,36–	–4,75–
				1,27 %		0,61 %			–13–	–21,36–	–4,75–

^a Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss.

^b Daten liegen nur für das Jahr 2024 vor.

^c Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst.

^d Anteil an der Gesamtzahl der klinisch tätigen Beschäftigten im Pflegedienst.

Tabelle 2

Stellenbeschreibungen für klinisch tätige HQPs (Anzahl der Nennungen).

Stellenbeschreibungen für klinisch tätige HQPs	
APN/Master Klinische Pflege ohne spez. Tätigkeitsfeld (5)	• Advanced Practice Nurse (APN) (4) • Master Klinische Pflege (1)
APN mit spez. Tätigkeitsfeld (5)	• ANP Critical Care (1) • ANP Lungenkrebszentrum (1) • ANP Onkologie (1) • ANP Wundmanagement (1) • APN für ... (1)
Bachelor ohne spez. Tätigkeitsfeld (2)	• Bachelor Klinische Pflege (1) • Pflegefachperson mit Bachelorgrad (1)
Pflegeexpert*in/ Pflegespezialist*in ohne spez. Tätigkeitsfeld (5)	• Pflegeexpert*in (2) • Pflegeexpert*in in der klinischen Versorgung (1) • Fachführende Pflegeexperten (1) • Pflegespezialist*in EbP (1)
Pflegeexpert*in/ Pflegespezialist*in mit spez. Tätigkeitsfeld (8)	• Atmungstherapeut*in Intensivstation (1) • Core Nurse (1) • Endometriose Nurse (1) • ERAS Nurse (2) • Fachpfleger*in (1) • Zentrale/r Ansprechpartner*in • Onkologische Fachpflege (1) • Pflegefachperson Pädiatrische Intensivmedizin (1)
Praxisanleitung, Aus- und Weiterbildung (5)	• Praxisanleiter*in (1) • Dezentrale Praxisanleitung (1) • EBN-Mentor Fachverantwortliche/r EBN (Bachelor und Master) (1) • Hauptpraxisentwickelnde/ Koordinator*innen Fachpraxisanleitung (1) • Lehrer*in (1)
Leitungsfunktionen (5)	• Führungskräfte Pflegedienst (1) • Leiter*in Funktionseinheit (1) • Leiter*in Station (Stv.) (3)
Berufsbezeichnungen (3)	• Altenpfleger*in (1) • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in (1) • Gesundheits- und Krankenpfleger*in (1)
Nicht eindeutig zuordenbar (1)	• Fachweiterbildung Pflegedienst (1)

Die Stellenbeschreibungen für klinisch tätigen HQP ließen sich den Kategorien Advanced Practice Nurse (APN) mit/ohne spezifischem Tätigkeitsfeld, Bachelor mit/ohne spezifischem Tätigkeitsfeld, Pflegeexpert*in/Pflegespezialist*in mit/ohne spezifischem Tätigkeitsfeld, Praxisanleitung, Aus- und Weiterbildung, Leitungsfunktionen und Berufsbezeichnungen ohne Spezifikation zuordnen (siehe [Tabelle 2](#)). Eine Stellenbeschreibung ließ sich anhand der Angabe nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen.

Die Stellenbeschreibungen außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung ließen sich den folgenden Kategorien zuordnen: Pflegemanagement, Pflegecontrolling, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, Pflege- und Praxisentwicklung, Praxisanleitung, Praxisbegleitung und Ausbildung, Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Casemanagement, APN und Unterstützungsprozesse (siehe [Tabelle 3](#)). Eine Stellenbeschreibung ließ sich anhand der Angabe nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen. Einige Stellenbeschreibungen wurden mehreren Kategorien zugeordnet und entsprechen mehrfach benannt (siehe Fußnotenmarkierung).

Fördermaßnahmen für Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss

Von den 14 eingeschlossenen UKs boten neun eine gesonderte tarifliche Eingruppierung für klinisch tätige HQP an, davon benannten sieben weitere Fördermaßnahmen. Von den fünf Kliniken ohne gesonderte Eingruppierung benannten drei alternative Fördermaßnahmen (siehe [Tabelle 4](#)). Als sonstige Maßnahme

Tabelle 3

Stellenbeschreibungen für HQPs außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung (Anzahl der Nennungen).

