



Prof. Dr. Karin Reiber / Prof. Dr. Maik H.-J. Winter

PFLEGERISCHE VERSORGUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG VON MORGEN: SICHER, FLÄCHENDECKEND, KOMPETENT!?

ANALYSE DER NEUEN PFLEGEAUSBILDUNGSSTRUKTUREN



Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von morgen: sicher, flächendeckend, kompetent!?

Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis.

Prof. Dr. Karin Reiber (HS Esslingen)

Prof. Dr. Maik H.-J. Winter (HS Ravensburg-Weingarten)

Hannes Gottwald Mag. (HS Esslingen)

Dorothea Weber B. A. (HS Ravensburg-Weingarten)

Projektlaufzeit: 01.04.2014 bis 30.06.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Ausgangslage	10
1.2	Projektziele.....	13
1.3	Projektplanung	14
2	Stand des Wissens und der Forschung.....	16
2.1	Strukturdaten der pflegerischen Versorgung in Baden- Württemberg	16
	2.1.1 Fachkräfte in der Pflege	18
	2.1.2 Auszubildende und Studierende in der Pflege	19
2.2	Verbleibstudien aller drei Pflegeberufe.....	21
2.3	Verbleibstudien zu Pflegestudiengänge ohne integrierte Pflegeausbildung.....	22
2.4	Theoretische Überlegungen zum beruflichen Verbleib.....	22
	2.4.1 Potenzielle Arbeitsfelder generalistisch ausgebildeter Pflegefachfrauen/-männer	23
	2.4.2 Potenzielle Arbeitsfelder primärqualifizierter Pflegeakademiker/-innen	26
2.5	Evaluationsberichte generalistischer Pflegeausbildungen und Studien zum Verbleib der Absolventen/-innen	29
2.6	Evaluationsberichte primärqualifizierender Pflegestudiengänge und Studien zum Verbleib der Absolventen/-innen.....	38
2.7	Zusammenfassung.....	48
3	Material und Methoden der Studie	51
3.1	Auswahl der Methoden.....	51
3.2	Befragung (zukünftiger) Absolventen/-innen (Hochschule Esslingen)	52
	3.2.1 Methodische Vorüberlegungen	52
	3.2.2 Die befragten (zukünftigen) Absolventen/-innen.....	53
	3.2.3 Der Online-Fragebogen.....	57

3.2.4	Die Durchführung und die Auswertung der Daten	60
3.3	Die Befragung potenzieller Arbeitgeber (Hochschule Ravensburg-Weingarten)	64
3.3.1	Methodische Vorüberlegungen	65
3.3.2	Die befragten Experten/-innen und ihre Arbeitsbereiche	66
3.3.3	Der Interviewleitfaden	69
3.3.4	Die Durchführung und Auswertung der Interviews	71
3.4	Synopse der Positionspapiere	73
3.5	Stellenanzeigenanalyse	74
3.6	Triangulation	75
4	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	77
4.1	Befragung (zukünftiger) Absolventen/-innen	77
4.1.1	Pflegeausbildung/Pflegestudium	77
4.1.2	Ausgangsmotivation/Erwartungen	77
4.1.3	Berufliche Anschlusspläne/Bewerbungsverhalten	84
4.1.4	Berufseinstieg	94
4.1.5	Berufliche Weiterentwicklung	98
4.1.6	Qualifikation	106
4.1.7	Gesamteinschätzung	111
4.1.8	Zentrale Erkenntnisse	126
4.2	Befragung potenzieller Arbeitgeber	132
4.2.1	Beurteilung der generellen Entwicklung im Berufsfeld (Alten-)Pflege	136
4.2.2	Generalistische Pflegeausbildung	140
4.2.3	Primärqualifizierende Pflegestudiengänge	168
4.2.4	Weitere Entwicklung der Qualifizierungen der Pflegeberufe	208
4.2.5	Zusammenfassung und Fazit	214
4.3	Synopse der Positionspapiere pflegerischer Verbände in Baden-Württemberg	224
4.3.1	Allgemeine Entwicklungen im Berufsfeld Pflege mit Blick auf die Ausbildungsreform	225
4.3.2	Generalistische Ausbildungskonzepte	228

4.3.3	Primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierte Pfleigestudiengänge	240
4.3.4	Fazit	241
4.4	Stellenanzeigenanalyse	248
4.4.1	Zielsetzung und Forschungsfrage	248
4.4.2	Stichprobe und Analyseraster	249
4.4.3	Ergebnisse	250
5	Zusammenschau und Handlungsempfehlungen.....	253
5.1	Generalistische Pflegeausbildung	253
5.1.1	Gemeinsamkeiten der Aussagen der Experten/- innen und der Befragten aus der Pflegeausbildung	253
5.1.2	Diskrepanz zwischen den Aussagen der Experten/- innen und der Befragten aus der generalistischen Pflegeausbildung	254
5.1.3	Ausbildungsinhalte	255
5.1.4	Gestaltung der praktischen Ausbildung.....	256
5.1.5	Herausforderungen beim Berufsstart	256
5.1.6	Personalbindung	257
5.1.7	Befürchtungen	258
5.1.8	Handlungsempfehlungen	260
5.2	Primärqualifizierende bzw. ausbildungs-integrierende Pfleigestudiengänge.....	261
5.2.1	Gemeinsamkeiten der Aussagen der Experten/- innen und der Befragten aus dem Pflegestudium	261
5.2.2	Diskrepanzen zwischen den Aussagen der Experten/-innen und der Befragten aus dem Pflegestudium	262
5.2.3	Lehrinhalte des Pflegestudiums	263
5.2.4	Praktische Ausbildung.....	263
5.2.5	Herausforderungen beim Berufsstart	263
5.2.6	Personalbindung	264
5.2.7	Befürchtungen	265

5.2.8 Handlungsempfehlungen	265
6 Fazit und Ausblick	267
Literaturverzeichnis	272

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

Anm. der Verf.	Anmerkung der Verfasser
AP	Altenpflege
AWO	Arbeiterwohlfahrt e. V.
B. A.	Bachelor of Arts
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BaWü	Baden-Württemberg
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
bspw.	beispielsweise
BV	Bundesverband
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
BW	Baden-Württemberg
CDU	Christlich Demokratische Union
CNE	Certified Nursing Education
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DEKV	Deutscher Evangelischer Krankenhausverband
DEVAP	Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
DPR	Deutscher Pflegerat
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DVLAB	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V.
e. V.	eingetragener Verein

ebd.	ebenda
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKD	Evangelische Kirche Deutschland
et al.	et alia
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
ggf.	gegebenenfalls
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKinderkrankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
HS	Hochschule
ICN	International Council of Nursing
IP	Interviewpartner/-in
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
Kh.	Krankenhaus
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
KSFH	Katholische Stiftungsfachhochschule
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden- Württemberg
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Baden-Württemberg e. V.
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
MGEPA	des Landes Nordrhein-Westfalen
NEXT-Studie	Nurses' early exit study
o. g.	oben genannte
o. S.	ohne Seite
§	Paragraf
QB	Qualitätsbeauftragte/r
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt/e/r

SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
u. a.	und andere
u. ä.	und ähnliche
usw.	und so weiter
ver.di	Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e. V.
vgl.	vergleiche
VKAD	Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V.
X2c	Variable für Ort
ZEVA	Zentrale Evaluations- und Akkreditierungsagentur
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Motive zur Aufnahme des Studiums.....	78
Abbildung 2: Motive zur Aufnahme der Ausbildung	79
Abbildung 3: Motive zur Wahl der besonderen Ausbildungsform.....	80
Abbildung 4: 3 bevorzugte Einsatzorte während des Studiums	82
Abbildung 5: 3 bevorzugte Einsatzorte während der Ausbildung.....	83
Abbildung 6: Berufliche Anschlusspläne	85
Abbildung 7: Geplante berufliche Einsatzfelder	87
Abbildung 8: Gründe für Auswahl von Stellenangeboten.....	88
Abbildung 9: Stellensuche	89
Abbildung 10: Einstellungsgründe.....	90
Abbildung 11: Berufliche Anschlusspläne	91
Abbildung 12: Geplante berufliche Einsatzfelder	92
Abbildung 13: Gründe für Auswahl von Stellenangeboten.....	93
Abbildung 14: Tätigkeitsschwerpunkte bei jetziger Stelle	95
Abbildung 15: Herausforderungen beim Berufsstart	96
Abbildung 16: Hilfe beim Berufsstart.....	97
Abbildung 17: Zufriedenheit und Kündigungsgründe	99
Abbildung 18: Geplante Weiterbildungen.....	100
Abbildung 19: Weiterbildungsbedarf	101
Abbildung 20: Wunsch für berufliche Zukunft	102
Abbildung 21: Größte Befürchtung.....	103
Abbildung 22: Langfristige berufliche Planung	105
Abbildung 23: Besonders gut vorbereitet	107
Abbildung 24: Fähigkeiten	109
Abbildung 25: Rückblickende Bedeutung der Ausbildung.....	111
Abbildung 26: Rückblickende Bedeutung des Studiums.....	112
Abbildung 27: Erfahrungen während Ausbildung.....	113
Abbildung 28: Erfahrungen während Studium	114
Abbildung 29: Vorteile der Pflegeausbildung	115
Abbildung 30: Vorteile des Pflegestudiums.....	118
Abbildung 31: Verbesserungsvorschläge für Pflegeausbildung	120
Abbildung 32: Verbesserungsvorschläge für Pflegestudium.....	122

Abbildung 33: Pflegeausbildung nochmal machen	124
Abbildung 34: Pflegestudium nochmal machen	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Pflegenden bezogen auf Einrichtungen	18
Tabelle 2: Verhältnis von Sample und Grundgesamtheit	63
Tabelle 3: Schulabschlüsse der Teilnehmer/-innen	64
Tabelle 4: Berufshintergrund der befragten Experten/-innen	68
Tabelle 5: Position der befragten Experten/-innen	68
Tabelle 6: Arbeitsbereich/Verband der befragten Experten/-innen	68
Tabelle 7: Ergebnisse der Experten/-innen-Interviews im Überblick ..	134
Tabelle 8: Anzahl der eingeschlossenen Stellenanzeigen der Fachzeitschriften (Abb. nach Reusch 2015, 42)	250
Tabelle 9: Kontingenzanalyse (Abb. nach Reusch 2015, 71)	252
Tabelle 10: Befürchtungen bzgl. generalistischer Pflegeausbildung ..	259
Tabelle 11: Befürchtungen bzgl. Pflegestudium.....	265

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Regelmäßig wird im öffentlichen Diskurs das Thema „Pflegetnotstand“ diskutiert – kein mediales Phänomen, sondern ein reales Problem! Einen Hauptfaktor für den Pflegetnotstand stellt der demografische Wandel dar. Der Anteil der 20–64-Jährigen wird in Baden-Württemberg von 2015 bis 2030 bei kontinuierlicher Entwicklung und stärkerer Zuwanderung voraussichtlich um 5 % sinken. Auf der anderen Seite wird in der gleichen Zeit der Anteil der 65–79-Jährigen um 4,3 % und der Anteil der über 79-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um 1,7 % steigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Im von der Bertelsmann-Stiftung (2015) veröffentlichten Datenreport zur Bevölkerung in Deutschland wird für Baden-Württemberg ein ähnlicher Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen erwartet. Bezogen auf die prozentualen Veränderungen je Altersgruppe ergibt sich folgendes Bild: Die Anzahl der 65–79-jährigen Einwohner/-innen wird sich um etwa 32 Prozent erhöhen und die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren steigt um knapp 50 %. Es wird erwartet, dass im Jahr 2030 etwa 26 % der Bevölkerung in Baden-Württemberg 65 Jahre oder älter sein wird (Bertelsmann Stiftung 2015, 53). Einer schrumpfenden Gruppe erwerbsfähiger Menschen wird eine wachsende Gruppe älterer Menschen gegenüberstehen. Hinzu kommen „Prozesse des sozialstrukturellen Wandels, die verbunden sind mit einer Individualisierung der Lebensstile und einem Wandel der Generationenbeziehungen, mit zunehmenden ökonomischen Zwängen im Gesundheitssystem und mit Veränderungen der sozialen Sicherungssysteme“ (BMFSFJ 2008, 17). Zudem finden Veränderungen im Krankheitsspektrum statt, das heißt, (chronische) Mehrfacherkrankungen gewinnen an Bedeutung. Eine Herausforderung für das pflegerische Personal stellen außerdem die Fortschritte in der Medizintechnik und in der Pflegewissenschaft dar. Um diesen Veränderungen gerecht zu werden, müssen sowohl die

Qualität der Pflege gesichert und weiterentwickelt als auch Pflegefachkräfte hinzugewonnen werden.

Als Reaktion auf diese Veränderungen und mit dem Ziel der Erhöhung der flexiblen Einsatzmöglichkeiten und der Steigerung der Berufsattraktivität werden seit 2004 neue Ausbildungsmodelle erprobt. Dies sind a) generalistische Pflegeausbildungen, die die bisher nach Lebensaltern getrennten Pflegeausbildungen vereinen, und b) Pflegestudiengänge, in denen ein berufsqualifizierender Abschluss in einem Pflegeberuf sowie der Bachelor-Grad erworben wird. Das Ziel des Pflegestudiums ist es, „den Transfer des stetig fortschreitenden pflegewissenschaftlichen Wissens in die Pflegepraxis und die Innovationsfähigkeit der Pflege aufbauend auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und des technischen Fortschritts zu fördern“ (BMFSFJ 2016, 2). Die in a) genannten Pflegeausbildungen werden mit der Verabschiedung des neuen Pflegeberufgesetzes die bisherigen Pflegeausbildungen bundesweit ablösen. „In der neuen Pflegeausbildung werden übergreifende pflegerische Qualifikationen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsbereichen vermittelt: in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege“ (BMFSFJ 2016, 1). Die Berufsbezeichnungen werden dann „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“ lauten (ebd.).

Nach Stöver (2010, 84) lassen sich die Reformmodelle der Pflegeausbildung nach drei Ausrichtungen unterscheiden:

1. Integrierte Ausrichtung der Pflegeausbildung: gekennzeichnet durch eine meist zweijährige Basisausbildung und anschließende einjährige Spezialisierung in Richtung der Berufsabschlüsse Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege. Der integrierte Grundtypus steht der derzeitigen Pflegeausbildung am nächsten, ist also im geringeren Maße vom Ist-Stand entfernt und kann zeitgeschichtlich einer älteren Modellgeneration zugerechnet werden.

2. Integrative Ausrichtung der Pflegeausbildung: Innerhalb der Pflegeausbildung können zwei gleichwertige Berufsabschlüsse in

Kombination (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) erworben werden. In der Regel erfolgt die Ausbildungszeit über dreieinhalb Jahre. Die Struktur der Ausbildung gliedert sich in eine Basisausbildung mit zunehmender Differenzierung und Vertiefung hinsichtlich des ersten Berufsabschlusses. In den letzten sechs Monaten erfolgt eine Schwerpunktsetzung im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf den zweiten Berufsabschluss.

3. Generalistische Ausrichtung der Pflegeausbildung: Fokussiert ein einheitliches Berufsfeld Pflege und fasst die drei bislang getrennt durchgeführten Ausbildungen zu einem gemeinsamen, meist dreijährigen Ausbildungsgang zusammen. Die Ausbildung endet entsprechend mit einem „generalistischen“ Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dieser Reformtyp weist zum derzeitigen Ist-Stand der Pflegeausbildungen die größte Distanz auf.

Das Projekt greift diese Entwicklung prospektiv auf und untersucht die Auswirkungen der bisher erprobten Ausbildungsmodelle auf die Versorgungspraxis sowie die Erfahrungen der Auszubildenden und Studierenden während der Ausbildung bzw. des Studiums, um dann proaktiv die Umsetzung des neuen Pflegeberufgesetzes mit zu gestalten. Dazu werden unterschiedliche, sich wechselseitig ergänzende methodische Zugänge genutzt. In einer Befragung von bisher in Baden-Württemberg in den neuen Ausbildungsformen ausgebildeten Pflegefachkräften wird erhoben, in welche Versorgungsfelder diese Pflegefachkräfte einmünden und wie sie ihre Qualifikation im Hinblick auf ihre Berufspraxis bewerten. Durch eine Stellenanzeigenanalyse wird der Qualifikationsbedarf des Pflegesystems untersucht. Mittels Experten/-innen-Interviews wird erforscht, wie die neuen Ausbildungsprofile den Bedarf aus Sicht des Versorgungssystems adressieren. Die Ergebnisse werden zu Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des neuen Pflegeberufgesetzes aufbereitet. Diese lassen sich auf alle anderen Bundesländer übertragen.

Das Projekt „Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von morgen – sicher, flächen-deckend kompetent!? Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfes in der Versorgungspraxis“ soll einen Beitrag dazu liefern.

1.2 Projektziele

Der Innovationsgehalt dieses Forschungsprojektes liegt in der Erhebung empirischer und valider Daten zum beruflichen Verbleib sowie zu Arbeitsmarktperspektiven generalistisch und akademisch ausgebildeter Pflegekräfte, wie auch in der Ableitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Ausbildungen in den Pflegeberufen. Die beiden Ausbildungsformen, die auf der Basis des neuen Pflegeberufegesetzes zum Regelangebot werden sollen, werden im Rahmen dieses Projekts am Beispiel der in Baden-Württemberg angesiedelten Ausbildungsmodelle auf ihre Passung mit dem Arbeitsmarkt untersucht. Entgegen bisherigen Verbleibstudien oder Evaluationen von Modellprojekten liegt der Schwerpunkt nicht auf der Zufriedenheit der drei im Rahmen integrativer/generalistischer Ausbildungsformen zusammengefassten Berufsgruppen bzw. der Evaluation von Struktur, Prozess und Ergebnis der Modellprojekte. Der Fokus ist prospektiv auf den beruflichen Verbleib, die berufliche Weiterentwicklung und die beruflichen Positionen sowie den qualitativen und quantitativen Bedarf an generalistisch und in primärqualifizierenden Studiengängen ausgebildetem Pflegepersonal in Baden-Württemberg gelegt. Von besonderem Interesse ist dabei, ob es Branchen gibt, die von diesen neuen Ausbildungsformen stärker profitieren als andere.

Mit Hilfe der erhobenen Daten können konkrete Hinweise für eine am tatsächlichen Bedarf orientierte pflegeberufliche Bildung abgeleitet werden, um positive Auswirkungen auf die sach- und fachgerechte Pflege der Bevölkerung in Baden-Württemberg zu erreichen. Diese Befunde können direkt für die Umsetzung des neuen Pflegeberufegesetzes in Baden-Württemberg genutzt werden.

1.3 Projektplanung

Die Vorbereitungen zum Projekt basieren auf zahlreichen Vorarbeiten. Zum einen ist hier die ausgewiesene Expertise der beiden Projektleitungen der Hochschulen Esslingen und Ravensburg-Weingarten zu nennen. Beide Seiten forschen seit mehreren Jahren an der Ausbildungsentwicklung der Pflege hinsichtlich akademischer und nicht-akademischer Ausbildung. Zudem bieten beide Hochschulen die ersten staatlich eingerichteten pflegebezogenen Studiengänge in Baden-Württemberg an.

Das Projekt „Die Zukunftsfähigkeit der Pflegepädagogik“ (2011–2013) lieferte relevante Erkenntnisse für die Weiterarbeit. In mehreren Bachelor- und Masterarbeiten konnten bislang solide Erkenntnisse über die Entwicklungen der neuen Ausbildungsmodelle gewonnen werden. So lagen zu Projektbeginn bereits mehrere Publikationen sowie Daten vor, die die Grundlage für das Projekt bildeten.

Der Projektaufbau erfolgt entlang der methodischen Ausrichtung zweier Forschungsstränge: Auf der einen Seite die Befragung der (zukünftigen) Absolventen/-innen der neuen Ausbildungsformen mittels Online-Befragung und auf der anderen Seite die Befragung von Vertretern/-innen der Arbeitgeberseite mittels Experten/-innen-Interviews. Die Berufsperspektiven der Absolventen/-innen der neuen Ausbildungsformen werden zusätzlich über eine Stellenanzeigenanalyse untersucht. Die Ergebnisse beider Seiten werden nach der Datenauswertung trianguliert, damit schließlich Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden können.

Es oblag der Hochschule Esslingen die Projektplanung, die theoretisch-systematischen Vorarbeiten, die Entwicklung des Fragebogens zur Online-Befragung der (zukünftigen) Absolventen/-innen, die Kontaktaufnahme zu den Absolventen/-innen und die Öffentlichkeitsarbeit zu gestalten und schließlich die Bereitstellung der Online-Befragung und ihre Auswertung vorzunehmen. Die Stellenanzeigenanalyse wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Hochschule Esslingen durchgeführt.

Die Verantwortlichkeit der Hochschule Ravensburg-Weingarten lag ebenfalls bei den theoretisch-systematischen Vorarbeiten, der Entwicklung des Interviewleitfadens, der Kontaktaufnahme zu den Experten/-innen und schließlich der Durchführung, der Transkription und der Auswertung der Experten/-innen-Interviews. Ferner wurden die Positionen relevanter Fachverbände in Baden-Württemberg hinsichtlich der generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildung und ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge analysiert und dargestellt.

2 Stand des Wissens und der Forschung

2.1 Strukturdaten der pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg

Bei der Betrachtung der pflegerischen Qualifizierungsmöglichkeiten spielen auch die Strukturdaten zur Ausbildung eine Rolle. Diese Daten stellen die Grundlage für weitere Überlegungen zum beruflichen Verbleib der Absolventen/-innen der Pflegeausbildung bzw. des Pflegestudiums dar. Zunächst wird die Situation der Fachkräfte und anschließend die der Auszubildenden in der Pflege dargestellt.

Zu der Frage, welchen Personalbedarf es insbesondere in Baden-Württemberg in der Altenhilfe und Altenpflege gibt – unter Berücksichtigung des Bedarfs an nichtmedizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation – haben Naegele et al. (2013) eine Expertise veröffentlicht. Unter anderem befassten sie sich damit, welcher Zusammenhang zwischen Fachkräftebedarf und der Aus- und Weiterbildung in der (Alten-)Pflege besteht und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um 1. ein angemessenes Qualifikationsniveau zu erreichen, 2. den Beruf langfristig attraktiv zu machen und 3. Durchlässigkeit im Bildungssystem zu ermöglichen (Naegele et al. 2013, 9). Die Herangehensweise erfolgte mittels Sekundärdatenanalyse und qualitativer Methoden. Zum einen zeigen die Ergebnisse, dass bislang vorliegende (Teil-)Konzepte einer Demografiepolitik erweitert und vollendet werden müssen. Laut den Autoren/-innen wird in Zukunft ein ressortübergreifender politischer Schwerpunkt für Senioren und Altersfragen insbesondere auf kommunaler Ebene stärker auszubauen sein. Zum anderen halten die Autoren/-innen fest, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu den wichtigen Vorhaben der Veränderungen im Gesundheitswesen zählen. Benötigt werden eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen in höherem und sehr hohem Lebensalter (Naegele et al. 2013, 31). Die Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe

halten die Autoren/-innen für eine Möglichkeit, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. „Anspruchs- und voraussetzungsvolle Aufgaben in den für die von Altenhilfe und Altenpflege relevanten Handlungsfeldern, und nicht zuletzt die dafür erforderlichen strukturell-organisatorischen Veränderungen und eine inhaltlich konzeptionelle Weiterentwicklung, erfordern auch den Einsatz nicht-medizinischer akademischer Fachkräfte [...]“ (Naegele et al. 2013, 11). Insbesondere wurde die Möglichkeit gerontologischer Weiterbildungen für bereits akademisch ausgebildete Sozial-/Gesundheitsfachberufe und die Akademisierung in den Pflege- und Gesundheitsberufen in den Blick genommen. Als problematisch sehen die Autoren/-innen für primärqualifizierende Studiengänge das Beibehalten der beruflichen Ausbildungsstrukturen und die bislang nicht durchgehend akzeptierte Berufszulassung. Die ausbildungsintegrierenden Studiengänge haben hingegen damit zu kämpfen, dass ihre Ausbildung als „Bachelor light“ bezeichnet wird, da bundesweit nicht geregelt ist, wie mit dem nicht-hochschulischen Ausbildungsteil umzugehen ist. Dasselbe gilt für Maßnahmen zur besseren Durchlässigkeit und Zugangsvoraussetzungen zur hochschulischen Bildung – hier wird ebenfalls eine Abwertung der akademischen Ausbildung befürchtet. Weiterhin entsteht in diesen Modellen die Gefahr einer erhöhten Belastung für die angehenden Pflegenden – die Ausbildungsdauer verlängert sich und sie befinden sich in einer Doppelrolle als Auszubildende und Studierende zugleich (Naegele et al. 2013, 77). Ebenfalls kritisch merken die Autoren/-innen an, dass es noch keine Regelungen für Ausbildungsstrukturen, gesetzliche und inhaltliche Anforderungen an die neuen Ausbildungsformen gibt und dass bislang unklar ist, wie hoch der quantitative Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegenden ist. Es mangle an einer fundierten Datenlage, insbesondere zum tatsächlichen Nutzen – der Verbesserung der Versorgungsqualität durch hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte (Naegele et al. 2013, 78).

2.1.1 Fachkräfte in der Pflege

Laut dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg waren im Jahr 2014 insgesamt 51.976 (entspricht 37.429 Vollkräften) Pflegende (einschließlich Krankenpflegehelfer/-innen und sonstige Pflegepersonen) in Krankenhäusern (2016a) und 2964 Pflegende (Vollkräfte) in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2016b) tätig. Im Jahr 2013 waren in Baden-Württemberg 31.823 Pflegende in 1140 ambulanten Pflegediensten und 90.597 Personen in Pflegeheimen tätig (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016c).

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Pflegenden in den Jahren 2013 bzw. 2014, bezogen auf verschiedene Einrichtungen, im Überblick.

Tabelle 1: Anzahl der Pflegenden bezogen auf Einrichtungen

Einrichtung	Anzahl der Pflegekräfte¹
Krankenhäuser	51.976
Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen	*2
Ambulante Pflegedienste	31.823
Pflegeheime	90.597

Laut der Antwort der Landesregierung auf eine große Anfrage der Fraktion der CDU (Landtag von Baden-Württemberg 2012) „stehen einem arbeitslosen examinierten Altenpfleger/-in knapp fünf gemeldete Stellen gegenüber“ (2012, 5). Die arbeitssuchenden Pflegenden und Pflegehelfer/-innen bewerten die „Attraktivität von Pflegeberufen aufgrund der anspruchsvollen und anstrengenden Tätigkeit sowie der Rahmenbedingungen (Schicht- und Wochenenddienst, Arbeitsbelastung und Bezahlung) nicht besonders hoch“ (Regionaldirektion Baden-Württemberg zitiert nach Landtag von Baden-Württemberg 2012, 6). Aufgrund der demografischen Entwicklung, im

¹ Die Anzahl der Pflegenden umfasst die absolute Anzahl der Pflegefachkräfte, der Pflegehilfskräfte und sonstiger Pflegepersonen (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2016 a, b, c).

² Für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegt lediglich die Anzahl der Vollkräfte, also eine Umrechnung aller Arbeitszeitmodelle auf voll tarifliche Arbeitszeit vor. Dies sind 2964 Vollkräfte.

Speziellen aufgrund des Rückgangs des Erwerbstätigenpotenzials in der Gesamtbevölkerung (Landtag von Baden-Württemberg 2012, 8) und der Zunahme der Hochaltrigen und der damit einhergehenden steigenden Nachfrage an Altenhilfe und -pflege (KVJS 2012, 82), kann der Bedarf an Pflegenden in Zukunft womöglich nicht gedeckt werden. So wird beispielsweise von 2012 bis 2022 eine Zunahme der Anzahl der über 59-Jährigen um 17,4 % (475.733 Personen) erwartet (KVJS 2012, 81).

Grundsätzlich ist der pflegespezifische Arbeitsmarkt schon heute von einem Fachkräftemangel gekennzeichnet, das heißt, dem steigendem Pflegebedarf in der Bevölkerung steht eine demografisch bedingt immer kleiner werdende Gruppe potenzieller Pflegekräfte gegenüber (vgl. Moers et al. 2012). Aktuellen Modellberechnungen zufolge wird der allgemeine Bedarf an Pflegekräften deutschlandweit bereits 2030 zwischen 263.000 und 492.000 Vollzeitäquivalente betragen – in Abhängigkeit von der Nachfrageentwicklung im ambulanten und stationären Pflegesektor sowie dem Potenzial an pflegenden Angehörigen. Dabei entfallen weite Teile des Fachkräftebedarfs auf die bevölkerungsstarken Bundesländer, zu denen auch Baden-Württemberg zählt. Mehrheitlich bedingt durch den Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger wird hier von 10.717 fehlenden Pflegekräften in der ambulanten sowie weiteren 39.774 in der stationären Pflege ausgegangen (Müller et al. 2012).

2.1.2 Auszubildende und Studierende in der Pflege

Differenzierte Zahlen zur Situation der Auszubildenden in der Pflege liegen für Baden-Württemberg nur eingeschränkt vor (KVJS 2012, 133). Aus diesem Grund wird zunächst die Situation der Auszubildenden in der Pflege in Deutschland und anschließend für Baden-Württemberg vorgestellt.

In einer Studie des deutschen Pfliegerates (Simon 2012, 45) wurden die Auszubildendenzahlen der Jahre 1999 bis 2009 analysiert. Die Autoren/-innen beschreiben dabei einen Rückgang der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kranken bzw. Kinderkrankenpflege um 6 %

bzw. 15 % (ebd.). In der Altenpflege hingegen ist ein Zuwachs an Auszubildenden, vor allem in den Jahren ab 2009, um 41,5 % zu konstatieren (Simon 2012, 46). Somit stieg der Anteil der Auszubildenden in der Altenpflege von 33 % im Schuljahr 1999/2000 auf 45 % im Schuljahr 2010/2011 (ebd.), bezogen auf alle Schüler/-innen der Pflegeausbildungen.

Ähnliche Daten sind dem Berufsbildungsbericht 2016 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu entnehmen. Demnach stieg die Gesamtzahl der Schüler/-innen im Gesundheitswesen im Schuljahr 2014/2015 gegenüber dem Vorjahr um 3123 bzw. 1,5 % (BMBF 2016, 80). Während sich in der Gesundheits- und Krankenpflege keine Veränderungen zeigten, nahm die Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege um 2,2 % und die der Altenpflege um 6,3 % zu (ebd.). Die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege scheint hierbei die Steigerung der Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege zu begründen (ebd.).

Im Schuljahr 2013/2014 gab es in Baden-Württemberg 8961 Auszubildende der Altenpflege, 7449 der Gesundheits- und Krankenpflege und 1129 der Altenpflegehilfe (Landtag von Baden-Württemberg 2016, 367f.) Wie auf Bundesebene ist in Baden-Württemberg ein ansteigender Trend der Auszubildendenzahlen in der Altenpflege zu beobachten (ebd.).

Auch die Datenlage zur Anzahl der Studierenden pflegerischer Studiengänge stellt sich unübersichtlich dar: Es gibt eine Vielzahl an Studiengängen im Bereich der Pflege. Ein kleiner Teil davon sind die in diesem Forschungsprojekt analysierten primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge. Aufgrund einer eigenen Recherche konnten acht dieser Pflegestudiengänge in Baden-Württemberg identifiziert werden. Laut Eigenauskunft der Hochschulen ergeben sich 895 immatrikulierte Studierende dieser Studiengänge im Sommersemester 2015.

2.2 Verbleibstudien aller drei Pflegeberufe

Fünf Veröffentlichungen untersuchen den Verbleib von Fachkräften aller drei Pflegeberufe (teilweise einschließlich ihrer Helferberufe) (Hasselhorn et al. 2005; Simon et al. 2005; Behrens et al. 2008; Dichter et al. 2010; Borchart et al. 2011), und eine Studie nimmt eine Eingrenzung auf die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vor (Wenderlein 2002). Ausschließlich auf die Altenpflege fokussieren zwei Forschungsarbeiten (Meifort 1996; Joost et al. 2009) und auf die Gesundheits- und Krankenpflege eine Studie (Flieder 2002). Alle Veröffentlichungen haben gemein, dass sie sich auf einzelne Aspekte des beruflichen Verbleibs konzentrieren – mehrheitlich auf den Berufsausstieg und die geringe Verweildauer. Fünf Veröffentlichungen (darunter die auf der NEXT-Studie³ basierenden) fokussieren den vorzeitigen Berufsausstieg (Meifort 1996; Simon et al. 2005; Hasselhorn et al. 2005; Dichter et al. 2010; Borchart et al. 2011) und eine weitere hat die Gründe, im Beruf zu verbleiben, sowie langjährige berufsbiografische Berufsverläufe zum Inhalt (Flieder 2002). Die Verweildauer und der Verbleib im Berufsfeld Pflege sind Gegenstand zweier Veröffentlichungen (Joost et al. 2009; Behrens et al. 2008) und eine Arbeit fokussiert die Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit Fluktuationsbereitschaft und Fehlzeiten (Wenderlein 2002). Diese Studien werden hier nicht weiter rezipiert, da Fragen nach dem Berufsverbleib und der Berufsverweildauer beschäftigungspolitisch zwar hochrelevant, für die hier zu untersuchenden Fragestellungen jedoch nicht von zentraler Bedeutung sind.

³ Die NEXT-Studie untersucht die Arbeitssituation von Pflegepersonal sowie die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. Sie wurde durch die europäische Union finanziert und neben Deutschland in neun weiteren europäischen Ländern durchgeführt (vgl. Hasselhorn et al. 2005, 5). Hierzu zählen: Simon et al. 2005; Hasselhorn et al. 2005; Dichter et al. 2010; Borchart et al. 2011.

2.3 Verbleibstudien zu Pflegestudiengänge ohne integrierte Pflegeausbildung

Verbleibstudien von Absolventen/-innen grundständiger Studiengänge liegen vor allem für Hessen vor. Hier sind bereits vor der Novellierung der beiden Pflegeberufesetze in den 90er Jahren Studiengänge entstanden, in denen Pflege zwar grundständig – das heißt ohne vorausgegangene Ausbildung – studiert werden kann, die Absolventen/-innen jedoch keinen berufsqualifizierenden Abschluss erwerben (vgl. Reiber 2011). Drei Studien beleuchten den beruflichen Verbleib und die Berufschancen von hessischen Pflegewirten/-innen, indem sie sich entweder auf einzelne Hochschulen konzentrieren (Brieskorn-Zinke 1999 und 2000; Vespermann 2003) oder die drei Hochschulen Darmstadt, Fulda und Frankfurt am Main gemeinsam (Höhmann et al. 2008) einbeziehen. Gerlach (2012) befragt Absolventen/-innen grundständig pflegerischer Studiengänge u. a. nach der Passung des Studiums und der Qualifikation zum Arbeitsmarkt, deren Akzeptanz im Beschäftigungssystem und ihren beruflichen Positionen und Tätigkeitsfeldern. Gemeinsamer Kern der Studien bildet neben dem tatsächlichen Verbleib die eher auf Arbeitsmarktperspektiven ausgelegte Frage nach den Berufschancen und -möglichkeiten hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte, die nicht zugleich auch einen berufsqualifizierenden Abschluss erwerben, wie es an den drei hessischen Standorten der Fall ist.

2.4 Theoretische Überlegungen zum beruflichen Verbleib

Pflegenden stehen eine Reihe möglicher Tätigkeitsbereiche offen. Durch den demografischen Wandel entstehen zudem weitere Tätigkeitsfelder im Bereich der gerontologischen pflegerischen Versorgung. Dies gilt natürlich für Pflegende mit einer generalistischen Pflegeausbildung und Absolventen/-innen von Pflegestudiengängen gleichermaßen. Zudem gibt es Überlegungen von Seiten der Arbeitgeber, generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen und

Absolventen/-innen primärqualifizierter Pflegestudiengänge zielgerichtet einzusetzen. Diese Überlegungen finden sich jedoch nur vereinzelt bereits in der pflegerischen Praxis umgesetzt (Wiedermann et al. 2016). Bezogen auf den Einsatz der Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge konzentriert sich die Diskussion überwiegend auf die Anzahl benötigter Absolventen/-innen (Lücke 2013; Güse 2013; Stürmann 2015; Lemke 2013). In jüngerer Zeit entstehen zudem immer mehr Leitlinien, die sich mit den Einsatzmöglichkeiten der studierten Pflegenden beschäftigen (Bachmann et al. 2014; Gensch 2004; Mendel, Feuchtinger 2009; Andree 2013; Heyelmann 2015; Zeller-Traub 2014; Simon, Flaiz 2015). Um die Potenziale dieser beiden neuen Ausbildungsformen für das Beschäftigungssystem aufzuzeigen, folgt nun eine Zusammenschau der theoretischen Überlegungen zu Arbeitsmöglichkeiten, gegliedert in die Arbeitsfelder für generalistisch Ausgebildete und für Absolventen/-innen eines primärqualifizierenden Pflegestudiums.

2.4.1 Potenzielle Arbeitsfelder generalistisch ausgebildeter Pflegefachfrauen/-männer

Es liegen viele Veröffentlichungen zu Ausbildungskonzepten, Modellausbildungen und ihren Evaluationen vor (Stöver et al. 2008; Müller 2009; Görres et al. 2008, 2009; Schmitt, Bomball 2006; Weglage et al. 2004; Beck et al. 2004). Die sich durch den demografischen Wandel ändernden Arbeitsfelder werden dabei nur am Rand genannt, nicht aber beschrieben. So wird beispielsweise bei der Evaluation des Stuttgarter Modells⁴ betont, „dass sich Zielgruppen und das Aufgabenspektrum zukünftig Pflegenden erheblich erweitern“ (Stöver et al. 2008, 331), worauf mit Hilfe der integrativen Ausbildung reagiert

⁴ Das Stuttgarter Modell stellt eine integrative Pflegeausbildung dar. Die Ausbildung dauert dreieinhalb Jahre und besteht aus „einer gemeinsamen Basisqualifizierung mit zunehmender Differenzierung in den Schwerpunkten Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ausbildung ermöglicht den Erwerb von zwei gleichwertigen Berufsabschlüssen bzw. von einem Berufsabschluss, gekoppelt mit einem Zertifikat, welches den Absolventen/innen ein Fundament an Wissen und Können im Bereich der Prozess- und Fallsteuerung in der Pflege attestiert.“ (Stöver et al. 2008, 327)

werde. Weiter ermögliche „das mit dem Ausbildungsmodell erworbene Kompetenzprofil den Einsatz in neuen Handlungsfeldern und Verantwortungsbereichen, für die insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation bzw. an der Schnittstelle von Public Health und Pflege ein zukünftig hoher Versorgungsbedarf erwartet wird“ (Stöver et al. 2008, 331). Daraus lassen sich zukünftige Arbeitsfelder generalistisch ausgebildeter Pflegefachpersonen vermuten. Auf ihre konkrete Gestaltung geht jedoch die Evaluation des Ausbildungsmodells nicht näher ein.

Ähnlich gestalten sich die vielfältigen Diskussionen der Vor- und Nachteile der dreigliedrigen bzw. der generalistischen Ausbildung. Dabei wird vor allem auf potenzielle neue Arbeitsfelder und die Kompetenzerweiterung der Absolventen/-innen eingegangen (Kriesten 2014a; Weidner 2014; Hoppe 2009; Ammende 2014; Roes 2014). In den Diskussionen finden sich jedoch keine Beschreibungen von Arbeitsfeldern generalistisch ausgebildeter Pflegefachkräfte.

Vor allem der Bereich der Altenpflege sieht in der Generalisierung der pflegerischen Ausbildung die Gefahr der Deprofessionalisierung, da die generalistische Ausbildung zu einem „Verlust an pflegerischen Fach- und Handlungskompetenzen“ (Kriesten 2014b, 16) führe. Durch die „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten“ fielen „pflegerische Kompetenzen⁵“ weg und „eine Medizinalisierung der Pflege [werde] vorangetrieben“ (Kriesten 2014b, 16). Auch sei eine generalistische Ausbildung „weniger profiliert und differenziert⁶“ (Hoppe 2009, 25), sodass die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen für die anschließende berufliche Tätigkeit nicht ausreichen. Als weiterer Nachteil der generalistischen Ausbildung wird die Befürchtung genannt, dass sich die Anzahl der Ausbildungsplätze reduzieren könnte (Hoppe 2009, 24). „Die Ausbildungskapazitäten in der Altenpflege beruhen auf einer Vielzahl von Arbeitgebern. Die für die Kinder-/Krankenpflege geltende Logik, dass in der Regel der Arbeitgeber, der den Ausbildungsvertrag

⁵ Eine konkrete Definition pflegerischer Kompetenzen liegt momentan nicht vor. (vgl. Sahmel 2014, 24)

⁶ „Vergegenwärtigt man sich die große Zahl unterschiedlicher Praxiseinsätze und das Volumen unverzichtbarer Ausbildungsinhalte, muss jeder der Berufe Fundament verlieren.“ (Hoppe 2009, 25)

schließt, also das Krankenhaus, auch fast alle Segmente der praktischen Ausbildung selbst im Programm hat, gilt in der Altenpflege nicht. Zugleich ist gänzlich unvorstellbar, wie die große Zahl von rund 40.000 Auszubildenden, die derzeit Altenpfleger/-innen werden, von den Kliniken zusätzlich zu rund 55.000 Kinder-/Krankenpflegeschüler/-innen ausgebildet werden sollen“ (Hoppe 2009, 24).

Für eine generalistische Ausbildung spräche, dass „die Qualifikationsgrundlagen, Kompetenzziele und Inhalte“ der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege weitgehend übereinstimmen (Weidner 2014, 14). Ferner werde „die Überspezialisierung in der Erstausbildung“ überwunden (Ammende 2014, 27). Zudem wird in der generalistischen Ausbildung eine Anschlussfähigkeit innerhalb der EU gesehen (Ammende 2014, 28f.).

Weiterhin gibt es Publikationen, welche die Diskussion der Ausbildungsreform mit dem Ziel einer generalistischen Ausbildung kritisieren. Vielmehr sollten die „grundlegende[n] Aspekte der Qualifikation in der Pflege“ (Sahmel 2014, 19) und „in welcher Form die Versorgung Pflegebedürftiger in der Zukunft stattfinden soll“ (Sahmel 2014, 20) ergebnisoffen diskutiert werden. Dabei beanstandet beispielsweise Sahmel (2014), dass sich verschiedene Interessen „hinter den Positionen der verschiedenen Akteure im Diskurs über die generalistische Pflege-Ausbildung verbergen⁷“ (Sahmel 2014, 20). Weiterhin fehlt dem Autor eine Arbeitsfeldanalyse der verschiedenen Pflegeberufe, auf deren Grundlage sich Lernfelder für eine Pflegeausbildung ableiten lassen würden (Sahmel 2014, 23). Stattdessen befasse sich die Diskussion mit der „Entwicklung von

⁷ „Betrachtet man, mit welcher Vehemenz die deutsche Regierung (und EU-Parlamentarier) sich erfolgreich gegen den Beschluss von 25 europäischen Regierungen gewandt hat, die Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung von 10 auf 12 Jahre heraufzusetzen, dann fragt man sich, welche Anstrengungen demgegenüber von der deutschen Seniorenministerin oder anderen Politikern (etwa im EU-Parlament) unternommen werden, sich **für** [Hervorhebung im Original] die europaweite Anerkennung der deutschen Altenpflegeausbildung einzusetzen.“ (Sahmel 2014, 23)

Kompetenzen [...], [die] eher zur Inflation [...] als zur Konkretisierung⁸“ (Sahmel 2014, 24) dieser geführt habe.

Weiterhin liegen Arbeiten zur Kompetenzerfassung in der Pflegeausbildung vor (Schmitt et al. 2010; Schmitt, Bomball 2006), auf die in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen wird, da diese Fragestellung nicht Bestandteil der hier dokumentierten Studie ist.

2.4.2 Potenzielle Arbeitsfelder primärqualifizierter

Pflegeakademiker/-innen

Hierbei fällt die recht unübersichtliche Datenlage der möglichen Arbeitsfelder auf. Es existieren einige Studien zu Studienmodellen (Stöcker, Reinhart 2012; Knöfler et al. 2012; Sieger 2011) und eine Arbeit zur Evaluation eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs (Lüftl, Kerres 2010). Diese beschreiben jeweils den Studienverlauf, die theoretische und praktische Ausbildung und evaluieren die genannten Punkte – sowohl von Seiten der Studierenden und Lehrenden als auch von Vertretern der praktischen Ausbildungseinrichtungen, beispielsweise Stationsleitungen, Pflegedienstleitungen und Praxisanleitungen. Auböck et al. (2013) gehen in ihrer Arbeit explizit auf die praktische Ausbildung von Pflegestudierenden und die dafür benötigten Kompetenzen der Praxisanleiter/-innen ein. Ferner beschreiben sie Bedingungen, unter denen für Bachelorstudierende eine „effiziente kompetenzfördernde praktische Ausbildung gesichert werden“ (Auböck et al. 2013, 198) könnte.

Weiterhin gibt es zahlreiche Erhebungen zu den Vorteilen des Einsatzes von primärqualifizierenden Pflegekräften auf Bachelor-Niveau im Gegensatz zu herkömmlich ausgebildeten Pflegefachkräften (Darmann-Finck 2012; Moers et al. 2012; Aiken et al. 2003; Giese 2011). Beispielsweise beschreiben Aiken et al., dass die 30-Tage-Sterblichkeit in Krankenhäusern mit einem Anteil von 60 % oder mehr

⁸ „Oftmals finden wir eine Aneinanderreihung von Kompetenzen oder die berufspädagogisch simple Teilung in Fachkompetenz, personale Kompetenz, soziale Kompetenz und Methodenkompetenz. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Ambivalenz zwischen affirmativem und kritischem Gebrauch der Kategorie „Kompetenz“ unterbleibt zumeist“ (Sahmel 2014, 24).

Bachelor-Pflegenden um 19 % niedriger ist, als in einem Krankenhaus mit nur 20 % (2003, 1620). Die Datenlage zu möglichen Arbeitsfeldern stellt sich jedoch recht unübersichtlich dar.

Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt, „das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege [...] tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden“ (Wissenschaftsrat 2012, 78). Somit ergeben sich als Arbeitsfeld für Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge komplexe Aufgabenbereiche. Weiter spricht der Wissenschaftsrat hochschulisch qualifizierten Pflegenden die Fähigkeit zu, ihr „Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen“ (ebd.).

Nicht zuletzt beschreiben Artikel im Deutschen Ärzteblatt (Adler, von dem Knesebeck 2010; Gerst, Hibbeler 2012) oder in der Wochenzeitschrift „Die Zeit“ (Schmidt 2013), dass hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal benötigt wird, „um die komplexen Aufgaben bewältigen“ und um „Dinge auch kritisch hinterfragen“ (Heinze zitiert in Schmidt 2013, 3) zu können. So tragen Pflegekräfte mit einem primärqualifizierenden Bachelor-Abschluss zur Qualitätsverbesserung in der Pflege bei.

Kaltenbach-Schmökel (2014) befragte Studierende danach, für welche Arbeitsbereiche sie sich selbst geeignet sehen und kam zu dem Ergebnis, dass ihre Kompetenzen vor allem im Bereich der Beratung und Schulung von Pflegenden und Angehörigen liegen. Daneben möchten die Studierenden „in der Funktion des fachlichen Experten alle Pflegenden durch Wissenstransfer zur Veränderung der Prozesse anregen“ (Kaltenbach-Schmökel 2014, 309).

Gerlach (2012) beschreibt zwar, dass grundständig primärqualifizierende Studiengänge für die Pflegepraxis qualifizieren

sollen (Gerlach 2012, 84), die Absolventen/-innen aber meist in Führungspositionen, Stabstellen oder ähnlichen Stellen tätig sind. Dabei stellt Gerlach dar, dass sich deren Aufgaben auf die Sichtung pflegewissenschaftlicher Veröffentlichung, ihre Prüfung für die jeweilige Pflegeeinrichtung und ggf. der Initiierung von Projekten zur Umsetzung der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse in die Pflegepraxis beziehen (Gerlach 2012, 90). Weiterhin übernehmen hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte – bei Gerlach betrifft dies sowohl primärqualifizierende als auch Studiengänge, die bereits einen pflegerischen Berufsabschluss voraussetzen – Aufgaben der Qualitätssicherung (Gerlach 2012, 91). Die direkte Pflege stellt dabei für alle Pflegekräfte mit Hochschulabschluss kein attraktives Einsatzgebiet dar (Gerlach 2012, 93).

Daneben erörtern der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) in einer Handreichung Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen (DPR, DGP 2014). Besondere Aufgaben der Bachelor-Absolventen/-innen im Vergleich zu schulisch, nicht-hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen sind „die Weiterentwicklung der Pflege durch Unterstützung empirischer Pflegeforschung, die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis, die Identifizierung und Erstellung von Konzepten sowie die Evaluation der Versorgungs- und Betreuungsqualität, die Beratung und Anleitung von Mitarbeitern/-innen zu Fragen aktueller pflegerischer Versorgung“ (DPR, DGP 2014, 3). Daraus entwickeln die Autoren/-innen folgende konkrete Aufgaben:

„Auswahl von Assessmentinstrumenten, Festlegung von Abläufen von Erstgesprächen (Assessment, Erstgespräch, Pflegeplan), Klinische Pfade; Prozesssteuerung im Sinne der primären Pflegeverantwortung, bettseitige Fallsteuerung; einzelfallorientierte Interventionen in hochkomplexen Pflegesituationen; Mitwirkung bei der Entwicklung und Verantwortung für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller einrichtungsspezifischer Leitlinien/Standards; Patientenschulungen konzipieren, einführen und deren Wirksamkeit evaluieren; Identifikation/Bewertung von Fachliteratur für die Evidenzbasierung von Standards, Fortbildungen etc. sowie die Integration neuer Erkenntnisse in

die Praxis; Evaluation des Behandlungs- und Betreuungsverlaufes mit Anpassung der Ziele und Interventionen; Einschätzung und Festlegung des pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsbedarfs; Beratung, Anleitung und Information von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen (nach SGB XI); Anleitung von Eltern, Angehörigen und Bezugspersonen im Umgang mit komplexen krankheits- und therapiebedingten Anforderungen der Patienten aller Altersstufen; Entwicklung und Auswertung einrichtungsspezifischer statistischer Erhebung (z. B. Schmerz, Sturz, Dekubitus); verantwortliche Begutachtung pflegerischer Versorgung und Betreuung im ambulanten und stationären Versorgungsfeld; Koordination häuslicher teilstationärer und stationärer Pflegearrangements“ (DPR, DGP 2014, 3).

Kälble (2013) legt lediglich eine Zwischenbilanz und Standortbestimmung des Akademisierungsprozesses der Pflege mit Blick auf aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen vor. Es werden keine Arbeitsfelder akademisierter Pflegekräfte dargestellt.