Stellenbeschreibungen für HQPs außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung	
Pflegemanagement (15)	• Pflegedirektion (1) • Pflegedirektor*in (1) • Stv. Pflegedirektor*in (1) • Referent der Pflegedirektion (1) • Pflegedienstleitung (PDL) (2) • Pflegebereichsleiter*in (1) • Pflegerische Centrumsleitung (1) • Stellvertretende Pflegerische Centrumsleitung (1) • Leiter Zentrale Dienste (1) • Belegungsmanager*in (1) • Beauftragte für Personalbemessung IN-PULS, Intensivstationen^a (1) • Personalentwickler*innen Team Nachwuchssicherung (1) • Personalangelegenheiten – Ausland und Pflegeagenturen (1) • Beratung für Pflegepraxis und Pflegemanagement^a (1)
Pflegecontrolling (6)	• Pflegecontrolling (3) • Pflegefachliches Controlling (1) • Leitung Stabsstelle Pflegecontrolling (1) • Beauftragte für Personalbemessung IN-PULS, Intensivstationen^a (1)
Pflegewissenschaft und Pflegeforschung (8)	• Pflegewissenschaftler*in (3) • Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (3) • Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (Gesundheits- und Pflegeforschung) (2)
Pflege- und Praxisentwicklung (5)	• Pflegepraxisentwickler*in (1) • Hauptpraxisentwickelnde (1) • Pflegeentwicklung (1) • Leitung Stabsstelle Pflegeentwicklung (1) • Beratung für Pflegepraxis und Pflegemanagement^a (1)
Praxisanleitung, Praxisbegleitung und Ausbildung (3)	• Klinische Ausbildungs- und Lehrverantwortliche/r (1) • Lehrkraft der Ausbildungsstätte (1) • Zentraler Praxisanleiter*in (1)
Projektmanagement (3)	• Projektmanagement Pflege (1) • Projektmanager*in (1) • QMB Pflegedirektion und Projektmanager*in^a (1)
Qualitätsmanagement (3)	• QMB der Pflegedirektion und Projektmanager*in (1) • Zentrale/r QMB der Pflegedirektion^a (1) • Zentrale/r Beschwerdebeauftragte/r (1)
Casemanagement (2)	• Casemanager*in (1) • Fallmanager*in (1)
APN (1)	• Advanced Practice Nurse (APN) (1)
Unterstützungsprozesse (1)	• Leitung der EDV für Pflege (1)
Nicht eindeutig zuordenbar (1)	• Planung: Stabsstelle, APC, APN (1)

^a Stellenbeschreibung wurde mehreren Kategorien zugeordnet.

wurde in einer Klinik die Unterstützung des Studiums durch zeitliche oder finanzielle Ressourcen genannt.

Pflegewissenschaftliche Einrichtungen

Von den teilnehmenden UKs verfügten vier über ein pflegewissenschaftliches Institut. Drei wiesen einen pflegewissenschaftlichen Lehrstuhl auf, davon zwei einen primärqualifizierenden Pflegestudiengang.

An zwei der teilnehmenden UKs war ein pflegewissenschaftliches Institut und an zwei ein pflegewissenschaftlicher Lehrstuhl in Planung. An einem Klinikum mit bestehendem pflegewissenschaftlichem Lehrstuhl war ein primärqualifizierender Pflegestudiengang in Planung.

Tabelle 4

Anzahl der genannten Vergütungsoptionen oder nichtentgeltliche Fördermaßnahmen (Mehrfachauswahl) für klinisch tätige HQP.

		Hochschul- und Universitätskliniken mit gesonderter tariflicher Eingruppierung (n = 9)	Hochschul- und Universitätskliniken ohne gesonderte tarifliche Eingruppierung (n = 5)	Hochschul- und Universitätskliniken gesamt (n = 14)
Ergänzende Fördermaßnahmen	Zulagen	6	2	8
	Vorweggewährung von Stufen	6	1	7
	Arbeitszeit für erweiterte Tätigkeiten	6	2	8
	Nichtentgeltliche Fördermaßnahmen ^a	7	3	10
	Sonstiges	1	0	1
	Keine weiteren Fördermaßnahmen	2	2	4

^a z.B. Kongressteilnahme, zusätzliche Studien- und Fortbildungstage, Fachliteratur etc.

Diskussion

Die Ergebnisse der Befragung zeigen Fortschritte in der Integration von HQP an deutschen UKs, verdeutlichen jedoch weiterhin bestehende Herausforderungen. Mit einer Rücklaufquote von 60 % und der Analyse von 40 % der UKs ist die Repräsentativität der Ergebnisse zwar eingeschränkt, dennoch liefern die Daten wertvolle Einblicke in Unterschiede zwischen den Kliniken und institutionelle Strategien. Diese spiegeln eine heterogene Entwicklung bei der Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen wieder.

Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Trotz des positiven Trends verbleibt der Anteil der klinisch tätigen HQP in der direkten Patientenversorgung bei lediglich 3,18 % (Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst) bzw. 3,50 % (Anteil an der Gesamtzahl der klinisch tätigen Beschäftigten im Pflegedienst) und liegt damit deutlich unter den Empfehlungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2023, der einen Anteil von 20 % fordert [1]. In absoluten Zahlen wurden in den sechs Jahren zwischen 2018 und 2024 an den eingeschlossenen UKs lediglich 561 klinisch tätige HQP mehr eingestellt, das entspricht einem rechnerischen Zuwachs von 93,5 Personen je Kalenderjahr. Zwar lässt sich eine positive Tendenz beobachten mit einem Anteil von insgesamt 1,7 % und 1,0 % in der unmittelbaren Versorgung im Jahr 2015 und 3,16 % und 2,11 % im Jahr 2018 [9,10], dennoch bestätigen die Daten Aussagen unterschiedlicher Publikationen, die über eine nur langsame Implementierung von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der Praxis in Deutschland berichten [19–21]. Zwischen den UKs variiert der Anteil der HQP insgesamt (1,03 % bis 10,85 %) sowie der klinisch tätigen HQP (0,96 % bis 10,28 % (Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst) bzw. 1,11 % bis 10,87 % (Anteil an der Gesamtzahl der klinisch tätigen Beschäftigten im Pflegedienst)) erheblich und hat sich in einzelnen Kliniken seit der letzten Erhebung sogar reduziert. Dies könnte auf unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sein und zeigt auf, dass die Akademisierung in Deutschland noch nicht verstetigt ist. Diese Heterogenität unterstreicht die Notwendigkeit bundesweiter Maßnahmen, die eine einheitlichere und stärkere Integration fördern.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass der Großteil des Zuwachses der HQP (+591) auf klinisch tätige HQP (+561) entfielen. Somit betrug der Zuwachs bei HQP außerhalb der klinischen Versorgung lediglich 30. Das legt die Vermutung nahe, dass in den zurückliegenden Jahren eine Priorisierung des Ausbaus klinisch tätiger HQP stattgefunden hat.

Im internationalen Vergleich zeigt sich die Integration von HQP als Standard, insbesondere in Ländern wie den Niederlanden oder Skandinavien, wo hohe Anteile in der direkten Versorgung verzeichnet werden [8]. Der geringe Zuwachs in Deutschland um 0,99 Prozentpunkte insgesamt und 1,04 Prozentpunkte in der direkten Patientenversorgung zwischen 2018 und 2024 unterstreicht, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen, um die ambitionierten Ziele des Wissenschaftsrates zu erreichen.

Herausforderungen und Nutzen der Integration

Die Ergebnisse der aktuellen Befragung unterstreichen den Bedarf nach einer klareren Strukturierung und Standardisierung von Stellenbeschreibungen, tariflichen Eingruppierungen und Fördermaßnahmen für HQP.

Auffallend bei den aktuell benannten Stellenbeschreibungen für HQP ist die Heterogenität der Begrifflichkeiten der wissenschaftlichen und ggf. weitergehend tätigkeitsbezogenen Qualifikationen. Bei der Bezeichnung ANP/APN ist von einem Masterabschluss auszugehen, wie in internationalen [22,23] und nationalen [24] Positionspapieren beschrieben. Unklar bleibt jedoch, auf welcher Qualifikationsniveaus Pflegeexpert*innen oder Pflegespezialist*innen zu verstehen sind. Auch Fachpflegepersonen mit einem Abschluss auf Bachelorniveau werden nicht stringent als solche bezeichnet. Zudem bleibt bei einigen Stellenbeschreibungen unklar, ob diese ausschließlich HQP beinhalten oder auch berufsschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen.

Durch nationale Standards zur Benennung und Kategorisierung von HQP könnte eine eindeutige Zuordnung von Aufgabenbereichen, Verantwortlichkeiten und notwendigen Kompetenzen ermöglicht werden. Damit könnten Unklarheiten bei Patientinnen und Patienten, Angehörigen, in der eigenen Berufsgruppe, in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen als auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit vermieden und die Wertschätzung hochschulischer Pflegequalifikationen in Deutschland gefördert werden.