2.5 Evaluationsberichte generalistischer Pflegeausbildungen und Studien zum Verbleib der Absolventen/-innen

Die Evaluationen der Modellprojekte konzentrieren sich in großen Teilen auf die Gestaltung der Curricula, die Anwendung innovativer Formen des Lehrens und Lernens und die Kompetenzentwicklung der Lernenden (z. B. Görres 2008, 2009). Veränderungen durch die Entwicklung der Curricula betreffen ebenfalls sowohl inhaltliche und methodische Aspekte der Ausbildung als auch Fragen des Berufsbildes und der bildungsstrukturellen Verortung“ (Müller 2009, 197). Ebenso liegt in den Modellprojekten der didaktische Schwerpunkt auf der Erlangung beruflicher Handlungskompetenz, und individuelle Lernprozesse werden immer wichtiger (ebd.). Nicht verwunderlich ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Evaluation der Modellprojekte auf die genannte Erfassung der erworbenen Handlungskompetenz während der Ausbildung bezieht (Schmitt und Bomball 2006; Schmitt et al. 2010). Die Frage nach der Akzeptanz der generalistischen Ausbildungskonzepte aus Arbeitgeberperspektive nimmt in den

Evaluationsstudien einen geringen Stellenwert ein. Zudem werden die Daten oftmals bei direkten Praxiskooperationspartnern erhoben (Görres et al. 2009; Lüftl, Kerres 2010) und können somit nicht auf andere Arbeitgeber übertragen werden. Dies liegt zum einen an der Art der Modelle, deren Durchführung nicht verpflichtend ist, und an dem – häufig mit Modellprojekten einhergehenden – weitreichenderen Informationserfordernis der beteiligten Berufsgruppen im Vergleich zur Regelausbildung. Infolgedessen wird insgesamt weiterer Forschungsbedarf bzgl. der Perspektive des Arbeitsmarktes auf die neuen Absolventen/-innen angemahnt (vgl. Lehmeier, Schleinschok 2011; Lüftl, Kerres 2010).

So befassen sich Görres et al. (2008) mit den Stärken und Schwächen der Berliner generalistischen Pflegeausbildung in der Pflegepraxis. Sie beurteilen die Ausbildungsdauer, diskutieren die Möglichkeit des Transfers des Modells bzw. von Modellanteilen in die Regelausbildung, evaluieren die Akzeptanz der Auszubildenden in der Pflegepraxis sowie die Berufschancen und den Verbleib der Absolventen/-innen (Görres 2008, 16 und 71ff.). Dabei werden Einschätzungen der Praxisanleiter/-innen bezüglich der Einsatzfelder und des Einflusses der Ausbildung auf die Professionalisierung Pflegenden erfasst. Zudem werden externe Experten/-innen (Vertreter/-innen aus Berufsverbänden, Pflegeschulen, Pflegedirektion, Fachhochschulen und Behörden) zur Einschätzung der Ausbildungsreform, zum Bekanntheitsgrad und zur Akzeptanz der Berliner generalistischen Pflegeausbildung befragt (Görres 2008, 34). Die Experten/-innen schätzen dabei zu 55,5 % die Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt hoch bzw. sehr hoch ein. Dies liege an vielseitigen Einsatzmöglichkeiten und einem umfassenden Kompetenzniveau. „Argumente, die auf eine mittlere bis geringe Beurteilung der Akzeptanz der Auszubildenden in der Pflegepraxis hinweisen, resultieren in erster Linie aus allgemeinen anfänglichen Schwierigkeiten. Dazu zählten fehlende Nachweise der Wirksamkeit, mangelnde Transparenz und Informationen zur Ausbildung in der Öffentlichkeit sowie grundsätzliche Skepsis gegenüber Neuerungen“ beschreibt Görres (Görres 2008,

79f.). Die zu Beginn aufgetretenen Belastungen stellen dabei Faktoren dar, die bei einer Umgestaltung der Ausbildung berücksichtigt werden müssen. Als Schwächen des Ausbildungsmodells identifizieren die Experten/-innen „fehlendes spezielles Wissen“ (Görres 2008, 72), fehlende „Akzeptanz gegenüber der Ausbildung und den Auszubildenden in der Praxis“ (ebd.), „strukturelle und inhaltliche Schwierigkeiten innerhalb der Ausbildung“ (ebd.) und begrenzte berufliche Handlungskompetenz. Diesen könnte, laut den befragten Personen, durch „eine konzeptionelle/methodisch-didaktische Neu- und Weiterbildung“, „eine Verlängerung der Ausbildung[szeit]“, eine „Verknüpfung der Ausbildung mit der Hochschule“, „mehr Transparenz, Information und Synergiebildung“, „gesetzlich-normative Änderungen“ und eine „Steigerung der Forschungs- und Evaluationsaktivitäten“ begegnet werden (Görres 2008, 79).

Als mögliche Berufsfelder nennen die Experten/-innen in dieser Befragung am häufigsten die Arbeit in der direkten Pflege, gefolgt von pflegerischer Berufstätigkeit im Ausland, Vernetzungstätigkeiten, berufspolitische Funktionen, Qualitätsmanagement, Führungspositionen, Gutachtertätigkeiten sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Görres 2008, 82)

Die „Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell“ wurde im Rahmen einer externen Evaluation hinsichtlich der Frage untersucht, „ob durch eine integrativ angelegte Pflegeausbildung die Auszubildenden zukunftsweisend, das heißt in Hinsicht auf die neuen Anforderungen an Pflege mit einem sich wandelnden Berufs- und Handlungsfeld qualifiziert werden“ (Stöver et al. 2008, 326). Dabei wurden unter anderem Stations- und Wohnbereichsleitungen sowie Trägervertreter/-innen und Kooperationspartner/-innen befragt. Dem Modell wird eine hohe pflegepraktische und arbeitsmarktpolitische Relevanz zugeschrieben.

„Es leistet zum einen aufgrund seiner pflegetheoretischen Fundierung einen Beitrag zum Paradigmenwechsel weg von der Defizit- und Verrichtungsorientierung hin zu einer Ressourcen- und Personenorientierung. Die in diesem Sinne verstandene

Autonomie- und Selbstständigkeitsförderung von Patienten/-innen, Heimbewohnern/innen und potenziellen Pflegeempfänger/-innen, die auch außerhalb der klassischen Versorgungssettings anzutreffen sind, trägt mit dazu bei, dass sich Zielgruppen und das Aufgabenspektrum zukünftig Pflegender erheblich erweitern. Zum anderen ermöglicht das mit dem Ausbildungsmodell erworbene Kompetenzprofil den Einsatz in neuen Handlungsfeldern und Verantwortungsbereichen, für die insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation bzw. an der Schnittstelle von Public Health und Pflege ein zukünftig hoher Versorgungsbedarf erwartet wird.“
(Stöver et al. 2008, 331)

In dem Forschungsprojekt EbT.care-Pro – Vorlaufforschung zu evidenzbasierter Pflegeausbildung – durchgeführt von Reiber et al. (2011) an der Hochschule Esslingen, wurden verfügbare empirische Studien zur Pflegeausbildung analysiert und systematisiert. Ziel war es, „die aktuelle Forschungslage zur Pflegeausbildung aufzubereiten, um bereits vorliegende Ergebnisse empirischer Forschung systematisch auszuwerten und weiterführende Themen, Felder und Gegenstandsbereiche für empirische Forschung zur Pflegeausbildung zu identifizieren“ (ebd., 1). Gegenstand der Untersuchung war ein systematisches Review von Ergebnissen der Begleitforschung und Evaluationsforschung im Rahmen von Modellprojekten sowie Ausbildungsstudien, deren Ergebnisse in Form einer wissenschaftlichen Publikation vorlagen (ebd., 6). Zu den Untersuchungsergebnissen zählt, dass sich zahlreiche Anhaltspunkte für die Ausbildungsgestaltung der Pflegeausbildung ableiten lassen. Zu den Gesamtergebnissen zählt auch, dass in den Ausbildungsmodellen ein insgesamt hohes Ausbildungsniveau vorhanden ist, was einen entsprechenden Schulabschluss als Zugangsvoraussetzung begründet. Weiterhin sei zu hinterfragen, ob im Rahmen des Kompetenzerwerbs nicht doch ein gestuftes Kompetenz- und Ausbildungsmodell sinnvoll sei, bei dem beispielsweise der zusätzliche Erwerb der Mittleren Reife möglich ist (ebd., 65).

Im Fokus der Evaluation der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (Filderstadt) durch die Hochschule Esslingen waren „einerseits die Entwicklung und Implementierung eines generalistisch konzipierten Curriculums und andererseits die Evaluation des komplexen Ausbildungsprozesses sowie Ausbildungserfolges“ (Adolphi et al. 2011, 162). Der Ausbildungserfolg wurde allerdings nicht im Sinne einer Verbleibanalyse erforscht. Vorauszuschicken ist, dass das Charakteristische dieser Schule – lange vor Einführung der generalistischen Ausbildung – die anthroposophische Grundausrichtung ist.

Befragt wurden das Projektleitungsteam und die Auszubildenden. Außerdem wurde eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Das Evaluationsprojekt kam zu mehreren Ergebnissen: Die Berufsbefähigung in allen drei Pflegebereichen wurde teilweise erreicht. Die Schüler/-innen wurden ausreichend praktisch ausgebildet, auch das Zusammenspiel von Praxis und Theorie wurde positiv empfunden. Die „Anbahnung des Transfers in den beruflichen Alltag“ (Adolphi et al. 2011, 168) sowie die Balance zwischen den drei Berufsfeldern wurden ansatzweise erfüllt. Auffällig ist, dass „weniger Offenheit und Interesse gegenüber den spezielleren Themen der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege“ (Adolphi et al. 2011, 168) herrscht. Die Schüler/-innen galten allgemein als motiviert. Theoretisches und praktisches Wissen sahen sie im Bereich Kinderkrankenpflege als nicht ausreichend an. „Die Handlungsfähigkeit wird für alle drei Berufe als ausreichend, das Grundlagenwissen hingegen als zu gering eingeschätzt“ (Adolphi et al. 2011, 169). Eine wichtige Erkenntnis ist außerdem, „dass sich die meisten Bewerberinnen und Bewerber gezielt aufgrund der anthroposophischen Ausrichtung der Schule beworben haben, und nur teilweise wegen der generalistischen Ausbildung, die jedoch von der überwiegenden Zahl der Bewerber ausgesprochen positiv bewertet wurde“ (Adolphi et al. 2011, 163). Es zeigte sich eindeutig, „dass der bevorzugte Arbeitsbereich in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt“ (Adolphi et al. 2011, 169). Daneben wurden die Praxisvertreter/-innen zum Curriculums-Prozess und zum

Ausbildungserfolg befragt. Hinsichtlich der Perspektiven im Beruf beurteilen die Praxisanleiter/-innen wie folgt: „Die Prognose für die generalistisch Ausgebildeten wird abwartend gestellt. Deren Einsatzfähigkeit wird jedoch durchaus hoch eingeschätzt. Chancen werden in der Selbstlernfähigkeit und der Vielseitigkeit der Auszubildenden gesehen. Die Befragten sprechen den Auszubildenden eine hohe Anerkennung aus.“ (Adolphi et al. 2011, 169). Diese Aussage verwundert, da zum einen die Berufsaussichten eher negativ bewertet werden, zum anderen jedoch die Vorteile der generalistisch Ausgebildeten und deren breite Einsatzfähigkeit hervorgehoben werden.

Görres et al. (2009) haben systematisch abgeschlossene und evaluierte Reformmodelle in einer umfangreichen Erhebung zusammengefasst. Dabei haben sie Qualitätskriterien entwickelt, um zukunftsfähige Ausbildungsstrukturen in der Pflege aufzuzeigen. Die Untersuchung zielte darauf ab, den zukünftigen Entwicklungsbedarf der Modellprojekte besser einschätzen zu können und ein Best-Practice-Modell für die Pflegeausbildung zu entwickeln. Die Ergebnisse zeigen eine Vielzahl an bundesweit innovativen Ausbildungsmodellen auf, wenn es um die Frage des Grundtyps, der Ausbildungsdauer und Anzahl der möglichen Abschlüsse geht (ebd., 39).

„Den Modellabsolventen/-innen wurde eine [...] höhere berufliche Handlungskompetenz, Analyse- und Reflexionsfähigkeit, Flexibilität, ganzheitliche Herangehensweise, Eigenständigkeit/ Eigeninitiative, fächerübergreifendes Denken und Handeln sowie eine hohe Motivation zu lebenslangem Lernen zugeschrieben.“
(Görres 2009, 41).

Hierzu stellte die Arbeitsgruppe eine Übereinstimmung mit dem Kompetenzbedarf der Praxis fest, der insbesondere in Fachkompetenz, sozialer Kompetenz sowie Koordinierungs- und Vernetzungsfähigkeiten gesehen wurde. Die an der Untersuchung beteiligten Praxiseinrichtungen sahen die Zukunft der Pflegenden sowohl in generalistischen als auch in spezialisierten Handlungsfeldern (ebd.). In den Bereichen fachspezifisches Detailwissen und Handlungsroutine

werden Entwicklungsmöglichkeiten bei den Absolventen/-innen gesehen. Handlungsbedarf wird weiter in der Kompetenzentwicklung für präventive und gesundheitsfördernde Pflgetätigkeiten gesehen. Zur Akzeptanz der Modellausbildungen auf dem Arbeitsmarkt eignet sich laut den Autoren insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit, welche im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Newslettern oder wissenschaftlichen Veröffentlichungen erfolgte. Ein retrospektiver Vergleich zeigt dabei eine hohe Akzeptanz der Absolventen/-innen bei den potenziellen Arbeitgebern. Jedoch gaben die befragten Arbeitgeber an, noch übermäßige Mängel im Theorie-Praxis-Transfer zu sehen (Görres 2009, 43). Görres et al. (2009, 44) gehen davon aus, dass eine gemeinsame bzw. generalistisch/integrative Pflegeausbildung als realistisches Ziel anzusehen sei. Dies zeige sich etwa in der Entwicklung von ersten vorsichtig zusammengeführten Ausbildungsanteilen (im Sinne einer integrierten Pflegeausbildung) hin zu immer weitreichenderen Formen des Zusammenschlusses bis hin zur Vollaussprägung einer generalistischen Pflegeausbildung.

„Darüber hinaus orientieren sich die Modellvorhaben an Qualitätskriterien, die als zukunftsweisend für die Pflegeausbildung gelten und die weit über die in den neuen Berufsgesetzen festgeschriebenen Maßnahmen [...] hinausgehen.“ (Görres 2009, 44).

„Die erworbenen Kompetenzen der Absolventen/innen decken sich fast ausnahmslos mit dem ermittelten zukünftigen Kompetenzbedarf der befragten Praxisvertreter/innen“ (Görres 2009, 50).

Die Modellvorhaben zeichnen sich dadurch aus, dass sie folgende Aspekte beinhalten: Anwendung zukunftsorientierter didaktisch-methodischer Prinzipien, Förderung erweiterter pflegeberuflicher Kompetenzen, Maßnahmen zur Bildung von Lernortkooperationen, Nachwuchssicherung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs (ebd.).

„Die unterschiedlichen Modelltypen (integriert, integrativ, generalistisch) führen gleichermaßen zu hohen beruflichen Handlungskompetenzen im Vergleich zu traditionell Ausgebildeten: Die Modellabsolventen/innen verfügen über gut ausgebildete Basiskompetenzen, hohe Analyse- und

Reflexionsfähigkeit sowie über eine hohe Flexibilität und Motivation zum lebenslangen Lernen“ (Görres 2009, 50).

Die von Görres vorgelegte Synopse evaluierter Modellprojekte in der Pflegeausbildung erfasst als eines von acht Qualitätskriterien auch die „Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt und Verbreitung“ (Görres 2009, 30). So steht im Fokus einer neu gestalteten Pflegeausbildung „eine hohe Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt durch eine adäquate Vorbereitung zukünftig Pflegender auf neue Aufgaben- und Handlungsfelder sowie eine Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes Pflege (Robert Bosch Stiftung 2000; SVR 2007; Stöver 2009)“ (Görres 2009, 30). Zur Akzeptanz der Modelle in den Praxiseinrichtungen wurden die Bildungseinrichtungen und die Absolventen/-innen befragt. 23 von insgesamt 36 Bildungseinrichtungen schätzten die Akzeptanz als „sehr hoch“ bis „eher hoch“ ein. Die Absolventen/-innen können die Akzeptanz der Praxiseinrichtungen nicht eindeutig einschätzen.

Da nur wenige Arbeitgeber von Modellabsolventen/-innen befragt wurden, sind nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die jeweilige Ausbildungsform und ihren Erfolg bzw. ihre Eignung in der Pflegepraxis möglich (Görres 2009, 16). 42 % der Arbeitgeber nehmen einen positiven Zusammenhang auf die Imagesteigerung des Pflegeberufes durch die Modellausbildungen an. Als Gründe dafür vermuten sie verbesserte Arbeits- und Aufstiegschancen, das hohe Ausbildungsniveau (EU-Kompatibilität) sowie die Herausbildung eines kompetenteren beruflichen Selbstverständnisses (Görres 2009, 34).

Stöver veröffentlichte 2010 „Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit“ (Stöver 2010). Dabei zeigte sich, dass die integrative bzw. generalistische Pflegeausbildung grundsätzlich von den Praxiseinrichtungen akzeptiert wird. Darüber hinaus wird die integrative Pflegeausbildung nicht nur auf Träger- und Einrichtungsebene, sondern auch in den Bereichen der Politik, der Verwaltung und der Berufsverbände akzeptiert. Nach Ansicht der Befragten liegt das an „der Möglichkeit, in einem Ausbildungszeitraum von dreieinhalb Jahren

zwei Berufsabschlüsse zu erwerben.“ (Stöver 2010, 160). Die Absolventen/-innen wären flexibel „für ein breites Einsatzspektrum in aktuellen und zukünftigen Handlungsfeldern der Pflege“ (ebd.) ausgebildet. Dadurch ergeben sich höhere Arbeitsmarktchancen. Für die generalistische Pflegeausbildung spricht vor allem „die Erweiterung pflegeberuflicher Handlungskompetenzen der Auszubildenden“ (Stöver 2010, 160), die für die Bewältigung zukünftiger Anforderungen der Pflegepraxis benötigt werden. Dies führt zu einer hohen Einsatzmöglichkeit und damit zu guten Berufschancen der Absolventen/-innen. Diese verfügen über eine hohe Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative, breit angelegtes Wissen und hohe Flexibilität, die gute bis sehr gute Berufschancen vermuten lassen. „Geringere Berufschancen wurden für das Handlungsfeld Gesundheits- und Krankenpflege aufgrund eines unzureichenden Qualifikationsprofils vermutet [...]. So wurden fehlendes fachspezifisches Wissen und praktische Erfahrungen als grundlegende Schwächen innerhalb aller Modelle identifiziert“ (Stöver 2010, 161). Es ergibt sich ein kontroverses Bild: Zum einen wurden mit einer generalistischen Pflegeausbildung gute Berufschancen verknüpft, zum anderen zeigte sich fehlendes Fachwissen der Absolventen/-innen in ihren zunächst geringeren berufspraktischen Fähigkeiten. Weiterhin werden die Ausbildungsmodelle „durch das breite Spektrum an Arbeitsmöglichkeiten und Berufschancen in unterschiedlichen pflegerischen Arbeitsfeldern auch innerhalb des europäischen Arbeitsmarktes“ (Stöver 2010, 161) als Möglichkeit angesehen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Als Aufgaben der Absolventen/-innen beschreibt Stöver Tätigkeiten im Rahmen des Schnittstellenmanagements und der Qualitätssicherung sowie als Multiplikatoren/-innen einer „Professionalisierung durch [...] reflektiertes, kritisches und pflegetheoretisch basiertes Handeln“ (Stöver 2010, 165). Um die Berufsattraktivität zu steigern, müsse laut Stöver eine hohe Akzeptanz auf dem Pflegearbeitsmarkt durch „verstärkte Öffentlichkeitsarbeit [...], Gründung von oder Teilnahme an bestehenden Netzwerken zwischen den Ausbildungsstätten,

Kooperation zwischen Pflegeschulen und Fachhochschule/ Universitäten, Gründung internationaler Schulpartnerschaften und Auslandsaufenthalte für Auszubildende, Sicherstellung einer vollen vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit [und] Finanzierbarkeit der Ausbildung“ (Stöver 2010, 185) erreicht werden.

2.6 Evaluationsberichte primärqualifizierender Pflegestudiengänge und Studien zum Verbleib der Absolventen/-innen

Von 2012 bis 2014 wurden elf Modellstudiengänge Nordrhein-Westfalens der dualen bzw. primärqualifizierenden Studiengänge im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen und der Katholischen Stiftungshochschule München evaluiert. „Aufgabe der Evaluation war es erstens, den Status der aktuellen Entwicklungen in den Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufen sowie der Hebammenkunde mit Hinweisen für die Weiterentwicklung der Berufe und der Ausbildungsstrukturen zu ermitteln. Zweitens sollen die von den Modellstudiengängen jährlich vorgelegten Evaluationsberichte [...] zusammengefasst und ggf. zusätzliche Erhebungen durchgeführt werden“ (Darmann-Finck et al. 2014, 21). Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie wird nur auf die Ergebnisse hinsichtlich der Pflegestudiengänge eingegangen; alle weiteren Gesundheitsfachberufe werden ausgeklammert.

Ein Teil der Datenerhebung besteht aus einem Fragebogen, gerichtet an die Studierenden. Außerdem wurden Auszubildende vergleichbarer Fachrichtungen ebenfalls per Fragebogen befragt, um eine vergleichende Analyse zu betreiben. Die Befragung ergibt, „dass die Studierenden einen Kompetenzzuwachs im Vergleich zur beruflichen Ausbildung in fachlicher Hinsicht, in der wissenschaftlichen Fundierung wie auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wahrnehmen. Die Beobachtungen dokumentieren eine weitgehende Zufriedenheit der

Studierenden bzgl. der Rahmenbedingungen und des Theorie-Praxis-Transfers. [...] Die vorrangige bzw. bevorzugte Arbeitsplatzwahl stellt zum Zeitpunkt der Befragung die direkte Tätigkeit mit Klienten und Klientinnen, Patienten und Patientinnen oder Bewohnern und Bewohnerinnen dar.“ (Darmann-Finck et al. 2014, 74). Die Autorin betont allerdings, „dass positive Effekte der hochschulischen Bildung besonders von den Personen wahrgenommen werden, die selbst Akademiker/innen sind. Personen mit beruflicher Ausbildung fällt es hingegen schwer, insbesondere auf der Ebene der ‚klinischen Kompetenz‘ Unterschiede zu benennen, was dem Umstand geschuldet ist, dass im Praxisfeld bisher nur wenige Personen mit Studium und gleichzeitig umfänglicher Berufserfahrung tätig sind“ (Darmann-Finck et al. 2014, 58). Für die Studierenden der Pflegestudiengänge hatten vor allem die Aspekte „Erhalt eines Doppelabschlusses“ und „Wohnortnähe zum Studienstandort“ eine hohe Relevanz in Bezug auf ihre Motivation hinsichtlich des Studiums.

Lüftl und Kerres (2012) evaluierten den Bachelorstudiengang Pflege Dual an der Katholischen Stiftungshochschule München. Dabei befragten sie auch je drei Führungskräfte der Alten- und der Krankenpflege (Lüftl, Kerres 2012, 42) zum ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengang „Pflege dual“, zu seinen Auswirkungen und den Einsatzmöglichkeiten der Absolventen/-innen (Lüftl, Kerres 2012, 40). Die Leitungskräfte geben an, dass sie von Pflegenden mit einem ausbildungsintegrierenden Bachelor eine langfristige Verbesserung der Qualitätssicherung in der Pflege und die stärkere Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess erwarten. Dies kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Absolventen/-innen in der direkten Patientenversorgung tätig werden, wovon nur knapp die Hälfte der Pflegedienstleitungen ausgeht. Laut Meinung von drei Viertel der Leitungskräfte werden die Pflegenden ihren Beratungsauftrag vermehrt umsetzen und besser interdisziplinär arbeiten. Ferner könne sich die Pflege mehr an den Bedürfnissen von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen ausrichten und es lassen sich

Konzepte der evidenzbasierten Pflege realisieren. Die pflegerische Versorgung kann durch Absolventen/-innen des Studienganges individueller und patientenorientierter gestaltet werden (Lüftl, Kerres 2012, 43f.).

Als mögliche Einsatzbereiche beschreiben 38 % der sechs befragten Leitungskräfte die direkte Pflege, 13 % die direkte Pflege als Primary Nurse, 19 % Aufgaben im Qualitätsmanagement, 13 % Tätigkeiten im Case Management und für weitere 31 % sind mögliche Funktionen noch unklar (Lüftl, Kerres 2012, 44).

Sorgen der Führungskräfte im Hinblick auf den Einsatz der Absolventen/-innen als Stations- oder Wohnbereichsleitung betreffen deren potenzielle „Überforderung, Frustration, Demotivation“ (ebd.). Beim Einsatz in der direkten Pflege befürchten die Führungskräfte, dass den Absolventen/-innen Aufgaben der Pflegeplanung und der Qualitätsentwicklung übertragen werden, welche die anderen Pflegekräfte als unliebsame Tätigkeiten betrachten (ebd.).

Weiterhin befürchten die Führungskräfte, dass „andere Institutionen des Pflege- und Gesundheitswesens, so zum Beispiel Krankenkassen, die neuen hochschulisch ausgebildeten Pflegekräfte mit attraktiven Stellenangeboten anwerben und so den Markt an akademisch ausgebildeten Pflegekräften leeren“ (Lüftl, Kerres 2012, 45).

Innerhalb der Befragung konnten keine verwertbaren Ergebnisse zur Entlohnung der Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge gewonnen werden (Lüftl, Kerres 2012, 47f.). Weiterhin stellte sich heraus, dass bisher kaum Vorbereitungen für den Einsatz der Absolventen/-innen getroffen wurden (Lüftl, Kerres 2012, 48).

Bartels et al. erstellten eine Bedarfs- und Angebotsanalyse zum aktuellen Stand und der Zukunft der Pflege, zum Bedarf akademischer Pflegekräfte und zur Pflegebildung in der deutschen Hochschullandschaft (Bartels et al. 2012, 548ff.). Für die explorative qualitative Bedarfsanalyse wurden acht Experten/-innen (Geschäftsführung, Personalleitung, Pflegedienstleitung, ärztliche

Leitungskräfte) befragt (Bartels et al. 2012, 551). Dabei sah die Mehrheit der Befragten einen zukünftigen Bedarf an grundständig akademisch ausgebildeten Pflegekräften. Dies liegt an den Potenzialen „im Hinblick auf Qualitätsverbesserungen bzw. den Nutzen für die Patientenversorgung“ (Bartels et al. 2012, 552), die sich durch „einen Wandel im Selbstbewusstsein der Pflegenden, welches sich auch positiv auf die Kooperationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen auswirken würde“ (ebd.) ergeben. Als weitere Vorteile werden die Fähigkeit „zur systematischen Reflektion der eigenen pflegerischen Arbeit, verbessertem Theorie-Praxis-Transfer und auch die Anregung anderer Kollegen, gewohnte Abläufe zu überdenken und Strukturen bzw. Prozesse zu verbessern“ sowie „ein größeres Verständnis im Hinblick auf die Gesamtstruktur des Krankenhauses als System“ und die „Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an studierte Pflegekräfte“ (ebd.) genannt. Als Nachteile werden „die Vergütung, Spannungsfelder mit den „nur“ examinierten Pflegekräften und ggf. dem ärztlichen Dienst sowie Konflikten zwischen Theorie und Praxis im Berufsalltag“ (ebd.) betrachtet. Bezüglich der Einsatzfelder grundständig studierter Pflegekräfte wird in dieser Analyse kein Meinungsbild dargestellt, da Unsicherheiten bezüglich möglicher Aufgabenfelder vorliegen. Lediglich Tätigkeiten als Pflegeexperte/-in (und damit Übernahme ärztlicher Tätigkeiten) und als Berater/-in bzw. Anleiter/-in (im Umgang mit der Erkrankung, in Krisensituationen, bei komplexen Problemen im Arbeitsumfeld) scheinen für Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge besonders geeignet, so das Meinungsbild der Experten/-innen (ebd.).

Andree befragt im Rahmen einer Bachelor-Arbeit insgesamt sechs Akteure der direkten Pflegepraxis (Klinikangestellte, verantwortlich für Praxisentwicklung der Pflege; zwei Pflegedirektoren; stellvertretender Pflegedirektor; Pflegedienstleitung; zwei akademische Pflegekräfte) (Andree 2013, 11ff.).

Die Aussagen der befragten Personen lassen sich in drei Integrationsmöglichkeiten für den jeweiligen aktuellen oder geplanten Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegekräften aufteilen.

Im Integrationsmodell der geteilten Führung wird die bisherige Stelle der Stationsleitung in zwei unterschiedliche Verantwortungsbereiche gesplittet (Andree 2013, 22). Die akademische Pflegekraft übernimmt die fachliche Leitung, während die Pflegefachkraft mit Weiterbildung zur Stationsleitung oder mit absolviertem Pflegemanagementstudium (weiterhin) die administrative Leitung innehat. Die akademische Pflegekraft als fachliche Leitung steht hierarchisch über der traditionell ausgebildeten Pflegekraft. Sie übernimmt die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten. Für die fachliche Leitung wird sie im Umfang von 20 bis 40 % von der direkten Pfl egetätigkeit am Bett freigestellt (ebd.).

Im Sinne des zweiten Integrationsmodells werden akademische Pflegekräfte als Pflegeexperten/-innen eingesetzt. Diese sollen mehrere Stationen mit ihren Grundkenntnissen und aktuellen Befunden aus wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen unterstützen. Sie sind den traditionell ausgebildeten Pflegekräften gleichgestellt. Ihre Hauptaufgabe ist die Optimierung von Pflegeprozessen. Daneben sind sie, wie andere Pflegekräfte, regulär in der Pflegepraxis tätig. Durch eine Spezialisierung in bestimmten Bereichen (z. B. der Wund- oder Stomaversorgung) ist es den Pflegeexperten/-innen zudem möglich, bereichsübergreifend – für die gesamte Einrichtung – tätig zu sein (Andree 2013, 22f.).

Das Integrationsmodell der Gleichstellung sieht vor, akademische Pflegekräfte ohne Unterschiede in ihrer Verantwortlichkeit und ihrem Aufgabenbereich ebenso wie traditionell ausgebildete Pflegekräfte in der Praxis einzusetzen. Durch die pflegewissenschaftliche Ausbildung der akademischen Pflegekräfte und ihren Einsatz in der Pflegepraxis erwarten die Interviewpartner/-innen eine grundsätzliche Verbesserung der Pflegequalität (Andree 2013, 23f.), da sie den akademischen Pflegekräften höhere Kompetenzen zuschreiben.

Vor allem die ersten beiden Integrationsmodelle sehen theoretisch eine höhere Vergütung der akademischen Pflegekräfte im Vergleich zu traditionell ausgebildeten Pflegekräften vor. Praktisch liegen aber keine speziellen Eingruppierungsmöglichkeiten für akademisch ausgebildete Pflegekräfte vor, so dass die Vergütung im Ermessen der jeweiligen Einrichtung liegt (Andree 2013, 27).

Zu erwartende Schwierigkeiten bei der Implementierung werden vor allem in der Zusammenarbeit mit traditionell ausgebildeten Pflegekräften gesehen. So verfügen die hochschulisch ausgebildeten Berufseinsteiger/-innen in der Regel über wenig Berufserfahrung. Vor allem im Fall des ersten Integrationsmodells und der Übernahme der fachlichen Leitung sowie der damit verbundenen Weisungsbefugnis kann dies zu einer geringeren Akzeptanz seitens der traditionell ausgebildeten Pflegekräfte führen. Des Weiteren sehen sich ggf. traditionell ausgebildete Pflegekräfte in ihrer Arbeit bevormundet oder kontrolliert. Das dritte Integrationsmodell birgt die Schwierigkeit, dass seitens der hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte der Anreiz fehlt, nach ihrem Studium und der längeren Ausbildungszeit eine Stelle anzutreten, die der einer traditionell ausgebildeten Pflegekraft entspricht (Andree 2013, 26).

Simon und Flaiz untersuchten den „Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis“ (Simon, Flaiz 2015, 154ff.) und damit den Bedarf von und die Anforderungen an hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte. Dazu führten sie eine Experten/-innenbefragung mit Leitungen von Bildungszentren, Pflegedirektionen und Geschäftsführungen von Krankenhäusern und Entscheidungsträgern/-innen von Fachverbänden der Pflege durch (Simon, Flaiz 2015, 158). Limitierend wirkt dabei der Fokus der befragten Experten/-innen auf den Bereich des Krankenhauses. Zudem lassen die genannten Häufigkeiten der Aussagen nicht auf die Anzahl der Äußerungen schließen.

Generell sehen die Experten/-innen einen „ausgeprägten Nachholbedarf, verbunden mit der Forderung, dass die Zahl der hochschulisch qualifizierten Pflegenden schneller ansteigen sollte“

(Simon, Flaiz 2015, 160). Obwohl die Vielfalt der Abschlüsse positiv betrachtet wird, bewerten die Befragten die unkoordinierte Produktion von Abschlüssen negativ. Dadurch ließen sich die Abschlüsse nicht vergleichen. Weiterhin erachten sie eine „Identifikation von Profilen, Kompetenzen und Aufgaben für die Entfaltung des Potenzials der hochschulisch qualifizierten Pflege“ (ebd.) als notwendig. Als Gründe für die hochschulische Qualifikation sehen die Befragten vor allem die höheren Anforderungen im Beruf. Weiterhin nennen sie „veränderte Anforderungen im Gesundheitswesen; Anschluss an das internationale Niveau; Trennung zwischen Wissenschaft und Praxis“ (Simon, Flaiz 2015, 161f.). Als mögliche Aufgaben und Berufsfelder der hochschulisch qualifizierten Pflege werden „Prozessesteuerung; selbstständiges und eigenverantwortliches Arbeiten der Pflege in patientennaher Versorgung; Organisation, Führung des Kollegiums; Koordination; Wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einbringen; Patientenberatung, Anleitung, Schulung und Coaching (9x); Qualitätsmanagement; Gesundheitsprävention, Förderung und Erhaltung (5x)“ (Simon, Flaiz 2015, 161) vorgeschlagen.

Bezüglich der Kompetenzen und Rahmenbedingungen eines Studiums nennen die Interviewten mehr als 80 verschiedene Aspekte. Dazu zählen beispielsweise die fachliche Kompetenz, die sich im wissenschaftlich reflektierten Handeln zeigt; die Fachkompetenz, sichtbar durch konzeptionelles Arbeiten; und die Selbstkompetenz, die die Experten/-innen in einem selbstbewussten und selbstsicheren Auftreten sehen. Weiterhin werden von den hochschulisch qualifizierten Pflegekräften übergreifende Handlungskompetenzen im Sinne von Führungskompetenzen, wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen und Methodenkompetenz erwartet (Simon, Flaiz 2015, 165f.).

Im fehlenden Selbstverständnis der Profession Pflege, in einer potenziell ablehnenden Haltung der Ärzteschaft als Barriere und in den unklaren Verdienstmöglichkeiten sehen die Befragten Hürden für die derzeitigen Akademisierungsbestrebungen (Simon, Flaiz 2015, 166f.).

Heyelmann (2015) befragte in ihrer Masterarbeit sechs Interviewpartner/-innen. Diese „bekleiden Führungspositionen mit Einstellungsverantwortung im Bereich Pflege und/oder sind für die Personalstrategie des Unternehmens (mit-)verantwortlich“ (Heyelmann 2015, 84). Die Unternehmen, bei denen die Interviewpartner/-innen beschäftigt sind, erbringen stationäre und/oder ambulante Pflegeleistungen. Die Ergebnisse enthalten eine Bewertung der heutigen Situation der Altenpflege, Einschätzungen zur Weiterentwicklung dieses Sektors, erwartete Kompetenzunterschiede zwischen Absolventen/-innen eines Hochschulstudiums und denen einer herkömmlichen Berufsausbildung, erwartete langfristige Veränderungen in der Pflege sowie potenzielle Arbeitsplätze für die Absolventen/-innen eines erstausbildenden Pflegestudiengangs (Heyelmann 2015, 102f.).

Bei der Bewertung der heutigen Situation der Altenpflege fällt auf, dass der Fachkräftemangel deutlich spürbar ist (Heyelmann 2015, 103). Es werden viele Anstrengungen der „Personalentwicklung, Ausbildung und Akquise von Mitarbeitern aus dem Ausland“ (Heyelmann 2015, 104) unternommen, um die Mitarbeitenden an das Unternehmen zu binden und neues Fachpersonal einzustellen. Diese betreffen sowohl den Bereich der Fort- und Weiterbildung (ebd.) als auch die Ausbildung (Heyelmann 2015, 105). Die befragten Personen erläutern, dass sich durch eine generalistische Ausbildung „die Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensentwürfe von Auszubildenden“ (ebd.) erweitern könnten, was sowohl positiv als auch negativ beurteilt wird. Die Anwerbung ausländischer Mitarbeiter/-innen erscheint aufgrund aufwendiger Anerkennungsverfahren und hoher bürokratischer Hürden als schwierig (Heyelmann 2015, 106).

Daneben wünschen sich die befragten Personen veränderte Rahmenbedingungen: Durch Gesetze, Ausführungsverordnungen und Vorschriften werden die Gestaltungsspielräume stark eingeschränkt (Heyelmann 2015, 107f.). In diesem Zusammenhang wird beispielsweise auf die Fachkraftquote von 50 % hingewiesen, die in Bezug zur Pflegequalität als praxisfern und nicht praktikabel beurteilt

wird (ebd.). Zudem erlebe die Branche einen hohen Grad der Regulierung hinsichtlich Preisgestaltung und Finanzierung. Die befragten Personen fordern mehr Geld in der Altenpflege und vermehrte Selbstverwaltung sowie den Abbau von Kontrollen (Heyelmann 2015, 109). Daneben scheint das schlechte Image der Altenpflege für die Einrichtungen bei der Gewinnung von Fachkräften eine Rolle zu spielen. Die mediale Berichterstattung fokussiere auf negative Vorkommnisse, die Anforderungen an Altenpflegekräfte seien vermeintlich fachlich minimal anspruchsvoll und der Beruf sei schlecht bezahlt (Heyelmann 2015, 109ff.). Bezogen auf „die angenommenen Motivationen für das Ergreifen einer Tätigkeit in der Pflege“ (Heyelmann 2015, 111) steht zum einen die Attraktivität der Pflegearbeit, die „als sinnstiftende Tätigkeit mit hohem Beziehungs- und Selbstwirksamkeitsgrad, für die Verantwortungsbewusstsein, Kommunikationsgeschick, Fachwissen und Empathie erforderlich sind“ beschrieben wird, und zum anderen stehen der „Arbeitsdruck und kaum beherrschbare Arbeitsbelastungen“ (Heyelmann 2015, 112) im Vordergrund.

Bezogen auf die zukünftigen Entwicklungen gehen die Befragten von einer Verschärfung der schwierigen Personalsituation aus. Weiterhin werden sich die heutigen Personalstrukturen, Aufgabenverteilungen und Arbeitsorganisationssysteme in der Zukunft ändern (Heyelmann 2015, 113). So gehen die Befragten davon aus, dass „die Fachkraftquote nicht mehr lange in ihrer jetzigen Form bestehen bleiben wird“ (ebd.). Zudem werde „ein ausdifferenzierterer Grademix als heute erwartet“ (Heyelmann 2015, 114), was zu „Verantwortlichkeits- und Tätigkeitsumstrukturierungen“ (ebd.) führen könnte.

Hinsichtlich der Kompetenzunterschiede zwischen Pflege-dual-Absolventen/-innen und Absolventen/-innen einer Berufsausbildung erwarten die von Heyelmann Befragten, „dass sich die Pflege-dual-Absolventen hinsichtlich der Fähigkeiten, evidentes Wissen zu suchen, sich anzueignen und reflektiert in die Praxis umzusetzen, von nicht akademisch gebildeten Pflegekräften unterscheiden und dass sie ein höheres Fachwissen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens

mitbringen werden“ (Heyelmann 2015, 116). Zudem werden den Pflege-dual-Absolventen/-innen eine bessere Klientenbeobachtung sowie eine bessere Kommunikation zugesprochen (Heyelmann 2015, 117).

Die Befragten erwarten von den Pflege-dual-Absolventen/-innen Kompetenzen, die zur fachlichen Weiterentwicklung und zu einem besseren Umgang mit aktuellen und zukünftigen pflegerischen Herausforderungen sowie zu einem positiven Einfluss auf die Pflegequalität beitragen. Daneben könnten primärqualifizierte Pflegeakademiker/-innen den gesamten Berufsstand berufspolitisch aufwerten (Heyelmann 2015, 118ff.).

Darüber hinaus befasst sich Heyelmann mit den langfristigen Veränderungen in der Pflege durch Absolventen/-innen eines Hochschulstudiums sowie mit potenziellen Arbeitsplätzen für diese. Heyelmann stellt dabei Unterschiede in den Einschätzungen der Experten/-innen zwischen den Kompetenzen hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte und ihren potenziellen Aufgaben- und Stellenprofilen fest (Heyelmann 2015, 121). Laut der befragten Personen entscheiden sich diese eher für die attraktiveren Gehälter, das bessere Image und die angenehmeren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Heyelmann 2015, 122) als für die Altenpflege, deren finanzielle Spielräume als gering eingeschätzt werden (Heyelmann 2015, 123). Besonders mit etwas Berufserfahrung eigneten sich diese Absolventen/-innen für eine „Überleitungspflegeposition im Krankenhaus“ (ebd.). Zudem böten sich Tätigkeiten an, die außerhalb der direkten Versorgung liegen, wie beispielsweise eine Anstellung bei Kranken- und Pflegekassen (Heyelmann 2015, 124).

Mögliche Tätigkeitsbereiche im Altenpflegesektor wären zunächst die Betreuung der Bewohner/-innen und im Anschluss „Leitungspositionen, auf Stabsstellen oder auf neu geschaffenen Stellen mit besonderem Profil“ (Heyelmann 2015, 125). Weiterhin wären „besondere Aufgaben wie Case-Management, Primary Nursing“ (ebd.) oder im Bereich der Fortbildung weitere Einsatzbereiche ebenso wie „Fallbesprechungen

und Beratung von Angehörigen, auch die kollegiale Beratung“ denkbar (ebd.). Allerdings skizzierte Heyelmann zwei Bereiche, die einer Einstellung von hochschulisch qualifizierten Absolventen/-innen entgegenwirken. Dies sind die „Finanzierung der Stellen und die Eingliederung der neuen Kollegen in die bisherigen Mitarbeiterstrukturen“ (Heyelmann 2015, 130)

Zusammenfassend beschreibt Heyelmann drei mögliche Arbeitsfelder für Absolventen/-innen (133ff.). Dies sind „Führungspositionen“ (135), „Stabsstellen“ (136) und „Planungs- und Steuerungsaufgaben in der Pflege“ (ebd.). Zusammenfassend sehen die Experten/-innen dieser Befragung die Absolventen/-innen eher nicht in der direkten Pflege.

2.7 Zusammenfassung

Deutlich wird, dass standortübergreifende Studien zum beruflichen Verbleib für generalistische Ausbildungsformen und für primärqualifizierende Studiengänge fehlen. Zwar wurde im Rahmen der Evaluationen z. T. auch die Berufseinstimmung einbezogen, jedoch handelt es sich dabei um relativ kleine Grundgesamtheiten, nämlich die erste oder die ersten beiden Abschlusskohorten. Die Sicht der Absolventen/-innen wird sehr stark auf deren Zufriedenheit und die rückblickende Bewertung ihrer Ausbildung/ihres Studiums fokussiert – sofern sie in den einzelnen Studien überhaupt erhoben wird. Wenig untersucht hingegen ist bisher die grundsätzliche berufliche Orientierung der Absolventen/-innen, ihre beruflichen Anschlusspläne und ihre Erfahrungen beim Berufseinstieg. Das vorliegende Forschungsprojekt versucht u. a. diese Lücke zu schließen, indem explizit die Erfahrungen und Meinungen der Auszubildenden und Studenten/-innen hinsichtlich der genannten Dimensionen (Berufseinstieg und Berufsorientierung) erforscht werden.

Schon heute besteht weithin Konsens, dass der steigende quantitative Bedarf in der Pflege von einem Anstieg der fachlichen Anforderungen begleitet wird (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000; BMFSFJ 2008). Vor diesem Hintergrund werden die Qualifikationsprofile der

generalistischen Pflegeausbildung und der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge als Antwort auf diese Herausforderungen sowie als Angleichung der Qualifizierungspraxis an internationale Standards gewertet. Sie zielen auf eine Qualitäts-, Qualifizierungs- und Professionalisierungsoffensive in der direkten Pflege – das heißt in der direkten Klienten-Versorgung – ab sowie auf eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes insgesamt (Sieger 2011; Moers et al. 2012). Gleichzeitig wird jedoch darauf verwiesen, dass diese Zielsetzungen nur erreicht werden könnten, wenn es gelingt, eine hohe Akzeptanz der neuen Qualifikationsprofile am Arbeitsmarkt zu erzielen, indem die Absolventen/-innen adäquat auf die sich dort wandelnden Handlungsfelder vorbereitet werden (Görres et al. 2009; Stöver 2010). Allerdings sind die Reaktionen des Arbeitsmarktes auf die Absolventen/-innen der neuen generalistischen Pflegeausbildung und der primärqualifizierenden Studiengängen bislang kaum erforscht; das heißt, sie wurden zumeist im Rahmen von Begleitforschungen mit kleinen Fallzahlen untersucht, in denen sie eine eher nachgeordnete Stellung einnahmen. Ferner wurden die Daten hier oftmals bei direkten Praxiskooperationspartnern der Modelle erhoben (Görres et al. 2009; Lüftl, Kerres 2010), sodass von einem gewissen Maß an positiver Selektion auszugehen ist. Infolgedessen ist insgesamt weiterer Forschungsbedarf bzgl. der Perspektive des Arbeitsmarktes auf die neuen Absolventen/-innen zu konstatieren (Lehmeyer, Schleinschok 2011; Lüftl, Kerres 2010), welchem mit diesem Projekt entsprochen wird. Dies begründet sich nicht zuletzt auch damit, dass verschiedenste Faktoren darauf einwirken, ob und inwieweit ein bildungs- und berufspolitisch prognostizierter Bedarf zu entsprechender Nachfrage am Arbeitsmarkt führt. Hierzu zählen sowohl rechtliche Aspekte als auch die ökonomische Situation potenzieller Arbeitgeber sowie ihre Einsicht in die Notwendigkeiten der neuen Qualifikationsprofile (Winter 2005). Des Weiteren lassen die vergleichsweise geringen bisherigen Erkenntnisse in Bezug auf die neuen Pflegeausbildungsprofile divergierende Einschätzungen sowie Bewertungen der neuen Ausbildungsprofile erkennen: So beurteilen beispielsweise die

Ausbildungsträger/-innen die Akzeptanz der Modellprojekte in den Praxiseinrichtungen deutlich positiver als die Absolventen/-innen selbst, und auch Arbeitgeber bewerten die neuen Qualifikationen uneinheitlich sowie teilweise kritisch (Görres et al. 2009; Lüftl, Kerres 2010). Insgesamt ist festzustellen, dass bislang nur wenig belastbare Befunde zu den Reaktionen des Arbeitsmarktes auf generalistisch und in primärqualifizierenden Studiengängen qualifizierte Pflegekräfte vorliegen. Diesen geringen Forschungsaktivitäten stehen Studien im Kontext der Einrichtung der ersten pflegespezifischen Studiengänge mit Schwerpunkt Pflegemanagement und -pädagogik gegenüber (Stratmeyer 1998; Dorschner 1997; Krüger et al. 1997; Axt 1995; Fritsch et al. 1995; Pflegeforum Ludwigshafen 1997; Adler 2000, Winter 2005, aktuell auch Reiber et al. 2015), die eindrücklich zeigen, dass solche Erkenntnisse einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung neuer Qualifizierungsprogramme leisten können.

3 Material und Methoden der Studie

3.1 Auswahl der Methoden

Um die komplexe Zielsetzung und die facettenreichen Forschungsfragen des Projektes auch methodisch abzubilden, wurde ein Forschungsdesign gewählt, das unterschiedliche methodologische Ansätze (qualitativ/quantitativ) und verschiedene Methoden miteinander kombiniert. Dieses Mixed-Methods-Design korrespondiert mit einer Mehrperspektivität, die unterschiedliche Blickwinkel und Akteure integriert.

Um die Perspektive der Absolventen/-innen der beiden neuen Ausbildungsformen empirisch zu untersuchen, wurden Pflegefachkräfte befragt, die entweder eine generalistische bzw. integrative Pflegeausbildung oder ein primärqualifizierendes bzw. ausbildungsintegrierendes Pflegestudium bis Ende 2016 abschließen oder bereits abgeschlossen haben. Dazu wurde eine weitgehend standardisierte Online-Befragung durchgeführt. Um möglichst viele Aussagen zu ausgewählten Fragen aus unterschiedlichen Themengebieten zu erhalten, wurde hier eine Methode der quantitativen empirischen Sozialforschung verwendet.

Um die Perspektive der Arbeitgeber und des Arbeitsmarktes zu beleuchten, wurde der Zugang über Experten/-innen gewählt. Um sich die fundierte Expertise dieser Schlüsselpersonen für strategische Personalentwicklung zu erschließen, wurde für diese Experten/-innen-Interviews der qualitative Forschungsansatz favorisiert.

Zur Ergänzung der Perspektive der Arbeitgeber und des Arbeitsmarktes wurde eine Stellenanzeigenanalyse durchgeführt. Diese zeigt die tatsächlichen Anforderungen an die Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt.

Da eine Vielzahl an Fachverbänden bereits Stellung zur generalistischen Pflegeausbildung und zur Akademisierung der Pflegeausbildung bezogen haben, wurden diese Informationen in Form einer Synopse verdichtet und ausgewertet. In der Summe ergibt sich

ein Methoden-Mix aus qualitativer und quantitativer empirischer Sozialforschung, der umfassende Erkenntnisse zu den neuen Pflegeausbildungsformen gewährleistet.

3.2 Befragung (zukünftiger) Absolventen/-innen (Hochschule Esslingen)

Im Rahmen der standardisierten Erhebung wurden (zukünftige) Absolventen/-innen per Online-Fragebogen befragt, um zu erforschen, wie die neuen Ausbildungsprofile aus deren Sicht aufgenommen werden und wie der Berufseinmündungsprozess verläuft. Von zentralem Interesse waren dabei die beruflichen Wünsche sowie der berufliche Verbleib der Befragten.

3.2.1 Methodische Vorüberlegungen

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass insbesondere die Berufseinmündung der Absolventen/-innen der beiden neuen Ausbildungsprofile bisher kaum untersucht wurde. Außerdem wurde deutlich, dass sich bisherige Evaluationen und Forschungsvorhaben im Bereich der generalistischen Pflegeausbildung und der primärqualifizierenden Studiengänge hauptsächlich auf die Meinungen von Experten/-innen beziehen. Lediglich die Evaluation der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (Filderstadt) sowie die Evaluation der elf Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen nehmen die Meinungen der Auszubildenden bzw. der Studenten/-innen in den Fokus.