In den Stellenbeschreibungen außerhalb der direkten Patientenversorgung dominieren Rollen in der Praxisentwicklung, Projektbegleitung, sowie in der Lehre und klinischen Ausbildung. Dies verdeutlicht, dass hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen bereits häufig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Pflegepraxis agieren oder in administrativen und organisatorischen Funktionen eingesetzt werden. Während die Personalkennzahlen auf einen Anstieg der HQP insbesondere im klinischen Bereich hinweisen, wurden mehr Stellenbeschreibungen im außerklinischen Bereich genannt. Dies könnte auf eine stärkere konzeptionelle Verankerung

von HQP in diesem Bereich zurückzuführen sein. Zudem sind klinische Tätigkeiten aufgrund ihrer Vielfalt schwerer systematisch zu erfassen und werden häufig übergeordneten Rollenprofilen (z. B. APN) zugeordnet, was ihre quantitative Erfassung erschwert. Um das Potenzial von HQP voll auszuschöpfen, bedarf es klar definierter Stellenprofile in allen Bereichen, die die Kompetenzen dieser Fachkräfte gezielt integrieren und nutzen.

Eine gesetzliche Verankerung erweiterter pflegerischer Rollen, beispielsweise im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes, welches aktuell als überarbeiteter Referentenentwurf vorliegt sowie eines Advanced Practice Nursing (APN)-Gesetzes mit entsprechenden normativen Qualifikationsanforderungen für spezifische Versorgungsbereiche, könnte zudem den Einsatz von HQP in spezialisierten Bereichen fördern [25].

Darüber hinaus ist die stärkere Anerkennung durch tarifliche Regelungen entscheidend. Eine flächendeckende Einführung spezifischer tariflicher Eingruppierungen würde den Mehrwert dieser Personen sowohl für die Patientenversorgung als auch für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis angemessen berücksichtigen. Dies wird auch durch die Ergebnisse einer Befragung der Pflegedirektoren und -direktoren deutscher UKs unterstrichen, die zeigen, dass die tarifliche Eingruppierung der HQP mit einer großen Heterogenität verbunden ist. Trotz des zunehmenden Anteils von HQP an den Kliniken, bleiben deren Tätigkeitsprofile und die Eingruppierungen häufig uneinheitlich geregelt [26]. Neben finanziellen Aspekten sollten auch nichtentgeltliche Maßnahmen wie Weiterbildungsmöglichkeiten, Traineeprogramme und Karriereförderung in den Fokus rücken, um die langfristige Attraktivität der Berufsgruppe zu steigern. Insbesondere die Rolle von HQP als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Entwicklung der pflegerischen Praxis und Qualitätssicherung erfordert gezielte Unterstützung.

Ein weiteres Hindernis sind mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten der Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Die höheren Gehälter und Zusatzkosten für diese Berufsgruppe werden bislang weder durch Pflegebudgets noch durch DRG-Systeme ausreichend refinanziert. Tarifliche Eingruppierungen, die den erweiterten Kompetenzen gerecht werden, fehlen in vielen Kliniken. Aus diesem Grund werden gezielte Anreizsysteme wie spezifische Vergütungsmodelle, Förderprogramme oder Vorbehaltsaufgaben je nach Qualifikation gefordert, um den Einsatz von HQP in Deutschland voranzutreiben [20,26].

Ein weiterer zentraler Engpass bleibt die fehlende systematische und digitale Erfassung von Qualifikationen im Pflegedienst. Die uneinheitliche Datenlage behindert die Vergleichbarkeit zwischen Kliniken und erschwert eine strategische Planung auf nationaler Ebene. Interoperable HR-Systeme zur standardisierten Erfassung an allen deutschen Kliniken sowie die zentrale einheitliche Erfassung von Qualifikationen in einer Bundespflegekammer könnten hier Abhilfe schaffen, indem sie valide und verlässliche Daten liefern, die auch für die politische und strategische Entscheidungsfindung genutzt werden können.

Bedeutung der Pflegeforschung

Die Forschung in der Pflege bleibt trotz positiver Entwicklungen unterrepräsentiert. Die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Institute und klinischer, pflegewissenschaftlicher Lehrstühle sollte flächendeckend an UKs etabliert werden, ergänzt durch Pflegestudiengänge bis zur Promotion. Interdisziplinäre Forschungsprojekte, könnten dazu beitragen, evidenzbasierte Ansätze für eine verbesserte Patientenversorgung zu entwickeln und nachfolgend in die Routineversorgung zu implementieren. Die langjährige Forderung des VPU nach der Einrichtung eines pflegewissenschaftlichen Lehrstuhls und Studiengangs an jedem Standort der Universitätsmedizin bleibt aktuell. Parallel dazu sollte die Finanzierung hochschul-

scher Pflegeausbildungen ausgebaut und durch normative Vorgaben gefördert werden.