Es sind vor allem zwei Bereiche zu erforschen: Zum einen soll herausgefunden werden, wie die Pflegeausbildung bzw. das Pflegestudium erlebt wurde, welche Motive es für die Aufnahme einer solchen Ausbildungsform gab, welche Vorteile und Nachteile diese bieten, und welche Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden. Zum anderen stellen sich Fragen zur Berufseinmündung, zu den weiteren beruflichen Anschlussplänen und zur generellen beruflichen Orientierung. Hierbei war von Interesse, ob die neuen

Ausbildungsformen Vor- oder Nachteile auf dem Arbeitsmarkt mit sich bringen, welche Kompetenzen aus der Ausbildung bzw. dem Studium besonders hilfreich sind und ob der Arbeitsmarkt aus Sicht der Absolventen/-innen bereit ist für sie. Hinsichtlich der generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildung ist zu erforschen, ob Absolventen/-innen trotz der Verdichtung von Lehrinhalten für alle drei Pflegeberufsfelder gleichermaßen vorbereitet sind und welche Berufsbereiche sie präferieren. Bezüglich der Absolventen/-innen der primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge ist von großem Interesse, in welchem Tätigkeitsbereich sie im Anschluss an das Studium, aber auch mittelfristig, arbeiten möchten. Um dieser Vielzahl von Fragen abzubilden und möglichst viele der (zukünftigen) Absolventen/-innen in Baden-Württemberg erreichen zu können, wurde eine standardisierte Befragung als geeignete Methode ausgewählt. Zur leichteren Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit der selbstselektiven Stichprobe – und im Hinblick auf Kostenersparnisse im Vergleich zu einer postalischen Befragung mit Versand und Dateneingabe – wurde diese als Online-Befragung umgesetzt.

3.2.2 Die befragten (zukünftigen) Absolventen/-innen

Zur Grundgesamtheit gehören alle (zukünftigen) Absolventen/-innen einer generalistischen und integrativen Pflegeausbildung in Baden-Württemberg. Einschlusskriterium war, dass die Ausbildung die Möglichkeit bieten musste, einen Altenpflegeabschluss zu erwerben. Dies ergab sich aus den Fragestellungen, da ja auch untersucht werden sollte, wie sich die neuen Ausbildungsformen auf die unterschiedlichen Versorgungsbereiche, insbesondere die Altenpflege, auswirken. Außerdem beinhaltet die Grundgesamtheit alle (zukünftigen) Absolventen/-innen primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge in Baden-Württemberg. Da insbesondere noch nicht viele Kohorten der Absolventen/-innen der Pflegestudiengänge existieren und sich die Erreichbarkeit von Absolventen/-innen der Pflegeausbildungen schwierig gestaltete,

wurden zusätzlich zu den Absolventen/-innen Schüler/-innen und Studenten/-innen hinzugenommen, die spätestens Ende 2016 ihren Abschluss machen. Leitend war dabei die Prämisse, dass zu diesem Ausbildungszeitpunkt die Fragen bereits sinnvoll beantwortet werden können, da der größere Abschnitt der Ausbildung/des Studiums bereits zurückliegt und dieser bewertet werden kann. Außerdem kann diese Befragungsteilgruppe bereits differenziert Auskunft über weitere berufliche Pläne geben.

In Baden-Württemberg wurden neun generalistische bzw. integrative Ausbildungsgänge in Modellprojekten an Pflegeschulen mit Beteiligung der Altenpflegeausbildung und sechs primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge identifiziert (eigene Erhebung, Stand 04.05.2016; siehe Synopse der Ausbildungsstrukturen Anhang).

Die sechs Pflegestudiengänge werden von den folgend genannten Hochschulen angeboten:

- Katholische Hochschule Freiburg
- Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- Universität Heidelberg
- Hochschule Ravensburg-Weingarten
- Duale Hochschulen Baden-Württemberg an den Standorten Stuttgart, Heidenheim und Mannheim
- Hamburger Fern-Hochschule an den Studienzentren Stuttgart und Freiburg (in Kooperation mit mehreren Pflegeschulen in Baden-Württemberg wird ein ausbildungsbegleitendes Fernstudium mit Bachelor-Abschluss ermöglicht)

Generalistische bzw. integrative Ausbildungen werden an diesen Pflegeschulen angeboten:

- Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik in Filderstadt-Bonlanden
- Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH
Gesundheits- und Krankenpflegeschule Künzelsau

- Bildungszentrum am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart
- Ökumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH in Offenburg
- Berufsfachschule für Pflegeberufe Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim GmbH.

Die folgenden Pflegeschulen bieten in Kooperation mit anderen (Pflege-)Schulen eine gemeinsame integrative Ausbildung an:

- Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH mit der Helene Weber Schule in Bad Saulgau (Altenpflege)
- Justus von Liebig Schule Überlingen (Altenpflege) mit der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Helios Spitals Überlingen
- Fritz-Ruoff-Schule Nürtingen (Altenpflege) mit der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Klinikum Nürtingen-Kirchheim

Kontaktaufnahme zu den Schul- und Lehrgangseleitungen

Mittels telefonischer und schriftlicher Kontaktaufnahme und der Einladung zur Unterstützung des Projektes konnten einige der Schul- und Lehrgangseleitungen der oben genannten Einrichtungen als Schlüsselpersonen gewonnen werden. Ein besonderes Interesse am Projekt ging von der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (Filderstadt) und der Akademie für Gesundheitsberufe der Universität Heidelberg aus.

Bestandaufnahme der Anzahl an (zukünftigen) Absolventen/-innen der neuen Ausbildungsformen in Baden-Württemberg

Durch die systematische Befragung der Schul- und Lehrgangseleitungen ließ sich die Anzahl der (zukünftigen) Absolventen/-innen weitgehend ermitteln. Zudem wurden durch Internet- und Telefonrecherchen die Angaben gesichert bzw. vervollständigt. Die Anzahl an (zukünftigen) Absolventen/-innen der zum Sample gehörenden primärqualifizierenden

Studiengänge und generalistischen sowie integrativen Ausbildungsformen wird an späterer Stelle detailliert angegeben.

Öffentlichkeitsarbeit

Zur Gewinnung möglichst vieler (zukünftiger) Absolventen/-innen wurden verschiedenste Wege eingeschlagen.

Es wurden Flyer und Plakate erstellt und den Ausbildungsstätten zur Verfügung gestellt. Außerdem wurde zur Kontaktaufnahme und Bekanntmachung bei der Zielgruppe ein Facebook-Auftritt eingerichtet. In der Januar-Ausgabe 2015 der Fachzeitschrift „Die Pflegezeitschrift“ wurde eine Anzeige geschaltet. Weiterhin wurde eine Pressemeldung im Verbandsteil des DBfK in der Fachzeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“ geschaltet sowie auf dem Internetportal station24.de, auf der Facebook-Seite des Mabuse Verlages, auf der Webseite www.krankenschwester.org und im Online-Portal CNE-Thieme Mitteilungen platziert. Ein Informationsschreiben über die Verbleibstudie ging an die Studierenden der Hochschule Esslingen, um dort potenzielle Befragungsteilnehmende zu gewinnen, die zum Beispiel vor Aufnahme ihres Studiums eine der neuen Ausbildungsformen absolviert haben oder in ihrem Umfeld betreffende Personen kennen. Zudem wurde an den Hochschulen Ravensburg-Weingarten und Esslingen in Lehrveranstaltungen und Seminaren auf die Verbleibstudie und die Befragung hingewiesen. Bei der Jahresversammlung der LAG e. V. (Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegepädagogen Baden-Württemberg) am 14. November 2014, die am Marienhospital Stuttgart stattfand, bot sich die Möglichkeit, das Projekt weiteren potenziellen Schlüsselpersonen vorzustellen. An der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (Filderstadt) wurde das Projekt am 18. November 2014 im Abschlusskurs vorgestellt. Auf Einladung der SPD-Landtagsfraktion fand im Rahmen der Enquête-Kommission Pflege eine Projektpräsentation auf dem Tag für Pflegeauszubildende am 06.02.2015 im Plenarsaal des Landtags statt.

Projektwebsite

Auf der Projektwebsite http://www.pflege-paedagogik.de/reform_pflegeausbildung/, die über das Projekt informiert, gab es von September 2014 bis April 2015 die Möglichkeit der Online-Registrierung für die zur Grundgesamtheit zählenden Personen. Es registrierten sich 66 Personen. Über diese Webseite wurde ab April 2015 auch der Zugang per Verlinkung zur Online-Befragung ermöglicht.

3.2.3 Der Online-Fragebogen

Auf Basis der theoretisch-systematischen Vorarbeiten und der bereits vorliegenden Daten aus Evaluationsstudien zur generalistischen Pflegeausbildung sowie zu den primärqualifizierenden Studiengängen wurde ein weitgehend standardisiertes Erhebungsinstrument zur Befragung der (zukünftigen) Absolventen/-innen entwickelt.

Fragebogenentwicklung

Die Orientierung für die Entwicklung des Fragebogens boten die Erwerbstätigenbefragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BIBB, BAuA) 2012, die BIBB-Schulabgänger-Befragung 2010, Ausbildung aus Sicht der Auszubildenden des BIBB 2008 sowie die BIBB-Übergangsstudie 2006. Die Fragen wurden entweder übernommen oder an das Zielkriterium angepasst. Ergänzend wurden eigene Fragen eingebaut, die sich aus dem Forschungsstand ergaben. Besonders geeignet ist das Instrument zur BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (BIBB, BAuA 2012), in dem Inhalte und Ausgestaltung von Berufen, das Anforderungsniveau von Arbeitsplätzen und der qualifikatorische Hintergrund im Zusammenhang zwischen Bildung und Beschäftigung (Aus- und Weiterbildung, Berufsverlauf, ausbildungsadäquate Beschäftigung, Berufswechsel, Verwertbarkeit der beruflichen Qualifikation usw.) erhoben werden.

Als zentrale Forschungsfragen für diese Online-Befragung erwiesen sich die folgenden:

- Welche Motivationen gibt es für die Ergreifung dieser neuen Ausbildungsformen?
- Wie empfinden die Schüler/-innen und Studenten/-innen die neuen Ausbildungsformen?
- Wo verbleiben die Absolventen/-innen der Modellprojekte beruflich?
- Wie entwickeln sich die Absolventen/-innen der Modellprojekte beruflich weiter?
- Welche beruflichen Positionen nehmen sie ein?
- Welchen qualitativen und quantitativen Bedarf an Absolventen/-innen der generalistischen Ausbildung und primärqualifizierenden Studiengänge gibt es in Baden-Württemberg?
- Gibt es Branchen, die von den neuen Ausbildungsmodellen stärker profitieren als andere?

Um diesen und weiteren Fragen auf den Grund zu gehen, wurden verschiedene Dimensionen ausgewählt, die thematisch durch den Fragebogen führen sollen.

Dimensionen des Fragebogens

1. Pflegeausbildung/Pflegestudium

Hier finden sich Fragen zur Ausbildungsform und zu den erworbenen Studien- und Berufsabschlüssen.

2. Ausgangsmotivation und Erwartungen

Der Fokus liegt hierbei auf der Frage, warum sich die (zukünftigen) Absolventen/-innen gerade für diese Form der Ausbildung bzw. für das Studium entschieden haben und welche Erwartungen sie damit verbinden. Weiterhin werden die (zukünftigen) Absolventen/-innen nach Chancen und Herausforderungen ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums befragt.

3. Berufliche Anschlusspläne und Bewerbungsverhalten

Die Fragen dieses Abschnitts beziehen sich auf die beruflichen Ziele der (zukünftigen) Absolventen/-innen, die sie im Anschluss an ihre Ausbildung bzw. an ihr Studium verfolgen bzw. verfolgt haben und welcher Bewerbungsstrategien sie sich hierbei bedient haben. Auch beinhaltet dieser Abschnitt Fragen zum Bewerbungserfolg und zum Bekanntheitsgrad der besonderen Formen der Ausbildung. Weiterhin ist hier von Interesse, welches die wichtigsten Kriterien bei der Stellensuche der in den neuen Ausbildungsformen qualifizierten Fachkräfte sind.

4. Berufseinstieg

Hierbei ist insbesondere von Interesse, in welchem beruflichen Einsatzfeld und in welchem der drei Berufsfelder die Absolventen/-innen nach Abschluss des Studiums bzw. der Ausbildung arbeiten und welche Tätigkeitsschwerpunkte sie dabei ausüben. Außerdem werden die Absolventen/-innen hinsichtlich der spezifischen Herausforderungen beim Berufsstart befragt.

5. Berufliche Weiterentwicklung

In diesem Teilbereich liegt das Forschungs- und Erkenntnisinteresse auf Fragen zur Berufszufriedenheit sowie zu den weiteren beruflichen Plänen. Hier werden auch Fragen zur mittel- und langfristigen Planung der eigenen Berufsbiografie gestellt.

6. Qualifikation und Fähigkeiten

Dieser Abschnitt beinhaltet Fragen zur spezifischen Berufsqualifizierung der generalistischen Pflegeausbildung sowie der grundständigen Pflegestudiengänge und mit welchen praktischen Einsatzbereichen diese korrespondieren.

7. Gesamteinschätzung der Ausbildungsform

Hier wird abschließend nach der allgemeinen Zufriedenheit und der Bedeutung der Ausbildung bzw. des Studiums gefragt. Weiterhin

werden die (zukünftigen) Absolventen/-innen um ihre subjektive Meinung zu den besonderen Vorteilen ihrer Ausbildungsform befragt.

8. Persönliche Angaben

Dieser letzte Fragebogenabschnitt beinhaltet Fragen zur Person, wie z. B. Alter, Geschlecht und Familienstand.

3.2.4 Die Durchführung und die Auswertung der Daten

Die Befragung wurde mithilfe der Online-Plattform „SoSci Survey“ (<https://www.soscisurvey.de/>) durchgeführt. Es wurden zwei unterschiedliche Fragebögen erstellt – einer für die (zukünftigen) Absolventen/-innen der Pflegeausbildungen und einer für die (zukünftigen) Absolventen/-innen der Pflegestudiengänge. Diese Aufspaltung war notwendig, um eine gute Lesbarkeit für die Befragten zu gewährleisten. Die Fragen sind inhaltlich jedoch größtenteils identisch.

Pre-Test

Beide Fragebögen wurden an Personen getestet, die sich noch bis mindestens 2017 in einer relevanten Ausbildung bzw. in einem relevanten Studium befinden und somit nicht zur Zielgruppe gehören. Der Fragebogen „Ausbildung“ wurde mit drei Schülern der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik (Filderstadt) in Form eines Face-To-Face Pre-Tests erprobt. Die Erkenntnisse hieraus wurden direkt in beide Fragebögen eingearbeitet. Daraufhin wurde der Fragebogen „Studium“ online mit Kommentarfunktion von Pflegestudenten/-innen der Hochschule Ravensburg-Weingarten getestet. Es beteiligten sich neun Studenten/-innen. Die Pre-Tests fanden im März und April 2015 statt.

Feldzugang

Die Fragebögen gingen am 22.04.2015 online. Der Beginn der Online-Befragung wurde auf verschiedenen Wegen angekündigt, um möglichst viele Personen der Grundgesamtheit zu erreichen. Zum einen wurden

die Personen angeschrieben, die sich zuvor auf der Webseite für die Befragung registriert hatten. Zum anderen wurden alle betreffenden Schulen und Hochschulen kontaktiert. Außerdem wurden Posts in relevanten Facebook-Gruppen und Google+ Communities erstellt, und die Administratoren sieben relevanter Pflege-Foren im Internet wurden mit der Bitte um Hinweis zum Projekt in den Foren angeschrieben. Schließlich wurden alle Praxiseinrichtungen (in Baden-Württemberg) kontaktiert, die in Kooperation mit den Hochschulen und Pflegeschulen stehen. Unterstützung gab es außerdem von ver.di, DBfK und JungePflege (u. a. Twitter mit über 1000 Followern).

Datenschutz

Die Daten wurden anonym erhoben. Die Daten erlauben weder Rückschlüsse auf die Person noch auf die Schule/Universität/Hochschule, an der die befragte Person ausgebildet wurde. Die E-Mail-Adressen des Registrierungsprozesses wurden nach der Datenerhebung gelöscht. Die Befragungsteilnehmer/-innen konnten als Dank für die Teilnahme an einem freiwilligen Gewinnspiel teilnehmen. Die E-Mail Adressen hierfür wurden getrennt von der Befragung erhoben und nach der Gewinnverlosung und der Bekanntgabe an die Gewinner/-innen gelöscht.

Sampling

Im Grundsatz wurde eine Vollerhebung angestrebt, die aber aufgrund fehlender direkter Kontaktmöglichkeiten nicht vollständig realisiert werden konnte. Da nicht alle Pflegeschulen kontinuierliche Kontakte zu ihren ehemaligen Schüler/-innen im Sinne einer Alumni-Arbeit/-Pflege betreiben, konnten die Absolventen/-innen der generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildung nur zum kleineren Teil über deren ehemalige Ausbildungsstätten erreicht werden. Zudem werden von Schulen, Hochschulen und Universitäten selbst regelmäßig Evaluationen durchgeführt. Dies kann zu einer Ermüdung hinsichtlich solcher Befragungen führen. Aufgrund dieses erschwerten Feldzugangs wurde auf verschiedensten Wegen für die Online-Befragung geworben.

Von insgesamt 1863 (zukünftigen) Absolventen/-innen der integrativen und generalistischen Pflegeausbildungen beteiligten sich 100 an der Online-Befragung. Von insgesamt 425 (zukünftigen) Absolventen/-innen der primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge beteiligten sich 76 an der Online-Befragung.

Aufgrund der schweren Erreichbarkeit der Zielgruppe wurden keine spezifischen Stichprobeverfahren gewählt; wichtig war es, so viele wie möglich zu erreichen. Um das potenzielle Risiko der Verzerrung des Samples zu minimieren, wurden gezielt unterschiedlichste Informations- und Kommunikationswege gewählt – von der direkten Ansprache auf Veranstaltungen über Anzeigen in Fachzeitschriften sowie Plakataushänge bis hin zu Aufrufen in sozialen Medien. Es ist allerdings zu vermuten, dass all diejenigen, die mittlerweile im Ausland arbeiten bzw. wohnen, nicht erreicht wurden. Außerdem ist zu vermuten, dass Personen in Elternzeit nicht erreicht wurden. Des Weiteren ist anzunehmen, dass Personen, die ihren Beruf gewechselt haben, nicht erreicht wurden. Sichtweise und Erfahrungen der genannten Personengruppen bleiben uns somit vermutlich verschlossen.

Zu beachten ist, dass die Grundgesamtheit der (zukünftigen) Absolventen/-innen der Pflegeausbildungsmodelle nicht gleichzusetzen ist mit einer zukünftigen Grundgesamtheit von Absolventen/-innen einer flächendeckenden generalistischen Pflegeausbildung. Im Moment ist die Entscheidung für eine generalistische oder integrative Pflegeausbildung und gegen eine herkömmliche Pflegeausbildung eine bewusste Entscheidung. Es findet folglich eine Selektion statt. Dies wird voraussichtlich ab dem Jahr 2019 nicht mehr der Fall sein.

Aufgrund der zeitlichen Gestaltung des Forschungsprojekts war nur eine Querschnittsanalyse realisierbar.

Beschreibung des Datensatzes

Von den 100 Befragungsteilnehmern/-innen der Pflegeausbildungsgänge und den 76 Befragungsteilnehmern/-innen der Studiengänge waren jeweils eine geringe Anzahl aufgrund zu vieler

Missing Values unbrauchbar. Es ergibt sich folgendes Verhältnis von Sample und Grundgesamtheit:

Tabelle 2: Verhältnis von Sample und Grundgesamtheit

	Sample	Grundgesamtheit	Teilnahmequote
Pflegeausbildung	96	1863	5,2 %
Pflegestudium	74	425	17,4 %

Die eher geringe Beteiligung, vor allem bei den (zukünftigen) Absolventen/-innen der Pflegeausbildungen, kann verschiedene Ursachen haben. Hierunter fallen Nichterreichbarkeit, Befragungsermüdung und Desinteresse. Trotz der umfangreichen Informationskampagnen für die Online-Befragung wurden sicherlich nicht alle Personen der Grundgesamtheit erreicht und auf die Befragung aufmerksam gemacht. Eine Befragungsermüdung ist im Bereich der Pflegeberufe denkbar, da Evaluationen häufig angewendet werden. Um die Personen zum Mitmachen zu ermuntern, wurden als „Incentives“ Kinogutscheine unter den Teilnehmer/-innen verlost.

Wie zu erwarten, überwiegt bei beiden Datensätzen der Anteil der Teilnehmerinnen: 81 % der Befragten aus dem Pflegestudium sind weiblich, während es bei den Befragten aus der Pflegeausbildung 76 % sind. Die Geschlechterverteilung bei den Befragten aus der Pflegeausbildung liegt damit nahe beim gesamtdeutschen Durchschnitt aller Pflegeberufe. Dem ver.di Pflegereport zufolge waren im Jahr 2012 80 % der Auszubildenden in der Pflege weiblich (ver.di Pflegereport 2012, 6). Für die Pflegestudiengänge liegen noch keine Vergleichsdaten vor.

95 % der Befragten aus der Pflegeausbildung haben die deutsche Staatsbürgerschaft, bei den Befragten aus dem Pflegestudium sind es 97 %.

Die Schulabschlüsse der Teilnehmer/-innen werden in folgender Tabelle wiedergegeben.

Tabelle 3: Schulabschlüsse der Teilnehmer/-innen

	Befragte aus der Pflegeausbildung	Befragte aus dem Pfleigestudium
Abitur	37 %	89 %
Fachhochschulreife	25 %	9 %
Realschulabschluss	35 %	1 %
Hauptschulabschluss	2 %	0 %
Sonstiger Schulabschluss	1 %	0 %

Wie zu erwarten, sind unter den Befragten aus dem Pflegestudium deutlich mehr Abiturienten/-innen. Auffällig hingegen ist, dass die Mehrzahl der Befragten aus der Pflegeausbildung eine Fachhochschul- oder Hochschulreife besitzt. Für diese Personen wäre auch ein (Pflege-)Studium möglich gewesen. Der Anteil der Befragten aus der Pflegeausbildung mit Abitur und Fachhochschulreife ist im Vergleich zu den gewöhnlichen Pflegeausbildungen deutlich höher. Blum et. al. zufolge haben in den gewöhnlichen Pflegeausbildungen mehr als die Hälfte einen Realschulabschluss und ein Drittel die Hochschulreife (Blum et al. 2006, 85). Hinter der höheren schulischen Qualifikation bei den Befragten aus der Pflegeausbildung lassen sich zwei Ursachen vermuten. Zum einen trauen sich möglicherweise Personen mit höherem Schulabschluss eine umfassendere Ausbildung eher zu. Zum anderen ist es möglich, dass die Pflegeschulen vornehmlich Personen mit einem hohen Schulabschluss auswählen, um mit den noch relativ neuen Lehrplänen und der Vielfalt der Lehrinhalte möglichst wenig Schüler/-innen zu überfordern.

3.3 Die Befragung potenzieller Arbeitgeber (Hochschule Ravensburg-Weingarten)

Im qualitativen Teil der empirischen Untersuchung wurden Experten/-innen-Interviews verwendet, um zu erforschen, wie die neuen Ausbildungsprofile den Bedarf aus Sicht des Versorgungssystems adressieren. Hieraus können konkrete Hinweise für eine am tatsächlichen Bedarf orientierte pflegeberufliche Bildung abgeleitet

werden, die sich positiv auf die sach- und fachgerechte Pflege der Bevölkerung in Baden-Württemberg auswirkt.

Mit Hilfe der Experten/-innen-Interviews kann der beschriebene Stand des Wissens und der Forschung systematischer beschrieben, vertieft und erweitert werden (Kruse 2014, 170). So können neben den heutigen Anforderungen an Pflegekräfte auch die nahen Zukunftserfordernisse offengelegt werden. Von Interesse sind dabei sowohl die Qualifikationstiefe als auch -breite sowie die Akzeptanz der neuen Qualifikationsprofile bei potenziellen Arbeitgebern.

3.3.1 Methodische Vorüberlegungen

Im Ergebnis der Literaturrecherche wurde u. a. ersichtlich, dass es bisher nur wenige konkrete Überlegungen der Arbeitgeber zur Einarbeitung und zum Einsatz sowohl von generalistisch als auch primärqualifizierend-akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen gibt. Sowohl hinsichtlich der Arbeitsfelder als auch hinsichtlich der Vergütungsmöglichkeiten von akademischen Pflegekräften scheint es im Moment in Deutschland keine klare Meinungsbildung zu geben. Die Befragungen potenzieller Arbeitgeber – zumeist aus dem Krankenhaussektor – zeigen, dass vor allem im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung und den Nutzen für die Patienten/-innen-Versorgung, für die Kooperationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen und zur Steigerung der Reflexionsfähigkeit primärqualifizierte akademisch ausgebildete Pflegekräfte benötigt werden. Jedoch zeigt sich in der Literaturrecherche, dass für die Absolventen/-innen der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge die direkte Pflege wenig attraktiv erscheint. Dies liegt zum einen an den unklaren Arbeitsfeldern im Vergleich zu traditionell ausgebildetem Pflegepersonal und zum anderen an der fehlenden adäquaten Vergütung der hochschulisch ausgebildeten Pflegenden (Simon, Flaiz 2015). Durch eine Befragung potenzieller Arbeitgeber, auch aus dem Bereich der Altenpflege, können mit dieser Erhebung nun Kontextinformationen zu den Ergebnissen der Stellenanzeigenanalyse und zu der Befragung (zukünftiger) Absolventen/-innen gewonnen werden. Experten/-innen-

Interviews dienen als Datenerhebungsmethode zur Exploration eines Untersuchungsgegenstandes (Müller-Mundt 2002, 269) und gelten in der Gesundheits- und Pflegeforschung als vielversprechend (Flick 2002).

3.3.2 Die befragten Experten/-innen und ihre Arbeitsbereiche

Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Befragungen wurden Personen als Experten/-innen definiert, die Schlüsselpositionen im Hinblick auf das Untersuchungsthema einnehmen und in der Lage sind, aktuelle Entwicklungen inklusive Chancen und Herausforderungen im Hinblick auf die neuen Ausbildungskonzepte in den Pflegeberufen einzuschätzen.