Internationale Mobilität

Die uneinheitliche Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse stellt eine bedeutende Barriere dar. Ein standardisiertes Verfahren, das auch Hochschulabschlüsse im Rahmen der Berufsanerkennung systematisch prüft, könnte nicht nur die Einbindung internationaler Talente erleichtern, sondern Bürokratien abbauen und Deutschland als Arbeits- und Studienstandort attraktiver machen. Internationale Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss könnten so dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu steigern und den Fachkräftemangel zu lindern.

Bedeutung der Patientenperspektive

Die Diskussion zeigt zudem, dass die Patientenperspektive stärker berücksichtigt werden sollte. Studien belegen, dass ein höherer Anteil von HQP zu einer verbesserten Patientensicherheit und -zufriedenheit führt [5,27–30]. Dies verdeutlicht, dass die Akademisierung nicht nur eine berufspolitische, sondern vor allem eine klinische, qualitative Dimension besitzt.

Limitationen

Die vorliegende Studie weist einige methodische und konzeptionelle Aspekte auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Bemerkung zu einzelnen Items

Im Zeitraum von 2018 bis 2024 wurden an den untersuchten deutschen UKs Veränderungen in der Gesamtanzahl der Beschäftigten im Pflegedienst beobachtet, die sich vermutlich durch organisationale Anpassungen wie Umstrukturierungen oder veränderte Zuständigkeitszuweisungen erklären lassen. Da zu diesen Veränderungen keine zusätzlichen Daten erhoben wurden, bleibt der Einfluss dieser Faktoren offen und könnte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinflussen.

Die Definition der Grundgesamtheit orientierte sich an früheren Erhebungen und umfasst alle Beschäftigten im Pflegedienst. Aufgrund organisatorischer Gegebenheiten könnten jedoch auch Mitarbeitende einbezogen worden sein, die der Pflegedirektion unterstellt sind, aber nicht den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege zuzuordnen sind. Diese methodische Besonderheit könnte die Präzision der Ergebnisse beeinflussen, da eine klare Abgrenzung der Zielgruppe herausfordernd war.

Bei der Interpretation der Daten müssen zudem die unterschiedlichen Rücklaufquoten (82,85 % im Jahr 2018 vs. 60 % im Jahr 2024) sowie die Anzahl eingeschlossenen Datensätze (18 im Jahr 2018 und 14 im Jahr 2024) berücksichtigt werden. Beides kann die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinflussen.

Weiter wurde im Fragebogen die fachliche Ausrichtung der anzugebenden Studienabschlüsse nicht differenziert abgefragt, da die im Vorfeld stattgefundenen Analyse ergeben hat, dass der Mehrzahl der Kliniken keine Daten in dieser Tiefe zur Verfügung stehen. Da demnach auch Studienabschlüsse ohne pflegerische oder vergleichbare Ausrichtung angegeben wurden, ist es möglich, dass die Anzahl der HQP real niedriger ist als hier dargestellt. Anders ausgedrückt, können die angegebenen Akademisierungsquoten eher als maximal erreichte Quote der eingeschlossenen Kliniken in Deutschland interpretiert werden.

Zur Ermittlung des Anteils der klinisch tätigen HQP wurde die Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst erfasst, die mindestens

50 % ihrer Arbeitszeit in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Durch den Ausschluss von Personen, die weniger als 50 % in der Versorgung tätig sind, können die Ergebnisse von der tatsächlichen Zahl der Gesamtbeschäftigten bzw. der klinisch tätigen HQP abweichen und damit die Quote der klinisch tätigen HQP untererfasst sein.

Eine Neuerung der vorliegenden Studie ist die explizite Berücksichtigung von Pflegefachpersonen mit innereuropäischen Studienabschlüssen. Dies stellt eine methodische Erweiterung dar, die eine breitere Erfassung der Qualifikationslandschaft ermöglicht. Gleichzeitig könnte dies die Vergleichbarkeit mit früheren Studien einschränken, da dort keine spezifischen Angaben zu diesem Aspekt gemacht wurden. Unterschiede in der Anerkennung und Vergleichbarkeit europäischer Qualifikationen könnten darüber hinaus zu gewissen Verzerrungen in der Auswertung führen.

Bei der Untersuchung der Stellenbeschreibungen für HQP konnte aus den genannten Beschreibungen nicht in jedem Fall näher ausdifferenziert werden, welchen Qualifikationsniveaus diese zuzuordnen waren, es sei denn diese wurden explizit benannt. Dies spiegelt die bereits diskutierte Heterogenität, den weitest gehenden Tätigkeitsbezug und die fehlende Stringenz wider.