Hierzu wurden Personen aus einer der Leitungsebene einer einzelnen Einrichtung übergeordneten Ebene gewählt. So kamen für die Auswahl Interviewpartner/-innen mit führenden Positionen in Berufsverbänden, Vertreterverbänden der Arbeitgeber im Pflege- und Gesundheitsbereich und Vertreter/-innen von Wohlfahrtsverbänden in Frage. Diese übergeordnete Ebene prägt maßgeblich die institutionelle Leitungsebene und damit Auswahl sowie Einsatz von generalistisch und hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften.

Klares Einschlusskriterium stellte die Präsenz der Verbände oder Institutionen im Land Baden-Württemberg als Landesverband oder Geschäftsstelle dar. Hierdurch wird gewährleistet, dass sich die entsprechenden Vertreter/-innen nicht nur inhaltlich mit der Thematik befassen, sondern auch einen Bezug zur allgemeinen Situation der pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg aufweisen.

Insgesamt wurden folglich Experten/-innen aus drei zentralen Bereichen gewonnen:

- Arbeitgebervertreter/-innen
- Wohlfahrtsverbände
- Vertreterverbände/Gewerkschaften für die Beschäftigten in der Pflege

Weiterhin wurde im Verlauf eines Interviews auf einen Vertreter einer Bildungseinrichtung verwiesen, der zusätzlich befragt wurde. Zudem

wurde ein/e Experte/-in der Agentur für Arbeit sowohl zu freien Stellen als auch zur Vermittlung generalistisch und akademisch ausgebildeter Pflegepersonen befragt.

Feldzugang und Auswahl der Experten/-innen

Für die Auswahl der Experten/-innen wurde zunächst eine umfassende Datenbank mit Verbänden erstellt, die direkten Bezug zur pflegerischen Versorgung und zum Gesundheitssystem Baden-Württembergs aufweisen. Aufgenommen wurde die Adresse der Geschäftsstellen, die Angabe zur Internetpräsenz und mögliche Ansprechpartner/-innen in Form der Vorsitzenden oder Geschäftsführenden. Diese wurden im nächsten Schritt hinsichtlich Trägerschaft und Interessensvertretung kategorisiert.

Die Anfragen an die Experten/-innen erfolgten im ersten Schritt postalisch. Es wurde ein persönliches Anschreiben mit einem Flyer verschickt, der das Projekt vorstellte und grundlegende Informationen enthielt. Die Empfänger/-innen wurden gebeten, ihre Teilnahmebereitschaft telefonisch oder per E-Mail zu signalisieren. Erfolgte keine Rückmeldung seitens der angeschriebenen Experten/-innen, wurden diese zunächst per Email und anschließend noch einmal telefonisch kontaktiert.

Die Experten/-innen konnten den Interviewort und -zeitpunkt selbst bestimmen. Mit Hilfe einer Erinnerungsemail und durch telefonisches Nachfragen konnten schließlich zehn Interviews vereinbart und durchgeführt werden. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Oktober 2014 bis Januar 2015 statt. Auch die zwei zusätzlichen Interviews mit einem/r Vertreter/-in der Agentur für Arbeit und der Bildungseinrichtung konnten in diesem Zeitraum durchgeführt werden. Vier der zwölf Interviewpartner/-innen haben einen pflegerischen Berufshintergrund, eine Person ist Arzt/Ärztin, eine weitere Jurist/-in, zwei kommen aus dem sozial- bzw. erziehungswissenschaftlichen Bereich und vier Personen haben einen kaufmännischen bzw. verwaltungswirtschaftlichen Berufshintergrund. Die folgende Tabelle

zeigt den Berufshintergrund der befragten Experten/-innen im Überblick.

Tabelle 4: Berufshintergrund der befragten Experten/-innen

Qualifikation	Anzahl
Pflegeausbildung/Studium	4
Arzt/Ärztin	1
Jurist/-in	1
Sozial- bzw. Erziehungswissenschaftler/-in	2
Kaufmännische Ausbildung	4

Sechs Personen sind Vorsitzende der jeweiligen Verbände, zwei in der Geschäftsführung tätig, die anderen vier befragten Experten/-innen sind Referenten/-innen einer pflegerischen Fachstelle. Die folgende Tabelle zeigt die Position der befragten Experten/-innen im jeweiligen Verband.

Tabelle 5: Position der befragten Experten/-innen

Position	Anzahl
Vorsitzende/-r des Verbandes	6
Referenten/-innen einer pflegerischen Fachstelle	4
Mitarbeiter/-innen der Geschäftsführung	2

Die folgende Tabelle zeigt den Arbeitsbereich bzw. den Verband der Experten/-innen bezüglich der Kategorien Arbeitgebervertreter, Wohlfahrtsverbände und Verbände von Leitungspersonen sowie der Arbeitsagentur. Die meisten Interviews wurden mit Vertretern der Wohlfahrtsverbände geführt. Aufgrund der großen Anzahl verfügbarer Plätze in Pflegeheimen in freigemeinnütziger Trägerschaft (61 % im Jahr 2011, Statistisches Bundesamt 2013, 6), lässt sich die Verteilung der Experten/-innen begründen.

Tabelle 6: Arbeitsbereich bzw. Verband der befragten Experten/-innen

Arbeitsbereich bzw. Verband	Anzahl der interviewten Experten/-innen
------------------------------------	--

Arbeitgebervertreter/-innen	3 Interviews
Wohlfahrtsverbände	6 Interviews
Verbände von Leitungspersonen	2 Interviews
Arbeitsagentur	1 Interview

3.3.3 Der Interviewleitfaden

Für eine vereinfachte und zielgerichtete Durchführung der Interviews, zur Gestaltung eines strukturierten Vorgehens und um die verschiedenen Interviews vergleichen zu können (Kruse 2014, 213), wurde im Vorfeld ein Interviewleitfaden (s. Anhang) entwickelt.

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte auf Grundlage des Stand des Wissens und einer ergänzenden Literaturrecherche.

Als Einstiegsfrage und um eine kommunikative Vertrauensbeziehung aufbauen zu können (Kruse 2014, 223), wurde zunächst allgemein nach einer Beurteilung der Entwicklungen im Berufsfeld Pflege insgesamt bzw. für die Altenpflege gefragt. Damit wurde ein Einstieg in das Thema „Ausbildung im Berufsfeld Pflege“ gefunden. Im weiteren Verlauf gliedert sich der Interviewleitfaden in die Bereiche „Entwicklungen der generalistischen Ausbildungskonzepte“ und „Entwicklungen der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge“. Die Experten/-innen wurden zu beiden Bereichen der Pflegeausbildung befragt. Begonnen wurde dabei mit einem Frageblock zu den generalistischen Ausbildungskonzepten. Die erste Frage stellte wiederum eine Einstiegsfrage dar und erfasst eine generelle Beurteilung der generalistischen Ausbildungskonzepte sowie eine spezifische Beurteilung für die Altenpflege. Um den Blick in Richtung des praktischen Einsatzes der nach den neuen Ausbildungskonzepten ausgebildeten Pflegekräften zu lenken, wurden die Experten/-innen nun nach den Berufsaussichten der generalistisch Ausgebildeten gefragt, gefolgt von Argumenten, die für bzw. gegen den Einsatz dieser Fachkräfte sprechen. Anschließend wurden potenzielle Maßnahmen der Arbeitgeber erfragt, um den möglichen Nachteilen der generalistischen Ausbildung begegnen zu können. In der Literatur zeigt

sich, dass der Fort- und Weiterbildungsbedarf für eine Spezialisierung wichtig erscheint (Deutscher Caritasverband et al. 2011; Ammende 2014), weshalb die Interviewpartner/-innen ihre Meinung bezüglich des Fort- und Weiterbildungsbedarfs der beiden neuen Fachkräftegruppen äußern sollten. Daran schlossen sich potenzielle Erfahrungsberichte der Verbände mit generalistisch ausgebildeten Pflegekräften an. Zuletzt richtete sich der Blick des Leitfadens in die Zukunft, da langfristige erwartete Veränderungen in der Pflege durch generalistisch ausgebildete Absolventen/-innen eruiert wurden.

Bezüglich der ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge wurden wiederum eine generelle Beurteilung und eine spezifische Bewertung für die Altenpflege erfragt. Daran schloss sich die Frage nach den Berufsaussichten dieser Absolventen/-innen sowie den Argumenten für bzw. gegen ihren Einsatz an. Weiterhin ging es um Unterschiede in den Einsatzbereichen von hochschulisch im Vergleich zu traditionell ausgebildeten Pflegekräften und um eine Einschätzung ihrer Einsatzmöglichkeiten insbesondere in der patienten- bzw. klientennahen Pflege. Vor dem Hintergrund von Studien, die auf eine verringerte Patienten/-innenletalität durch den Einsatz von Pflegekräften mit Bachelor-Abschluss hinweisen (Aiken et al. 2003), wurden die Experten/-innen nach erwarteten langfristigen Veränderungen in der Pflege durch hochschulisch ausgebildete Pflegekräfte gefragt. Zudem wird vermutet, dass akademische Pflegekräfte die gesellschaftliche Wahrnehmung des Berufsfeldes Pflege verändern (Gerlach 2012; Lüftl, Kerres 2012), was zur nächsten Frage im Leitfaden führt. Daran anschließend wurden mögliche Erfahrungen der Verbände mit dem Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte erhoben sowie Vorstellungen zu deren Vergütung. Dabei waren sowohl die mögliche tarifliche Eingruppierung und, aufgrund der fehlenden Datenlage, auch die aktuelle Einstufung der Absolventen/-innen als Leitfragen vorgesehen.

Der letzte Fragenblock bezog sich auf eine abschließende Beurteilung der weiteren Entwicklung der Ausbildung der Pflegeberufe und auf

zukunftsweisende Maßnahmen. Dabei wurden die Experten/-innen zunächst um eine abschließende Positionierung bezüglich der Absolventen/-innen der generalistischen Pflegeausbildung und des Pflegestudiums gebeten. Diese Frage diene einerseits dem Abgleich mit vorher gestellten Fragen und somit zur Überprüfung der Kongruenz der Antworten des/der Experten/-in. Andererseits konnten die Befragten alle noch nicht genannten Gedanken bezüglich der Pflegeausbildung zum Ausdruck bringen. Zuletzt sollten die Interviewten wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung der Ausbildung der Pflegeberufe nennen, um weitere sinnvolle bzw. notwendige Maßnahmen zu sammeln und die Meinung der Experten/-innen zu den verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen des Pflegepersonals zu erheben.

3.3.4 Die Durchführung und Auswertung der Interviews

Pretest

Der Interviewleitfaden wurde in der ersten Phase einem Expert Review unterzogen. Dies dient vor allem dem Zweck, den Leitfaden auf seine inhaltliche Konsistenz und Vollständigkeit zu überprüfen. Hierbei werden bewusst Personen als „methodische Experten“ gewählt, die selbst nicht in die Ausarbeitung des Interviewleitfadens involviert sind und dadurch in der Lage sind, „mit der distanzierten Sicht eines externen Fachmanns die entwickelten Instrumente zu beurteilen“ (Häder 2015, 406). Das Expert Review wurde als kognitiver Pretest mittels Retrospective-Think-Aloud-Methode und Post-Interview-Probing durchgeführt. Mit Hilfe der Retrospective-Think-Aloud-Methode stellt der/die Experte/-in ihre „Gedankengänge erst nach der Beantwortung der Frage“ (Häder 2015, 403) dar. Es werden Probleme vom Verständnis der Frage und ihrer Formulierung aufgezeigt. Die Antworten der Interviewpartner/-in werden hierbei gezielt hinterfragt und das individuelle Fragenverständnis erörtert. Mit Hilfe des Post-Interview-Probing wird der Interviewleitfaden abschließend hinsichtlich Verständlichkeit und Komplexität der Fragen sowie der Empfindungen während der Befragung geprüft (Häder 2015, 402).

In der zweiten Phase wurde ein Standard-Pretest (Prüfer, Rexroth 1996, 14ff.) durchgeführt. Hierbei lag der Fokus vor allem auf der Verständlichkeit der Fragen, der Dauer der Befragung sowie der allgemeinen praktischen Durchführbarkeit.

Der zweite Pretest zeigte, dass der Leitfaden sich im Hinblick auf seine praktische Durchführbarkeit bewährte. Er ermöglichte ein flüssiges Interview, in dem alle Themenbereiche, die für die Untersuchung von Belang sind, angesprochen werden konnten.

Befragung

Die Durchführung der Interviews erfolgte zwischen dem 22. Oktober 2014 und dem 23. Januar 2015. Die Interviews dauerten zwischen 22 und 85 Minuten und im Mittel knapp eine Stunde. Alle Interviews waren von einer positiven Atmosphäre geprägt und konnten überwiegend störungsfrei durchgeführt werden. Mehrheitlich entstand der Eindruck, dass sich die Experten/-innen im Thema gut auskannten und auf alle Fragen offen antworteten.

Die Befragungen begannen mit einer persönlichen Vorstellung der Interviewer/-in und einer Erläuterung des Forschungsanliegens sowie dessen Zielstellung. Den Experten/-innen wurde zugesichert, alle Angaben vertraulich zu behandeln, diese zu anonymisieren und nur zu Forschungszwecken zu verwenden. Weiterhin wurde den Befragten ein Ergebnisbericht nach Abschluss der Arbeit angeboten. Daneben wurde die Erlaubnis für eine Aufzeichnung der Gespräche eingeholt und jede/r Gesprächsteilnehmer/-in konnte Fragen zum Forschungsprojekt und zur Durchführung des Interviews stellen. Anschließend startete die Gesprächsaufnahme. Die Interviewführung erfolgte anhand der vier Abschnitte: Entwicklung des Berufsfeldes Pflege und Altenpflege, integrative bzw. generalistische Ausbildungsmodelle, primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge und zukunftsweisende Maßnahmen für die weitere Entwicklung der Ausbildung der Pflegeberufe. Der Interviewleitfaden wurde dabei flexibel eingesetzt.

Kategorienbildung/Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, beschrieben nach Kuckartz (2014, 77ff.). Dabei wurden die Hauptkategorien deduktiv anhand des zuvor entworfenen Leitfadens der Interviews für die Datenerhebung gebildet (Kuckartz 2014, 60). Im zweiten Schritt wurde das gesamte Material mit diesen Hauptkategorien codiert. Die Codierung erfolgte mit Hilfe des Programms MAXQDA Version 12. Dabei wurden die Hauptkategorien auch so gewählt, dass sie sich für die spätere Ergebnisdarstellung als Strukturierungspunkte eignen (Kuckartz 2014, 81). Diese Hauptkategorien wurden anschließend mit Hilfe von MAXQDA als Liste zusammengestellt. Anschließend wurden im Material für alle Hauptkategorien zentrale Antwortkategorien entwickelt. Diese wurden geordnet und systematisiert. Ggf. erfolgte eine Zusammenfassung mehrerer Subkategorien zu zentralen Antwortkategorien. Diese wurden anschließend definiert und ihnen wurden prototypische Beispiele zugeordnet (Kuckartz 2014, 62; 84). Im letzten Schritt folgte eine kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung.

3.4 Synopse der Positionspapiere

Für die erstellte Synopse der Positionspapiere wurde eine systematische Literaturrecherche aller Veröffentlichungen und Pressemitteilungen relevanter Fachverbände in Baden-Württemberg hinsichtlich der generalistischen Pflegeausbildung und grundständigen Pflegestudiengänge durchgeführt. Insgesamt wurden 21 Veröffentlichungen der folgenden Verbände aus den Jahren 2009 bis 2015 betrachtet:

- Arbeiterwohlfahrt e. V. (AWO)
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG)
- Bundesverband (BV) Pflegemanagement
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V.

- Deutsches Rotes Kreuz und Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Deutscher Verband der Führungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. (DVLAB)
- Landesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg
- sowie ein gemeinsames Positionspapier der kirchlichen Verbände: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD).

Aufgrund des Zeitraums des vorliegenden Projektes beziehen sich die Veröffentlichungen lediglich auf allgemeine Aussagen zur generalistischen Pflegeausbildung und zu grundständigen Pflegestudiengängen bzw. auf das Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes und nicht auf den im März 2016 vorgelegten Gesetzentwurf.

Die Veröffentlichungen wurden analog des beschriebenen Leitfadens für die Experten/-innen-Interviews analysiert und geclustert. Anschließend folgte eine Gegenüberstellung der verschiedenen Äußerungen.

3.5 Stellenanzeigenanalyse

Die Analyse der Arbeitsmarktperspektive gelang mittels der Experten/-innen-Interviews sowie einer Stellenanzeigenanalyse. Mit Hilfe der Stellenanzeigenanalyse wurde der Qualifikationsbedarf des Pflegesystems in Baden-Württemberg untersucht. Die Erhebung und Auswertung erfolgte im Rahmen einer Masterarbeit des Studiengangs

Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen in enger Absprache mit den Projektbeteiligten.

Lydia Reusch (2015) analysierte die Stellenanzeigen zweier Fachzeitschriften („Die Schwester/Der Pfleger“ und „Altenpflege“) des Jahrgangs 2014 hinsichtlich der gesuchten Qualifikations- und Kompetenzprofile von Pflegefachkräften in der direkten pflegerischen Versorgung. Sie bezog sich dabei ausschließlich auf Stellenanzeigen in Baden-Württemberg. Als strukturelle Elemente erfasste sie die inserierende Einrichtung, den Träger der Einrichtung und den Regierungsbezirk, indem die Stelle zu besetzen ist. Als formale Anforderungen analysierte sie den geforderten Berufsabschluss/das geforderte Qualifikationsprofil, eine Fach- und Funktionsweiterbildungen bzw. weitere formale Qualifikationsanforderungen und erwünschte Berufserfahrung einschließlich einer näheren Bestimmung der Berufserfahrung. Weiterhin führte sie eine Frequenz-, eine Intensitäts- und eine Kontingenzanalyse der 77 in die Arbeit eingeschlossenen Stellenanzeigen durch.

3.6 Triangulation

Die Triangulation beider Erhebungsteile hatte zum Ziel, die Einschätzung der (zukünftigen) Absolventen/-innen in Beziehung zu den Anforderungen des Beschäftigungs- und Versorgungssystems aus Sicht der Experten/-innen zu setzen sowie dieses Gefüge im Spiegel von Stellenanzeigen und aktuellen Positionen diverser Fachverbände darzustellen. Die retrospektive Bewertung der Ausbildung bzw. des Studiums durch die (zukünftigen) Absolventen/-innen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt wurde abgeglichen mit den Qualifikationserfordernissen, wie sie im Beschäftigungssystem formuliert werden. Das Forschungsprojekt stellt damit Daten bereit, wie die beiden neuen Ausbildungsformen strukturell und inhaltlich gestaltet werden können,

- dass sie die Schüler/-innen bzw. Studenten/-innen zukunftsfähig ausbilden und ihnen vielfältige berufliche Entwicklungsspielräume eröffnen,
- dass sie die aktuellen und zukünftigen Anforderungen aller Versorgungsbereiche in Tiefe und Breite angemessen abbilden.

In einem ersten Schritt wurden relevante Schnittpunkte und auffallende fehlende Schnittmengen gesucht. Dies betrifft mögliche Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der Arbeitgeber und den Plänen der (zukünftigen) Absolventen/-innen, den Vergleich der Befürchtungen dieser beiden Gruppen sowie Äußerungen im Hinblick auf die Ausbildungsqualität und auf die Beschäftigung der Absolventen/-innen und Möglichkeiten der Personalbindung.

Daran anschließend wurden Handlungsempfehlungen für die weitere pflegeberufliche Bildung sowie Anforderungen der Versorgungsbereiche formuliert, die die Umsetzung des neuen Pflegeberufegesetzes erleichtern sollen.

4 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

4.1 Befragung (zukünftiger) Absolventen/-innen

4.1.1 Pflegeausbildung/Pflegestudium

68 der Befragten aus der Pflegeausbildung absolvieren bzw. absolvierten eine generalistische Pflegeausbildung, die restlichen 27 absolvieren bzw. absolvierten eine integrative/integrierte Pflegeausbildung. Aufgrund des Modellcharakters sind verschiedene Kombinationen an Abschlüssen möglich und eine generalistische Pflegeausbildung bedeutet bisher nicht, dass ein Abschluss für alle drei Berufe erlangt wird. Am häufigsten vertreten ist in diesem Sample mit 38 % der Berufsabschluss „Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege“. Der „generalistische Abschluss“, also Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, weist eine Häufigkeit von 25 % auf. Die Ausbildung nimmt im Schnitt 3,2 Jahre in Anspruch. Das arithmetische Mittel der (voraussichtlichen) Abschlussnote beträgt 2,1.

59 der 75 Befragten aus dem Pflegestudium erwerben bzw. erwarben den Abschluss „Pflegestudium und Gesundheits- und Krankenpflege“. Den Abschluss „Pflegestudium und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ erwerben bzw. erwarben zehn der Befragten aus dem Pflegestudium. Die restlichen sechs Personen erwerben bzw. erwarben „sonstige Abschlüsse“ (2x Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe, 1x Pflegewirt, 1x Pflegestudiengang und Hebamme, 2x keine nähere Angabe). Die durchschnittliche Dauer des Studiums beträgt 3,7 Jahre und liegt damit nur fünf Monate über der durchschnittlichen Dauer der Ausbildung. Das arithmetische Mittel der Abschlussnote ist ebenfalls 2,1.

4.1.2 Ausgangsmotivation/Erwartungen

Das zweite Kapitel befasst sich mit der Motivation und den Erwartungen, die die Befragten aus der Pflegeausbildung und die

Befragten aus dem Pflegestudium vor Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums hatten.

Im Fragebogen wurden verschiedentlich Items vom Likert-Typ verwendet, jeweils mit einer fünfstufigen Antwortskala. In Anlehnung an die empirische Praxis werden die Variablen quasi-metrisch interpretiert (Bartholomew, Steele, Moustaki 2008, 245). Um der Äquidistanzforderung nachzukommen, wurden die Betitelungen der jeweiligen Stufen mit Sorgfalt ausgewählt.

Grafiken, die die Befragten aus der Pflegeausbildung betreffen, haben stets hellblaue Balken. Grafiken, die die Befragten aus dem Pflegestudium betreffen, haben orange Balken.

Die Befragten aus dem Pflegestudium wurden zu ihrer Motivation bzgl. der Aufnahme des Studiums gefragt. Hierfür wurden unterschiedliche Motive vorgegeben. Die Teilnehmer/-innen konnten auf einer fünfstufigen Skala angeben, inwiefern die Motive auf sie zutreffen. Wie bei allen weiteren im Verlauf der Datenanalyse analysierten Skalen wird je Item das arithmetische Mittel angegeben.

Abbildung 1: Motive zur Aufnahme des Studiums



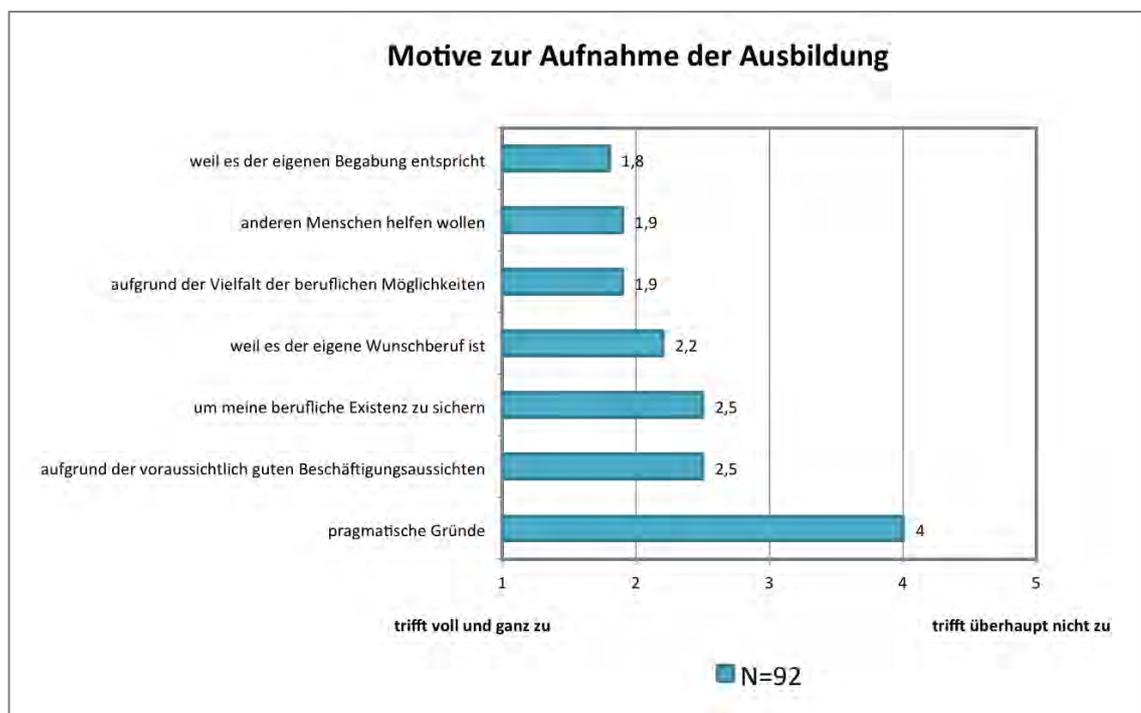
Die meisten der in den Items repräsentierten Merkmale haben bei den Befragten aus dem Pflegestudium eine bedeutende Rolle bei der Aufnahme des Studiums gespielt. Insbesondere die persönliche

Weiterentwicklung und das Motiv, anderen helfen zu wollen, stehen im Vordergrund. Die akademische Laufbahn steht an vierter Stelle – die drei wichtigsten Motive sind prinzipiell auch mit einer Pflegeausbildung in Einklang zu bringen. Führungsposition und Aufstiegsmöglichkeiten, beides Punkte, die mit diesem Pflegestudium angestrebt werden können, spielen eine untergeordnete Rolle. Abgeschlagen als relativ unwichtig sind pragmatische Gründe. Bei der Wahl des Studiums handelt es sich folglich um eine bewusste Entscheidung für den Lerninhalt und die Berufsmöglichkeiten.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,9 und 1,3. Die Mittelwerte repräsentieren die Meinung der Befragten verhältnismäßig gut; es herrscht wenig Uneinigkeit.