Generalisierbarkeit

Die Datenqualität wurde durch erläuternde Kommentare und Hinweise im Fragebogen gestützt. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass bei der Anwendung der Erhebungsinstrumente oder der Interpretation der Daten Missverständnisse aufgetreten sein könnten, was die Aussagekraft einzelner Ergebnisse beeinflussen könnte.

Seit der Ersterhebung 2015 wurden die Plausibilität und Qualität der zu Grunde liegenden Daten kontinuierlich verbessert, so dass die Ergebnisse im Vergleich zu den Vorerhebungen an Präzision gewonnen haben. Die steigende Datenqualität kann jedoch auch zu Verzerrungen zwischen den Vergleichsjahren führen. Insgesamt ist die Vergleichbarkeit der Daten gegeben und das vorliegende Survey liefert sehr gute Erkenntnisse zu den Entwicklungen der eingeschlossenen Kliniken, nicht zuletzt auch, weil das Studiendesign über alle Erhebungszeitpunkte stringent beibehalten wurde.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass aufgrund des Ausschlusses der Kliniken ohne Vergleichsdatensätze nur ein Teil der stattgefundenen Entwicklungen in Deutschland abgebildet werden konnte und die angegebenen Akademisierungsquoten nicht den tatsächlichen Stand des Jahres 2024 widerspiegelt. Zudem können durch den Fokus auf UKs keine Aussagen zu HQP an Nicht-Universitätskliniken getätigt werden.

Ausblick

Diese Aspekte verdeutlichen die Herausforderungen bei der Durchführung vergleichender Studien zur Einbindung von HQP. Sie legen nahe, dass weitere Untersuchungen notwendig sind, um die gewonnenen Erkenntnisse zu untermauern und detailliertere Aussagen zu den beschriebenen Fragestellungen treffen zu können.

Im Verlauf sollen ergänzende Datenanalysen zu weiteren Qualifikationen im Pflegedienst und den Stellenanteilen der Beschäftigten im Pflegedienst unter Einschluss aller Daten der teilnehmenden Kliniken im Jahr 2024 durchgeführt werden.

Implikationen für Praxis, Lehre und Forschung

Die Ergebnisse der Studie haben wesentliche Implikationen für die Praxis, die Lehre und die Forschung im Bereich der Pflege. In

der Praxis wird deutlich, dass eine standardisierte und verlässliche Erfassung der Qualifikationen der Beschäftigten im Pflegedienst dringend erforderlich ist. Diese Notwendigkeit ergibt sich nicht nur aus wissenschaftlichen Anforderungen, sondern auch aus den zunehmenden Regularien und Nachweispflichten im Gesundheitswesen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe könnten digitale Human Resource (HR)-Systeme eine zentrale Rolle spielen, die eine strukturierte Erfassung und Pflege von Qualifikationsdaten ermöglichen und zugleich die Ausleitung sowie Weiterverarbeitung dieser Daten für institutionelle und externe Anforderungen sicherstellen.

Außerdem verdeutlichen die Ergebnisse, dass die praktische Einbindung von HQP nach wie vor zu wenig strukturiert erfolgt, was sich in den nur langsam steigenden Akademisierungsquoten zeigt. In den Einrichtungen bedarf es deshalb Strategien für eine nachhaltige Nachwuchsförderung von HQP und für eine strukturelle Begleitung. Pflegewissenschaftliche Stabstellen können beispielsweise dabei helfen eine bedarfsgerechte Umgebung für klinisch tätige HQP zu schaffen. Ein weiterer wichtiger Schritt in diesem Zusammenhang ist die einheitliche Klärung von Rollenprofilen.

Darüber hinaus besteht ein dringender Bedarf an weiteren Follow-up-Studien, insbesondere unter Einschluss aller deutschen Kliniken, um die Entwicklung der Einbindung von HQP langfristig abzubilden und dabei auch den Umgang mit innereuropäischen Abschlüssen näher zu untersuchen. Solche Studien könnten wertvolle Erkenntnisse über die tatsächlichen Tätigkeitsprofile dieser Berufsgruppe liefern und dazu beitragen, die Ausgestaltung ihres Aufgabenbereichs besser auf die Bedürfnisse der klinischen Versorgung auszurichten.

Zudem wurde die Refinanzierung erweiterter hochschulischer Pflege Tätigkeiten als zentrale Herausforderung identifiziert. Eine nachhaltige finanzielle Unterstützung ist entscheidend, um die Voraussetzungen für die Integration von HQP in erweiterte Tätigkeitsbereiche zu schaffen und deren Potenzial in der patientennahen Versorgung auszuschöpfen.

Auf der Ebene der Forschung wird ein deutlicher Ausbau der pflegewissenschaftlichen Einrichtungen an UKs gefordert. Hierzu gehört nicht nur die Schaffung zusätzlicher personeller und materieller Ressourcen, sondern auch die Förderung interdisziplinärer Forschungsansätze, die sich auf die Schnittstellen von Pflegewissenschaft, Praxis und Gesundheitsökonomie konzentrieren. Eine stärkere Integration pflegewissenschaftlicher Expertise in die strategische Ausrichtung von UKs könnte die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Pflege entscheidend voranbringen und damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Diese Implikationen verdeutlichen, dass eine enge Verknüpfung von Praxis, Lehre und Forschung notwendig ist, um die Potenziale von HQP optimal zu nutzen und zukunftsweisende Strukturen im Pflegesektor zu schaffen.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung unterstreicht, dass deutsche UKs bei der Implementierung von HQP trotz leichter Fortschritte weiterhin deutlich hinter den Empfehlungen des Wissenschaftsrates und internationalen Standards zurückbleiben.

Die Analyse hat zentrale Herausforderungen identifiziert, darunter die fehlende digitale Erfassung von Qualifikationen, die unzureichende Abgrenzung von qualifikationsorientierten Tätigkeitsprofilen oder die mangelnde tarifliche Eingruppierung dieser Qualifikationen. Auch die Anerkennung internationaler Abschlüsse und der Ausbau pflegewissenschaftlicher Forschung bleiben zentrale Herausforderungen.

Dennoch zeigen die Ergebnisse Ansatzpunkte für zukunftsweisende Maßnahmen. Dazu gehören:

- Einführung digitaler HR-Systeme zur standardisierten Erfassung von Qualifikationsdaten und Aufbau eines regelmäßigen Pflegebildungsberichtes.
- Entwicklung einheitlicher Rollenprofile für HQP zur Förderung eines kompetenzgerechten Einsatzes in der patientennahen Versorgung.
- Gezielte Anreizsysteme zur Förderung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.
- Gesetzliche Verankerung erweiterter Rollen durch das Pflegekompetenzgesetz und ein APN-Gesetz.
- Ausbau der pflegewissenschaftlichen Einrichtungen an jeder Universitätsklinik, einschließlich Instituten, Lehrstühlen, Studiengängen und Promotionsprogrammen.

Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass eine enge Verknüpfung von Praxis, Lehre und Forschung notwendig ist, um die Potenziale von HQP voll auszuschöpfen. Interdisziplinäre Ansätze, die Pflegewissenschaft mit anderen Disziplinen wie Medizin und Gesundheitsökonomie verbinden, sind essenziell, um zukunfts-fähige, evidenzbasierte Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass die Akademisierung der Pflege nicht nur eine bildungspolitische Aufgabe ist, sondern ein zentraler Hebel für eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte und nachhaltige Gesundheitsversorgung. Ein integrativer Ansatz, der politische, institutionelle und gesellschaftliche Maßnahmen vereint, ist unerlässlich, um die Pflege in Deutschland auf internationales Niveau der Pflegebildung und Pflegequalität zu heben.

Förderung

Die Datenauswertung und Open-Access-Publikation wurde vom *Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)* e.V. auf Antrag finanziell unterstützt.

Danksagung

Dieses Projekt wurde vom *Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU)* e.V. initiiert. Wir danken den Pflegedirektorinnen und -direktoren der deutschen Hochschul- und Universitätskliniken für Ihre Rückmeldungen und die zur Verfügung gestellten Daten. Zudem danken wir dem Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) e.V. für die finanzielle Unterstützung.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autor*innenschaft

Hannah Pinnekamp: Konzeption, Datenvalidierung, Datenanalyse, Manuskripterstellung, Diskussion der Ergebnisse. Julian Bauer: Konzeption, Datenvalidierung, Datenanalyse, Überarbeitung des Manuskripts, Diskussion der Ergebnisse. Jennifer Luboeinski: Datenerhebung, Datenanalyse, Manuskripterstellung, Diskussion der Ergebnisse. Andrea Ellermeyer: Datenanalyse, Manuskripterstellung, Diskussion der Ergebnisse. Susanne Krotsetis: Datenanalyse, Manuskripterstellung, Diskussion der Ergebnisse. Jenny Heymann: Überarbeitung des Manuskripts. Louise Koppe: Überar-

beitung des Manuskripts. Laura Todisco: Überarbeitung des Manuskripts. Inke Zastrow: Überarbeitung des Manuskripts, Diskussion der Ergebnisse. Andreas Kocks: Konzeption, Manuskripterstellung, Diskussion der Ergebnisse. Uli Fischer: Konzeption, Überarbeitung und Finalisierung des Manuskripts, Projektkoordination, Drittmittelakquise.