Im Fragebogen für die Auszubildenden wurde ebenfalls auf die Motivation und die Erwartungen in Bezug auf die Aufnahme der Ausbildung eingegangen. Die Fragen sind, soweit thematisch möglich, dieselben.

Abbildung 2: Motive zur Aufnahme der Ausbildung

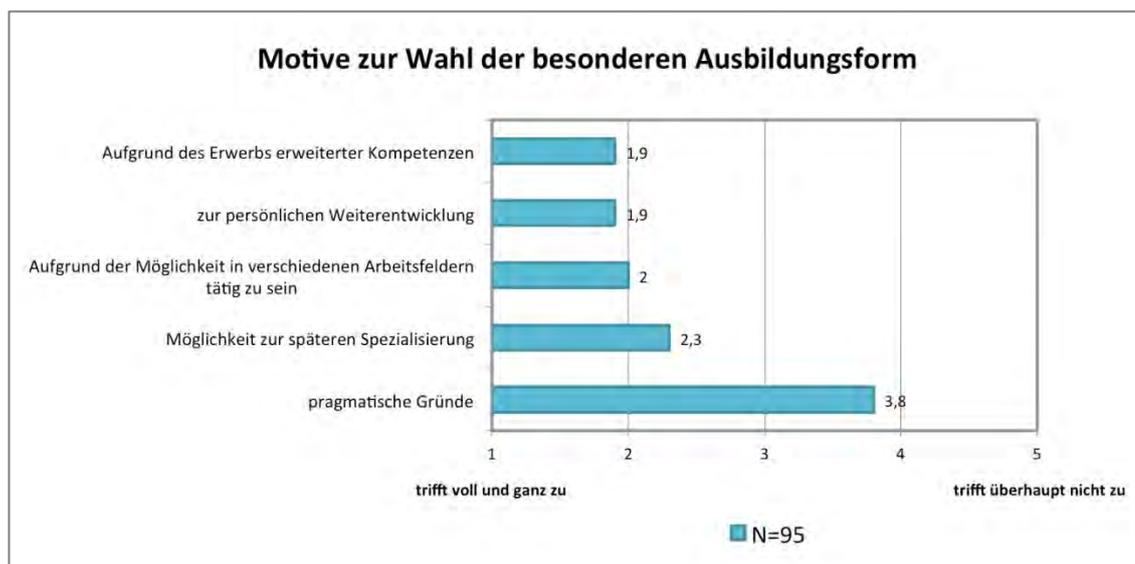


Für die Befragten aus der Pflegeausbildung stehen intrinsische Motive im Vordergrund. Bis auf „pragmatische Gründe“ spielen alle vorgegebenen Motive eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für die Ausbildung. Der sichere Platz auf dem Arbeitsmarkt wird zwar nicht als unwichtig angesehen, spielt aber im Vergleich zu den anderen Motiven eine eher untergeordnete Rolle.

Ergänzend wurde gefragt, mit welcher Motivation die spezielle neue Pflegeausbildung anstatt einer gewöhnlichen Pflegeausbildung begonnen wurde.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,9 und 1,3. Die Mittelwerte repräsentieren die Meinung der Befragten verhältnismäßig gut, es herrscht wenig Uneinigkeit.

Abbildung 3: Motive zur Wahl der besonderen Ausbildungsform



Es ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den allgemeinen Motiven und Erwartungen. Im Vordergrund stehen die Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung; pragmatische Gründe spielen kaum eine Rolle. Das Kernmerkmal der besonderen Ausbildungsform, nämlich die Möglichkeit, in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig zu werden, ist für die Befragten ein wichtiges Motiv.

Die Streuung der angegebenen Werte ist erneut gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 1,0 und 1,4. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Die Befragungsteilnehmer/-innen wurden außerdem in Form von offenen Fragen zu ihren drei bevorzugten Einsatzorten der Praxiseinsätze während ihres Studiums befragt. Da es möglich war, weniger als drei Angaben zu machen, ist die Gesamtzahl der genannten Einsatzorte nicht das Dreifache der Teilnehmerzahl. Der Häufigkeit nach sortiert ergibt sich nachfolgendes Bild. Der Übersicht wegen werden Einsatzorte mit nur ein oder zwei Nennungen nicht angezeigt. Einsatzorte, die der Organisation Krankenhaus zugeordnet sind, sind entsprechend mit der Abkürzung Kh. gekennzeichnet.

Auffallend ist die starke Neigung hin zur Chirurgie. Die sechs meistgenannten Einsatzorte haben gemein, dass existenzielle Ereignisse und schnelle Handlungsabfolgen zum Berufsalltag gehören. Anscheinend sind diese Charakteristika den Befragten aus dem Pflegestudium wichtig bei ihren Praxiseinsätzen. Auffallend sind auch die vielen Nennungen für die Psychiatrie, welche hier als Pendant zu den restlichen somatischen Versorgungsbereichen steht. Es ist anzunehmen, dass die Kooperation der Hochschule Ravensburg-Weingarten mit den südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie ein Grund für die vielen Nennungen des Einsatzortes „Psychiatrie“ ist. Die Altenpflege erscheint nicht im Schaubild: Auf sie fällt keine Nennung. Auch die Befragten aus der Pflegeausbildung wurden nach ihren drei bevorzugten Einsatzorten befragt. Erneut werden Einsatzorte mit nur ein oder zwei Nennungen nicht berücksichtigt.

Abbildung 4: 3 bevorzugte Einsatzorte während des Studiums

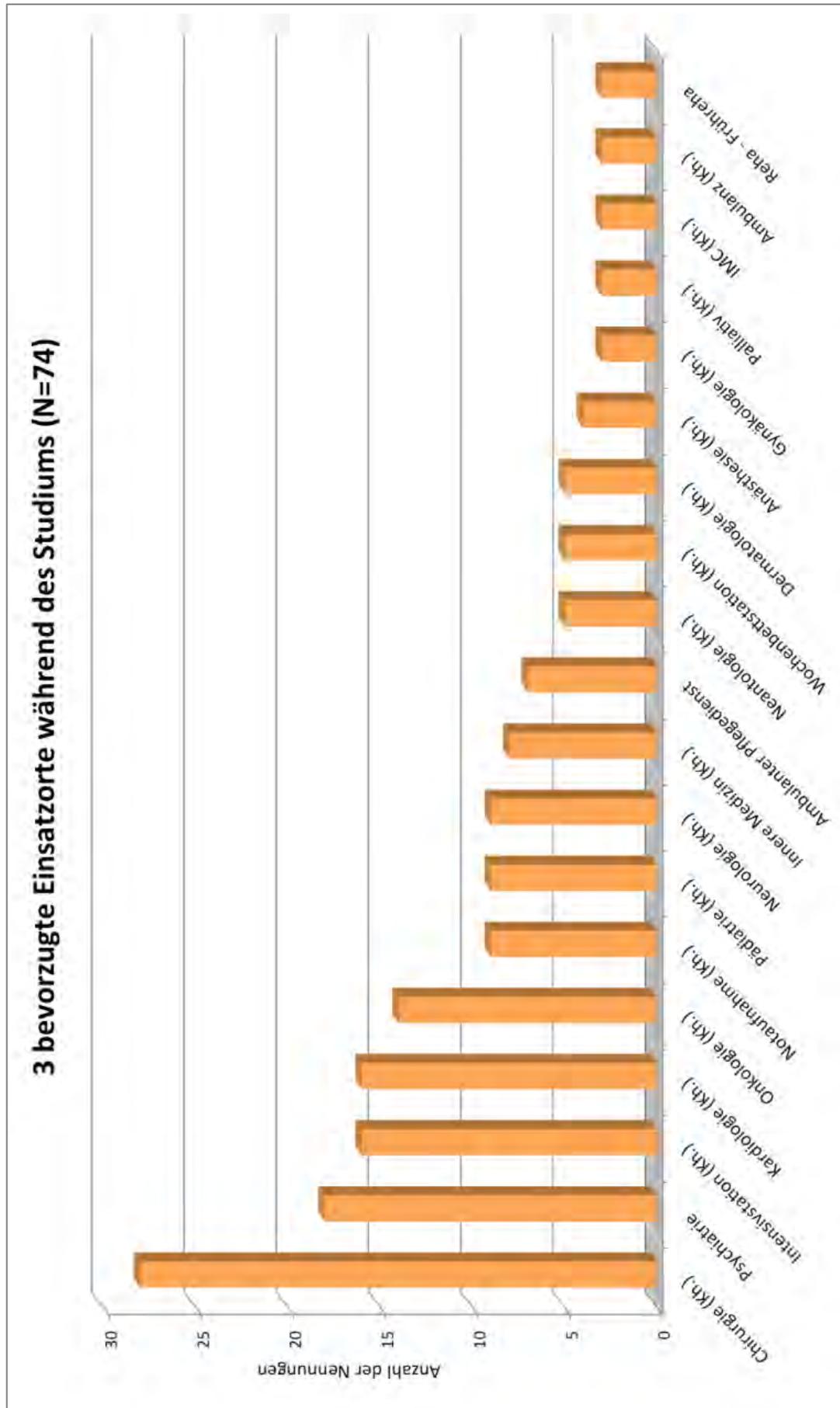
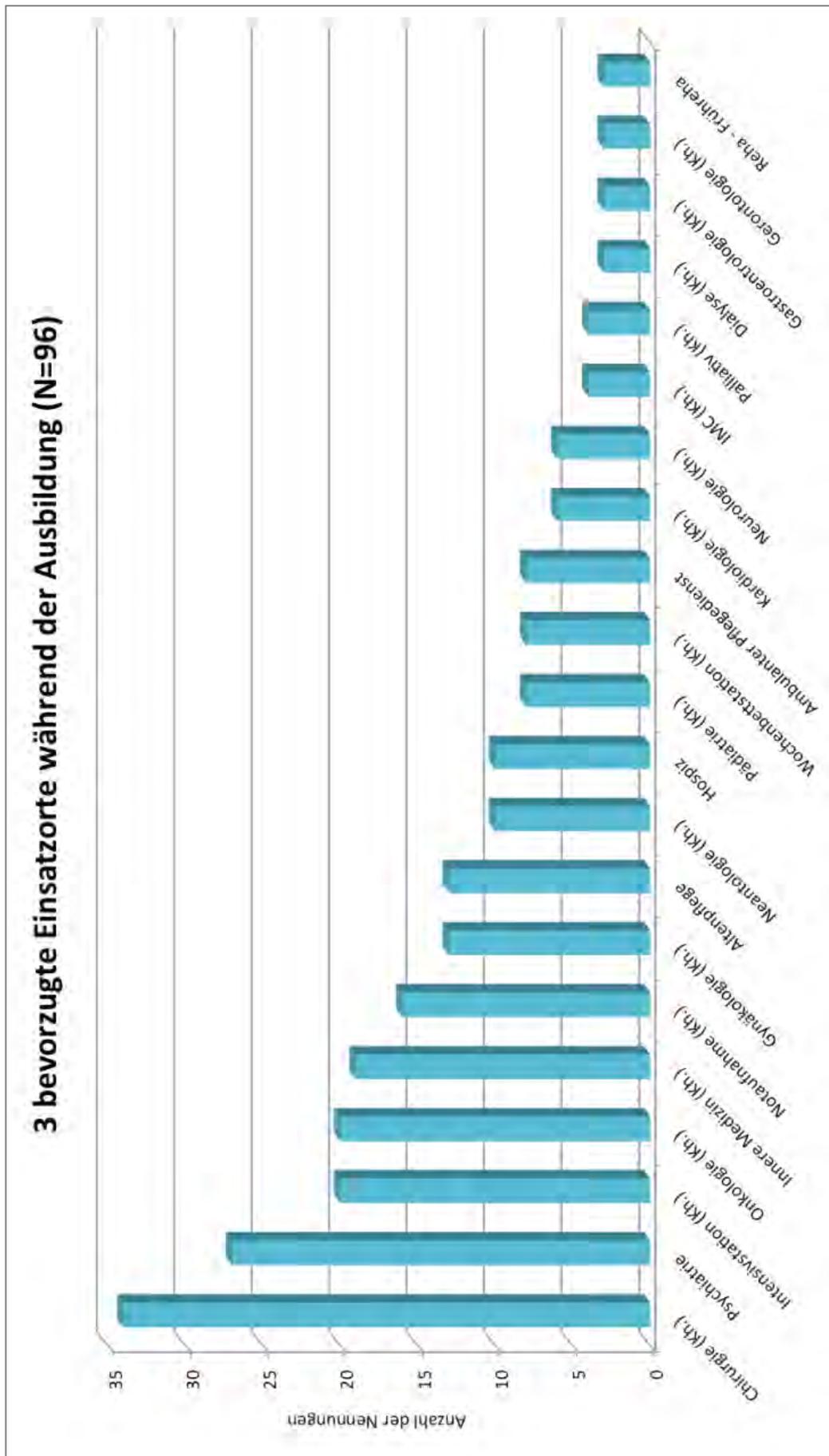


Abbildung 5: 3 bevorzugte Einsatzorte während der Ausbildung



Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Befragten aus dem Pflegestudium: Die Chirurgie steht klar im Vordergrund. Die ersten sechs Ränge sind wiederum von Einsatzorten belegt, die für einschneidende Ereignisse und rasche Handlungsabfolgen bekannt sind. Lediglich die Kardiologie liegt bei den Befragten aus der Pflegeausbildung deutlich weiter hinten als bei den Befragten aus dem Pflegestudium. Die Altenpflege liegt bei den Befragten aus der Pflegeausbildung auf Rang acht. Eine mögliche qualitativ und quantitativ schlechtere Praxisanleitung in den Pflegeheimen könnte ein Grund dafür sein, dass Praxiseinsätze dort in der Beliebtheit nicht mit vielen der Einsatzorte im Krankenhaus konkurrieren können. Fakt ist, dass die Anforderungen der Qualifizierung von Praxisanleiter/-innen in der Altenpflege weniger verbindlich sind als in der Krankenpflege (Knese 2012, 40). Im Zuge des ver.di Pflegeausbildungsreports wurden Pflegeschüler/-innen zu ihrer Einschätzung der Qualität und Quantität der Praxisanleitung befragt (ver.di 2012, 27-32). Die Aussagen sind heterogen und unterstützen nicht die These, dass die Praxisanleitung in Pflegeheimen schlechter ist als in Krankenhäusern.

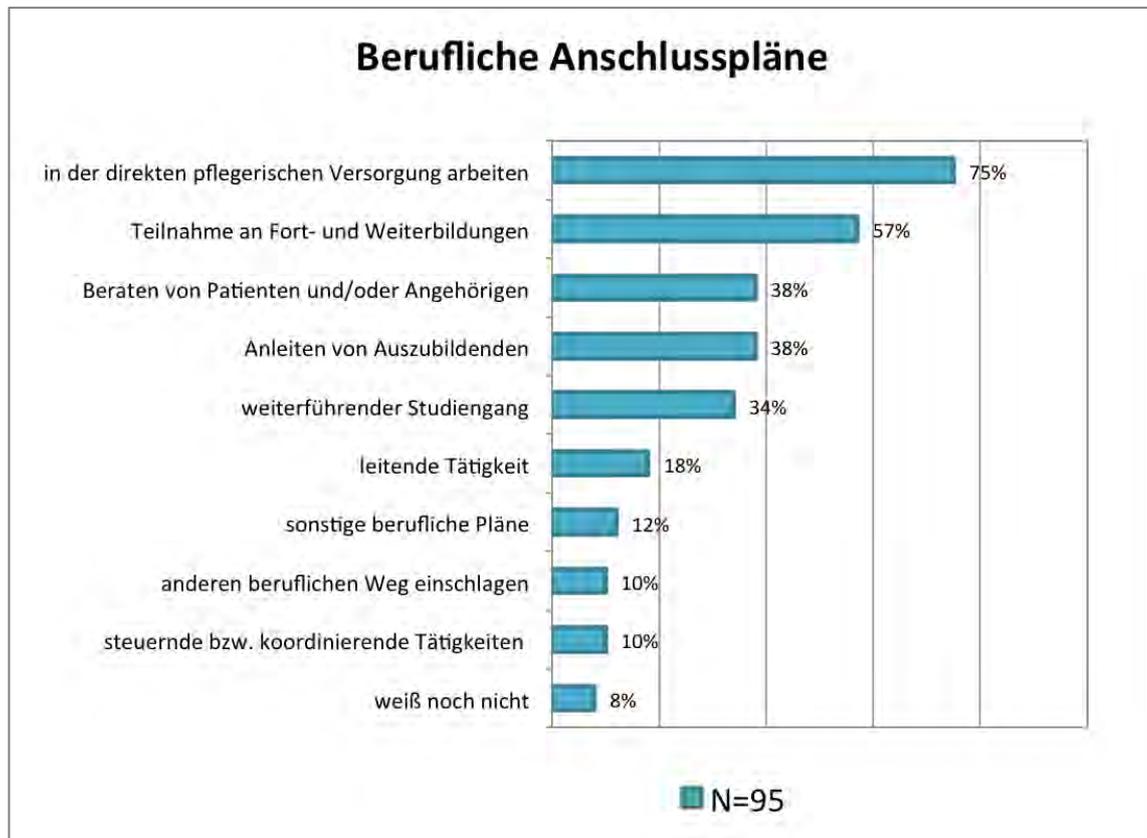
4.1.3 Berufliche Anschlusspläne/Bewerbungsverhalten

Die Teilnehmer/-innen wurden zu ihren beruflichen Anschlussplänen sowie ihrem Bewerbungsverhalten gefragt. Die Fragen sind in Bezug auf den chronologischen Verlauf vom Ende der Ausbildung bzw. des Studiums bis hin zum Einstieg in den Beruf sortiert. Um diesen chronologischen Verlauf besser nachzuvollziehen, wird nicht jede Frage der Befragten aus der Pflegeausbildung und der Befragten aus dem Pflegestudium direkt verglichen, wie es in den übrigen Kapiteln der Fall ist. Es werden zuerst alle Fragen der Befragten aus der Pflegeausbildung behandelt.

Für die Befragten aus der Pflegeausbildung ergibt sich auf die Frage „Welche beruflichen Pläne hatten oder haben Sie unmittelbar im Anschluss an Ihre Pflegeausbildung?“ das nachstehende Bild. Pro Item

konnte mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden. Die Prozentangaben beziehen sich somit nur auf das jeweilige Item und nicht auf alle Items.

Abbildung 6: Berufliche Anschlusspläne

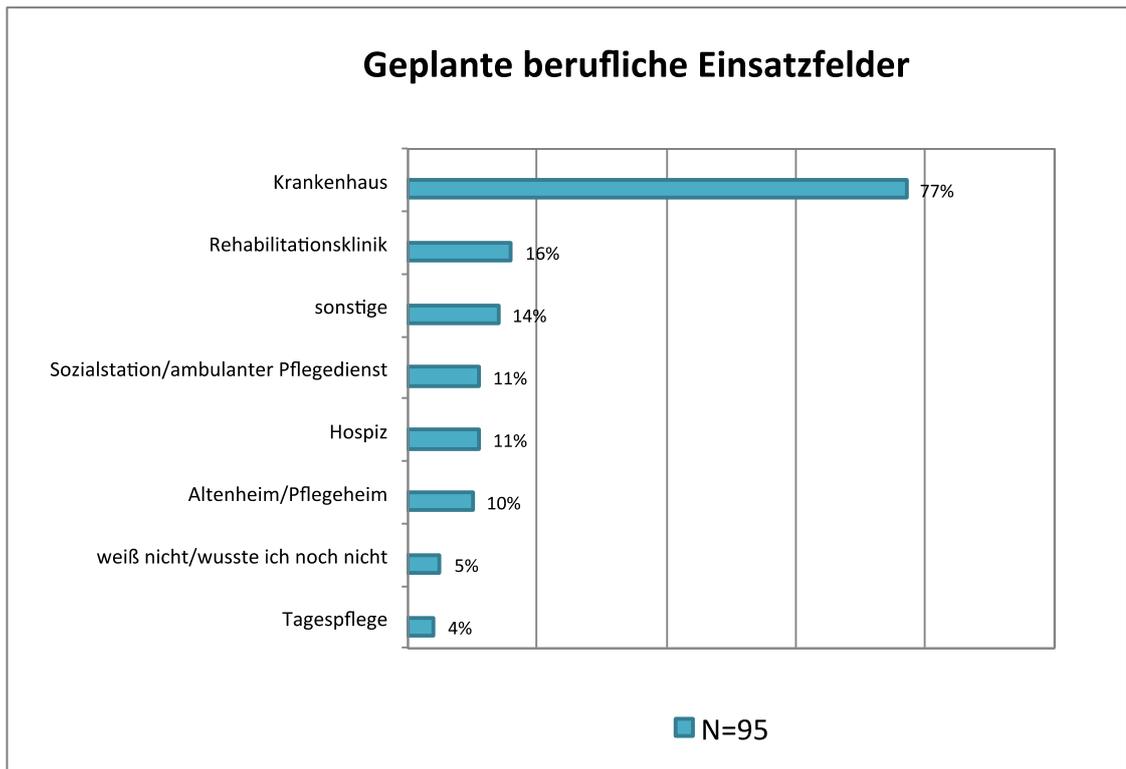


Die Befragten aus der Pflegeausbildung scheinen sehr genau zu wissen, was sie wollen. In erster Linie wollen sie in der direkten pflegerischen Versorgung arbeiten. Dies ist – bzw. war – der Plan von drei Viertel der Befragten aus der Pflegeausbildung. Mehr als die Hälfte ist außerdem weiterbildungswillig. 18 % der Befragten planen eine leitende Tätigkeit. Diese Pläne sind stark geschlechtsspezifisch: Während 53 % der befragten Männer eine leitende Tätigkeit anstreben, sind es bei den Frauen nur 14 %. Ein Drittel der Befragten aus der Pflegeausbildung plant einen weiterführenden Studiengang. Damit würden sie zwar zeitweise dem Arbeitsmarkt fehlen. Allerdings kommen sie anschließend mit gestärkter Bildungskraft zurück. Der Wunsch nach einem weiterführenden Studium nach Beendigung der Ausbildung kann davon abhängen, ob man bereits das Abitur oder die

Fachhochschulreife erworben hat. Mit solch einem Abschluss ist der Zugang zu einem Studium faktisch und womöglich auch mental einfacher. Deshalb wurde per Korrelation untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Existieren des Abiturs bzw. der Fachhochschulreife und dem Plan, ein Studium zu absolvieren, besteht. Der Phi-Koeffizient ist mit 0,28 niedrig, sodass man nicht von einem Zusammenhang sprechen kann. 10 % der Befragten wollen andere berufliche Wege einschlagen. Über die Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Womöglich haben die Praxiserfahrungen während der Ausbildung bereits negativ auf die Befragten aus der Pflegeausbildung eingewirkt. Der Verlust von 10 % der Auszubildenden für den Arbeitsmarkt ist zwar nicht erfreulich, allerdings ist ein Berufswechsel nach Abschluss einer dualen Ausbildung in Deutschland nicht ungewöhnlich. Nur 52 % der Absolventen/-innen einer dualen Berufsausbildung arbeiten in dem Beruf, für den sie ausgebildet wurden. 32 % wechseln in einen verwandten Berufszweig, während 16 % sich komplett umorientieren (Hall 2015, 4). Auch im Vergleich zu den Auszubildenden der herkömmlichen Pflegeausbildungen erscheinen die 10 % in einem positiveren Licht. Dem repräsentativen ver.di Pflegeausbildungsreport 2012 (ver.di 2012, 50) zufolge wollen 15 % der Auszubildenden nach Berufsabschluss nicht in diesem Beruf arbeiten. Weitere 16 % sind sich noch unsicher, ob sie in dem Beruf arbeiten wollen. Trotz der gewissen Normalität von Berufswechseln nach Abschluss einer Berufsausbildung sollte aufgrund des Pflegenotstands alles daran gesetzt werden, Pflegefachkräfte in ihrem Beruf zu halten.

Neben der Frage zu den beruflichen Anschlussplänen wurde nach den geplanten beruflichen Einsatzfeldern gefragt. Pro Item konnte wiederum mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden.

Abbildung 7: Geplante berufliche Einsatzfelder



Die Aussage dieser Grafik ist eindeutig. Die Mehrzahl, nämlich 77 % der Befragten aus der Pflegeausbildung, wollen im Krankenhaus arbeiten. Der Plan, im Altenheim/Pflegeheim zu arbeiten, liegt bei lediglich 10 % und damit sogar hinter den beruflichen Einsatzfeldern Rehabilitationsklinik, Sozialstation/ambulanter Pflegedienst und Hospiz. Nur die Tagespflege schneidet noch schlechter ab. Nicht zuletzt aufgrund der Verschiebung der Alterspyramide sind alte Menschen ein großer Anteil der Patient/-innen in den Krankenhäusern. Die Pflege von Morgen muss auch deshalb insgesamt stark alterssensibel werden. Im weiteren Verlauf des Fragebogens wird die Stellensuche thematisiert. Von Interesse ist hierbei insbesondere, welche Gründe für die individuelle Passung von Stellenangeboten wichtig sind. Die Teilnehmer/-innen konnten auf einer fünfstufigen Skala angeben, inwiefern die Gründe auf sie zutreffen.