Literatur

- [1] Wissenschaftsrat, Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe/Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen, Wissenschaftsrat; 2023.
- [2] Tiemann M, Mohokum M. Demografischer Wandel, Krankheitspanorama, Multimorbidität und Mortalität in Deutschland. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 3–11.
- [3] Twigg DE, Kutzer Y, Jacob E, Seaman K. A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *J Adv Nurs* 2019;75:3404–23. <https://doi.org/10.1111/jan.14194>.
- [4] Griffiths P, Saville C, Ball J, Dall'Orta C, Meredith P, Turner L, et al. Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2023;147:104601. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104601>.
- [5] Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017;26:559–68. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.
- [6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen, PUBLISSO; 2024.
- [7] Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Köln; 2012.
- [8] Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I, Ewers M. *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen: Vom Ausland lernen? 1st Auf.* Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2019.
- [9] Tannen A, Feuchtinger J, Strohbücker B, Kocks A. Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken – Stand 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2017;120:39–46. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.11.002>.
- [10] Bergjan M, Tannen A, Mai T, Feuchtinger J, Luboeinski J, Bauer J, et al. Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2021;163:47–56. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.04.001>.
- [11] Bundesministerium für Gesundheit, Gesetz zur Reform der Pflegeberufe: PflBRefG; 2017.
- [12] Hofrath C, Meng M, Dorin L. Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen – Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023 aus dem BIBB-Pflegepanel; 2024.
- [13] Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg; 2024.
- [14] Meng M, Peters M, Dorin L. Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen, Bonn; 2022.
- [15] Darmann-Finck I, Hülsmann L, Nikolajev S. Aufgabenprofile für Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2024;86:43–8. <https://doi.org/10.1055/a-2098-3357>.
- [16] Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., Stellungnahme zur Zukunft der hochschulischen Pflegeausbildung sowie der Pflegewissenschaft in Deutschland, 2023. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/02/2023_02_13-DGP-Stellungnahme-Hochschulische-Pflegeausbildung.pdf. [Accessed 19 November 2024].
- [17] von Wendorff H, Fischer U. Qualifizierung: Weiter schleppende Akademisierung der Pflege. kma – Klinik Management aktuell 2023;28:73–5. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1762881>.
- [18] von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008;61:344–9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.
- [19] Schubert M, Herrmann L, Spichiger E. Akademisierung der Pflege – Evidenz und Wirkamkeitsforschung. In: Simon A, editor. *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018.
- [20] Stephanow V. Implementierung von Pflegeexpert/innen APN in deutschen Krankenhäusern: Chancen & Herausforderungen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 2019:214–26.
- [21] Wissenschaftsrat, HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update, German Science and Humanities Council; 2022.
- [22] International Council of Nurses. The scope of practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse, Geneva; 2008.
- [23] Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Turale S, Pulcini J, et al. Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva; 2020.
- [24] Deutscher Verband für Pflegeberufe- DBfK Bundesverband e.V., Advanced Practice Nursing Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige

- Gesundheitsversorgung; 2019. <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>. [Accessed 23 January 2025].
- [25] Deutscher Verband für Pflegeberufe- DBfK Bundesverband e.V., Stellungnahme: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG), 2024. <https://www.dbfk.de/media/docs/Berufspolitik/stellungnahmen/Stellungnahme-zum-Referentenentwurf-des-Bundesministeriums-fuer-Gesundheit-zu-einem-Gesetz-zur-Staerkung-der-Pflegekompetenz-Pflegekompetenzgesetz-PKG.pdf>. [Accessed 26 May 2025].
- [26] Luboeinski J, Nydahl P, Krotsetis S, Lamers K, Kocks A. Vergütung akademisierter Pfleger an Universitätskliniken. *Pflegez* 2021;74:56–9. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1083-x>.
- [27] Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *J Nurs Scholarsh* 2011;43:188–94. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x>.
- [28] Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nurs Econ* 2011;29:230–50 [quiz 251].
- [29] Glarcher M, Lex KM. Advanced Nursing Practice in Austria under consideration of outcome measurement. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2020;155:11–6. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.06.012>.
- [30] Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017;15:63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>.