Abbildung 8: Gründe für Auswahl von Stellenangeboten



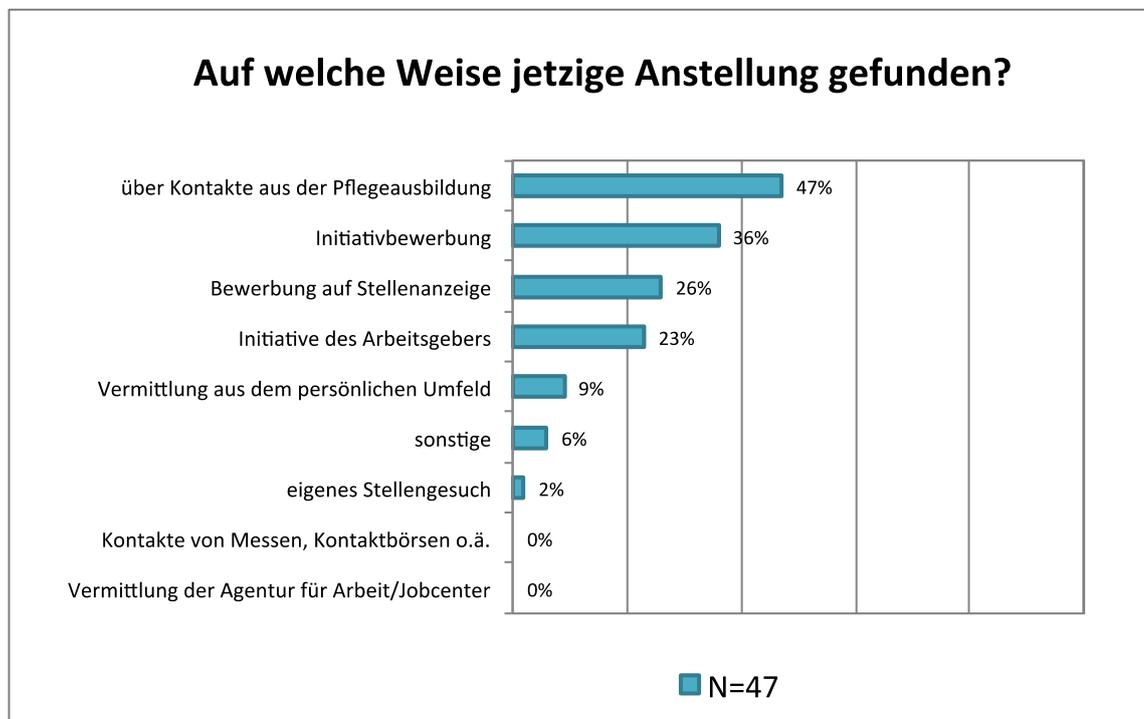
Fast alle vorgegebenen Gründe werden als wichtig erachtet, wobei an erster Stelle die Art der Tätigkeit steht. Alle weiteren als wichtig genannten Gründe liegen eng zusammen. Auffällig ist einzig der Grund „Identifikation mit dem Arbeitgeber“. Dieser Aspekt wird nicht als wichtig, jedoch auch nicht als unwichtig angesehen. Alle anderen Gründe haben aber eine deutlich stärkere Bedeutung bei der Auswahl der Stellenangebote.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,6 und 1,4. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Fragen bzgl. der Anzahl der Bewerbungen und der Dauer der Stellensuche ergeben eindeutig, dass Stellen leicht zu finden sind. Es sind wenige Bewerbungen und Vorstellungsgespräche nötig, Absagen sind selten. Nur eine Person war zwei Monate auf Stellensuche. 95 % der Befragten aus der Pflegeausbildung haben innerhalb eines Monats eine Anstellung gefunden. Diese Zahlen sind aufgrund des Pflegenotstands nicht verwunderlich.

Aufschlussreich ist die Frage nach der Art und Weise, wie die aktuelle Arbeitsstelle gefunden wurde. Erneut konnte pro Item mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden.

Abbildung 9: Stellensuche

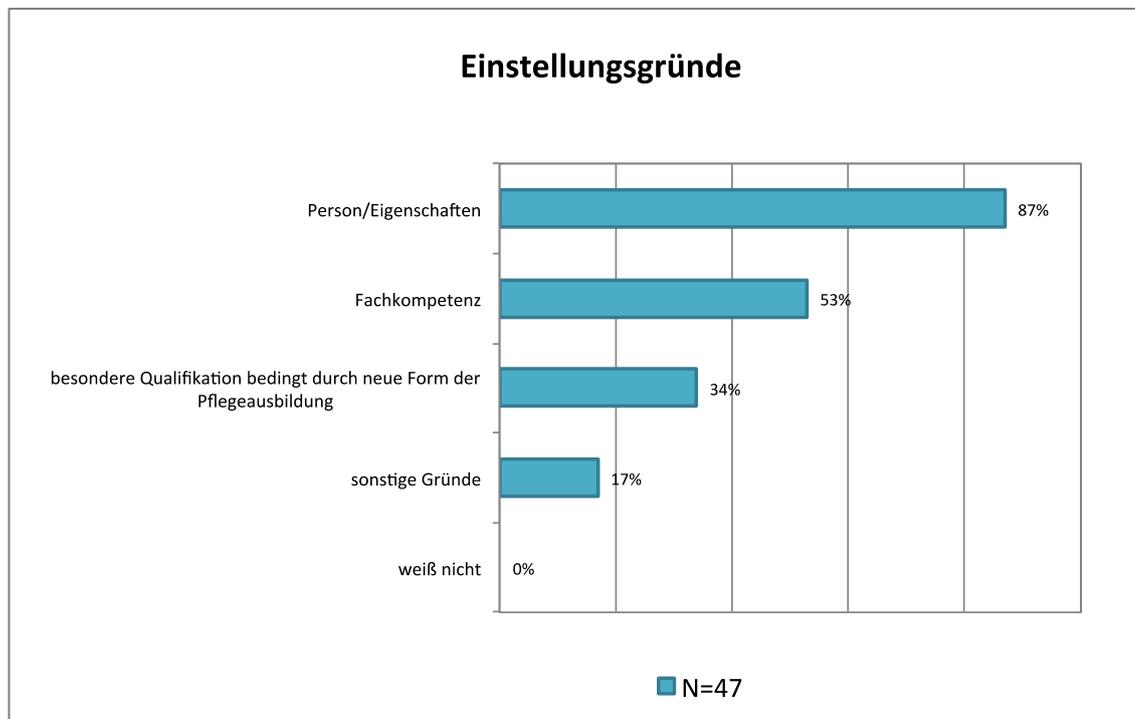


Nahezu die Hälfte der Befragten haben ihre Arbeitsstelle über Kontakte aus der Ausbildung gefunden. Stellenausschreibungen führten bei 26 % der Befragten zum Erfolg. Diese Gegenüberstellung spricht eine deutliche Sprache: Arbeitgeber profitieren davon, Schüler/-innen während der Ausbildung für sich zu gewinnen. Die Agentur für Arbeit bzw. das Jobcenter spielen bei unseren Befragten keine Rolle.

Dem Großteil der Arbeitgeber, nämlich 72 %, war laut Angaben der Befragten aus der Pflegeausbildung die besondere Form der Pflegeausbildung bekannt. Dies zeigt aber auch, dass es noch einiges an Zeit und Aufklärung braucht, um allen Akteuren der Branche diese Ausbildungsform nahezubringen. Allerdings suchten 19 % der Arbeitgeber, den Angaben der Befragten aus der Pflegeausbildung zufolge, speziell eine/n Arbeitnehmer/in mit solch einer besonderen Ausbildungsform.

Die letzte Frage in diesem Themenblock bezieht sich auf die Einstellungsgründe: „Was waren aus Ihrer Sicht Gründe für Ihre jetzige Anstellung?“ Wiederum handelt es sich um eine Mehrfachantwort, wobei je Item mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden konnte.

Abbildung 10: Einstellungsgründe

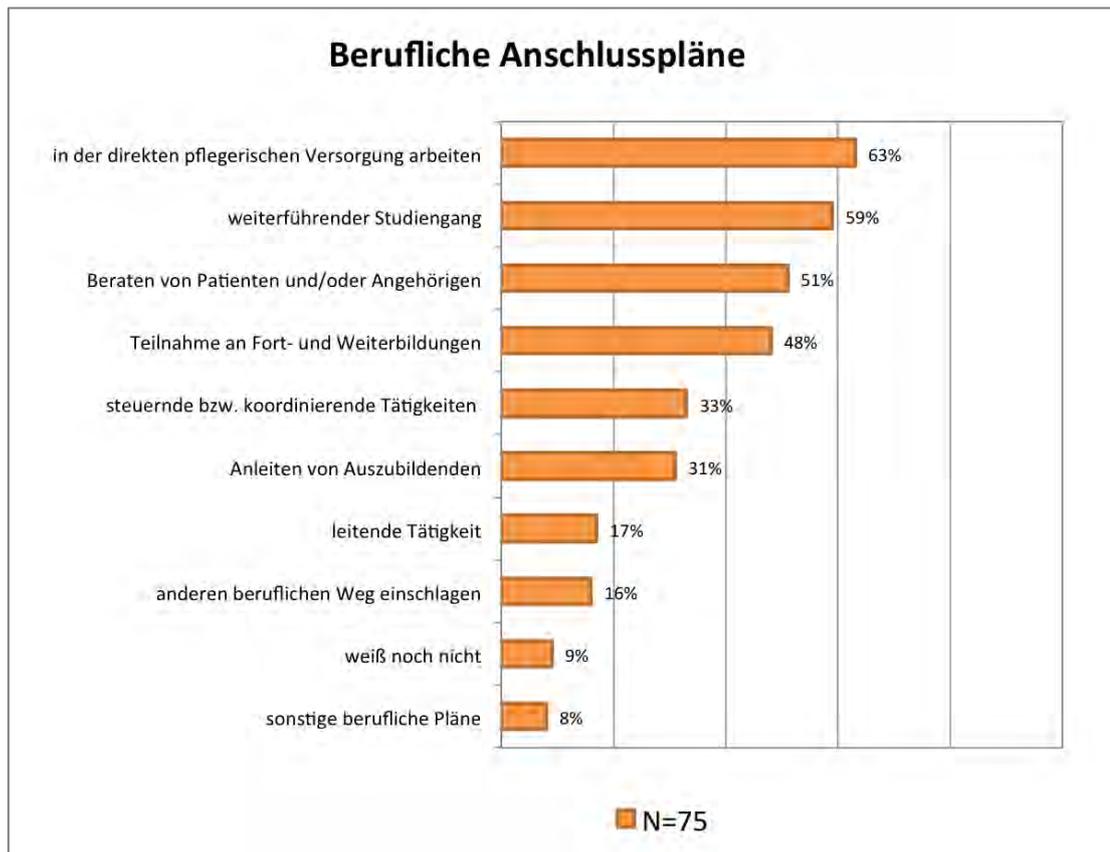


Die Befragten gehen davon aus oder wissen, dass ihre Persönlichkeit das wichtigste Argument für ihre Anstellung war. Fachkompetenz spielt bei der Hälfte der Befragten aus der Pflegeausbildung eine Rolle. Außerdem hat die besondere Qualifikation durch die neue Ausbildungsform einen bedeutsamen Einfluss. Ein Drittel der Befragten ist der Meinung, dass dies ein Grund für die Anstellung war. Bei der Beurteilung der Grafik ist zu beachten, dass eine generalistische Ausbildung sich auch in der Fachkompetenz widerspiegelt.

Da nur sieben der Befragten aus dem Pflegestudium ihr Studium zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens bereits abgeschlossen haben, sind die betreffenden Aspekte der Befragung nicht aufschlussreich und werden nicht ausgewertet. Das bedeutet, dass für den Themenblock „Berufliche Anschlusspläne/Bewerbungsverhalten“ nur die Fragen und Antworten der Befragten aus dem Pflegestudium

behandelt werden, die sich auf Pläne und Verhalten vor dem Abschluss des Studiums konzentrieren. Die Methodik der Fragen ist jeweils dieselbe wie bei den Fragen für die Befragten aus der Pflegeausbildung.

Abbildung 11: Berufliche Anschlusspläne

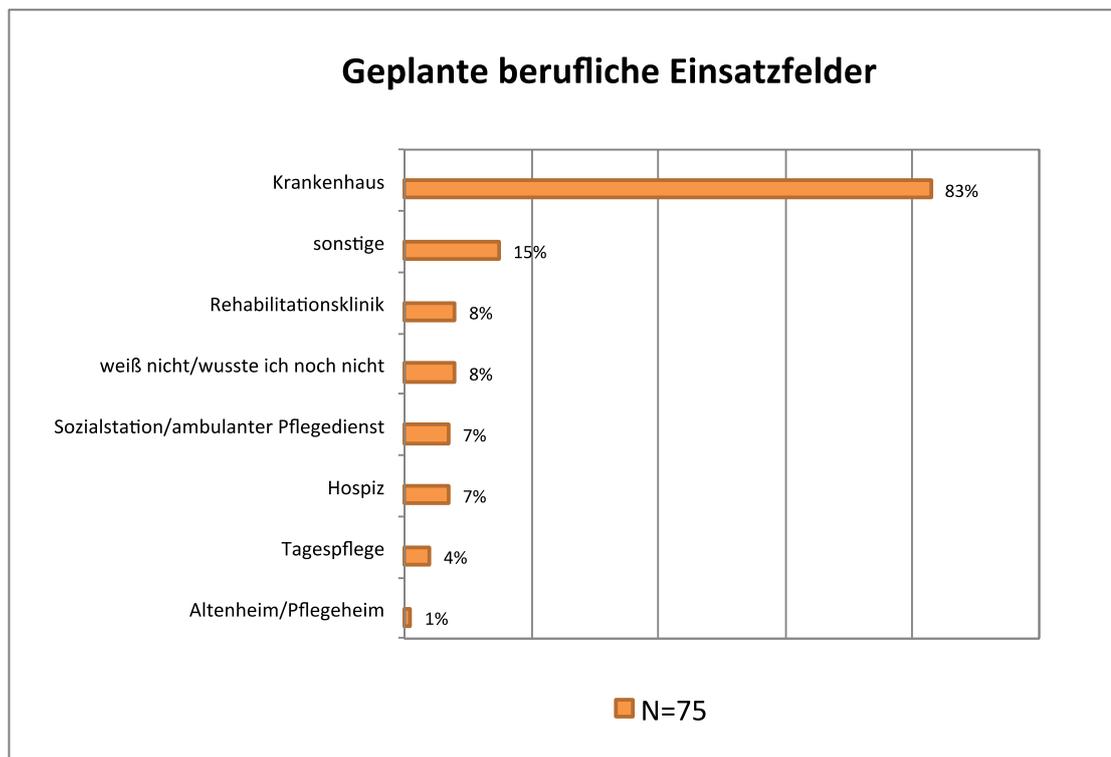


Im Vergleich zu den Befragten aus der Pflegeausbildung sind die Pläne der Befragten aus dem Pflegestudium breiter gefächert. Dies erscheint logisch aufgrund der erlangten Qualifikation durch das Hochschulstudium. Die knappe Mehrzahl der Befragten aus dem Pflegestudium plant, in der direkten Pflege tätig zu werden. Ein mit 59 % ebenfalls hoher Anteil plant einen weiterführenden Studiengang und steht somit dem Arbeitsmarkt vorerst nicht zur Verfügung. Alarmieren dürfte die Anzahl derer, die einen anderen beruflichen Weg einschlagen möchten. Dies sind 16 % der Befragten. Leider gibt es keine Studien, die einen Vergleich zu Berufswechseln von Hochschulabsolventen/-innen im Allgemeinen ermöglichen. Die Pläne der Befragten aus dem Pflegestudium bzgl. der leitenden Tätigkeiten sind im Gegensatz zu

denen der Befragten aus der Pflegeausbildung nicht geschlechtsspezifisch.

Wie bei den Befragten aus der Pflegeausbildung fallen die Antworten zu der Frage nach dem geplanten Versorgungsbereich eindeutig aus.

Abbildung 12: Geplante berufliche Einsatzfelder



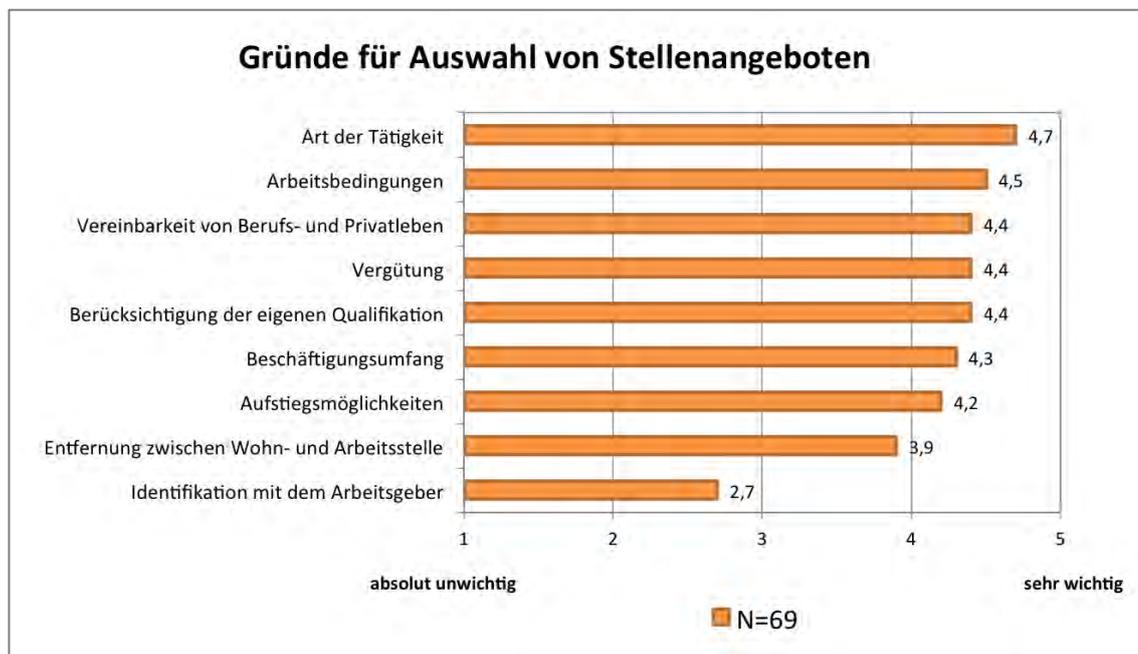
Die große Mehrzahl will im Krankenhaus arbeiten. Alle anderen zur Antwortauswahl stehenden Bereiche spielen in der Planung der Befragten aus dem Pflegestudium eine wesentlich geringere Rolle. Die Altenpflege wird lediglich von einer einzigen Person angestrebt.

Ein Grund für die hohe Anzahl derer, die im Krankenhaus arbeiten wollen, könnte auch an der Strukturierung der Studiengänge liegen. Einige Hochschulen bilden überwiegend oder ausschließlich im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege aus. Folglich sind auch Krankenhäuser oftmals die einzigen Praxispartner während des Studiums, was zu einer gewissen Sozialisation der Studierenden führen kann. Da im Fragebogen nicht der Hochschulort abgefragt wurde, lässt sich der Einfluss der Hochschule auf die beruflichen Pläne der (zukünftigen) Absolventen/-innen hinsichtlich des Versorgungsbereichs,

in dem sie arbeiten möchten, nicht erheben. Angesichts dieser Priorisierung von Tätigkeitsfeldern in der akut-stationären Versorgung ist es erforderlich, die Akademisierung der Pflege von Beginn an generalistisch auszulegen.

Auf die Thematik „Zukunftspläne“ folgten Fragen zu Bewerbungsverhalten und Stellenauswahl.

Abbildung 13: Gründe für Auswahl von Stellenangeboten



Auch den Befragten aus dem Pflegestudium sind fast alle vorgegeben Gründe für die Auswahl von Stellenangeboten wichtig bis sehr wichtig. Sogar die Reihenfolge der Wichtigkeit stimmt bei den Befragten aus dem Pflegestudium und den Befragten aus der Pflegeausbildung überein. Auch bei den Befragten aus dem Pflegestudium ist die Identifikation mit dem Arbeitgeber der einzige Aspekt, der nicht von großer Bedeutung ist. Die Arbeitgeber müssen folglich Strukturen gestalten, die den Bedürfnissen und (neuen) Qualifikationen der Pflegefachkräfte gerecht werden, um sie für sich zu gewinnen.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,5 und 1,2. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

4.1.4 Berufseinstieg

Der nächste Themenblock im Fragebogen behandelt den Berufseinstieg. Da lediglich sieben Teilnehmer der Befragten aus dem Pflegestudium bereits ihr Studium beendet haben, wird nur der Berufseinstieg der Befragten aus der Pflegeausbildung ausgewertet.

Während im vorherigen Themenblock die während der Ausbildung favorisierten Arbeitsfelder thematisiert wurden, wird an dieser Stelle das tatsächliche Arbeitsfeld der ersten beruflichen Tätigkeit nach Abschluss der Berufsausbildung erfragt. 78 % der Befragten aus der Pflegeausbildung arbeiten bzw. arbeiteten nach der Pflegeausbildung im Krankenhaus. Diese Zahl deckt sich mit den Plänen der Befragten aus der Pflegeausbildung: 7 % der Befragten arbeiten bzw. arbeiteten in einer Rehabilitationsklinik und 6 % in einem Altenheim. Die restlichen Angaben verteilen sich auf die Kategorien „sonstige“ und „Hospiz“.

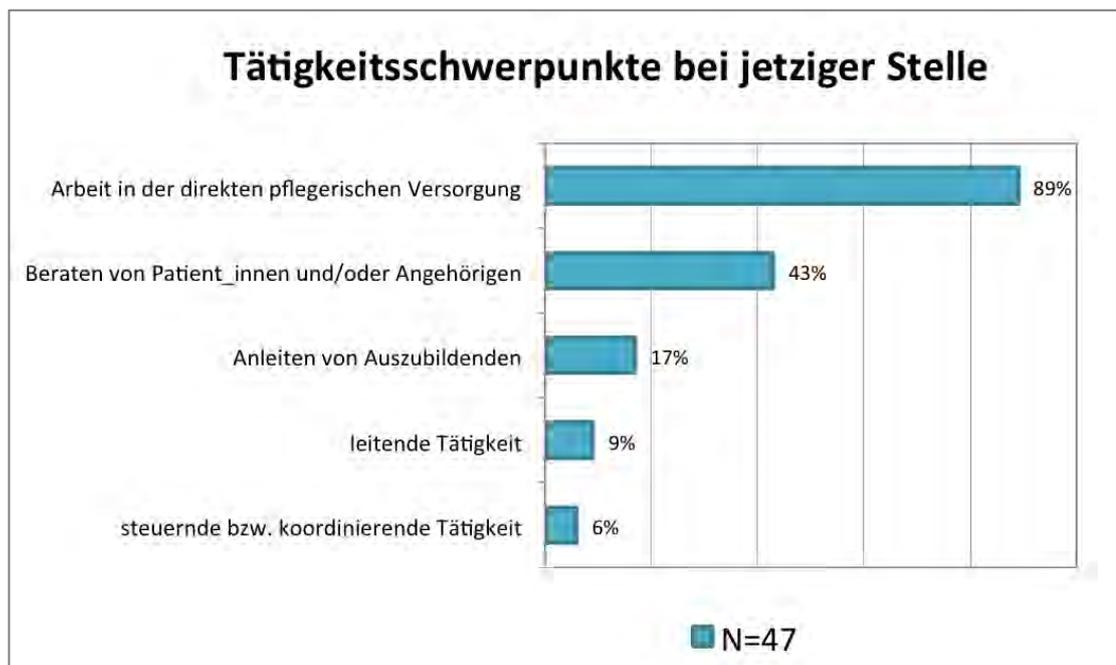
87 % der Befragten geben an, dass das Arbeitsfeld der ersten Tätigkeit ihr Wunschtätigkeitsbereich war. Fast alle der übrigen 13 % arbeiten im Krankenhaus. Das bedeutet, dass die hohe Anzahl der Befragten, die im Krankenhaus beschäftigt sind, sich nicht ausschließlich aus der persönlichen Präferenz der Befragten ergibt.

Neben dem beruflichen Einsatzfeld wurde auch das Berufsfeld der ersten Tätigkeit nach dem Berufsabschluss erfragt. Die meisten, nämlich 83 %, arbeiteten bzw. arbeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege, 9 % in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und nur 6 % in der Altenpflege. Diese Verteilung auf die Pflegeberufe entspricht nicht dem Verhältnis der Personalverteilung auf die Pflegeberufe insgesamt. Im Jahr 2014 arbeiteten in der Gesundheits- und Krankenpflege 69 %, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 1 % und in der Altenpflege 30 % der Pflegefachkräfte (jeweils ohne Helferberufe, vgl. Statistisches Bundesamt 2014). Dem Berufsbildungsbericht 2016 folgend befinden sich 48 % der Pflegeauszubildenden in der Altenpflege, 47 % in der Gesundheits- und Krankenpflege und 5 % in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (BMBF 2016, 80).

Es wurden zudem die weiteren beruflichen Einsatzfelder der aktuellen Tätigkeiten erfragt. Hieraus ergeben sich keine Abweichungen im Vergleich zu ihrer Erstanstellung. Dies liegt vermutlich hauptsächlich daran, dass viele der Befragten noch ihrer ersten Tätigkeit nachgehen. Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Die Altenpflege scheint weder während der Ausbildung noch für die spätere Berufstätigkeit ein attraktives Arbeitsfeld für die Befragten aus der Pflegeausbildung zu sein.

Die Tätigkeitsschwerpunkte der aktuellen Stelle werden im folgenden Diagramm veranschaulicht. Jedes Item konnte mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf das jeweilige Item.

Abbildung 14: Tätigkeitsschwerpunkte bei jetziger Stelle



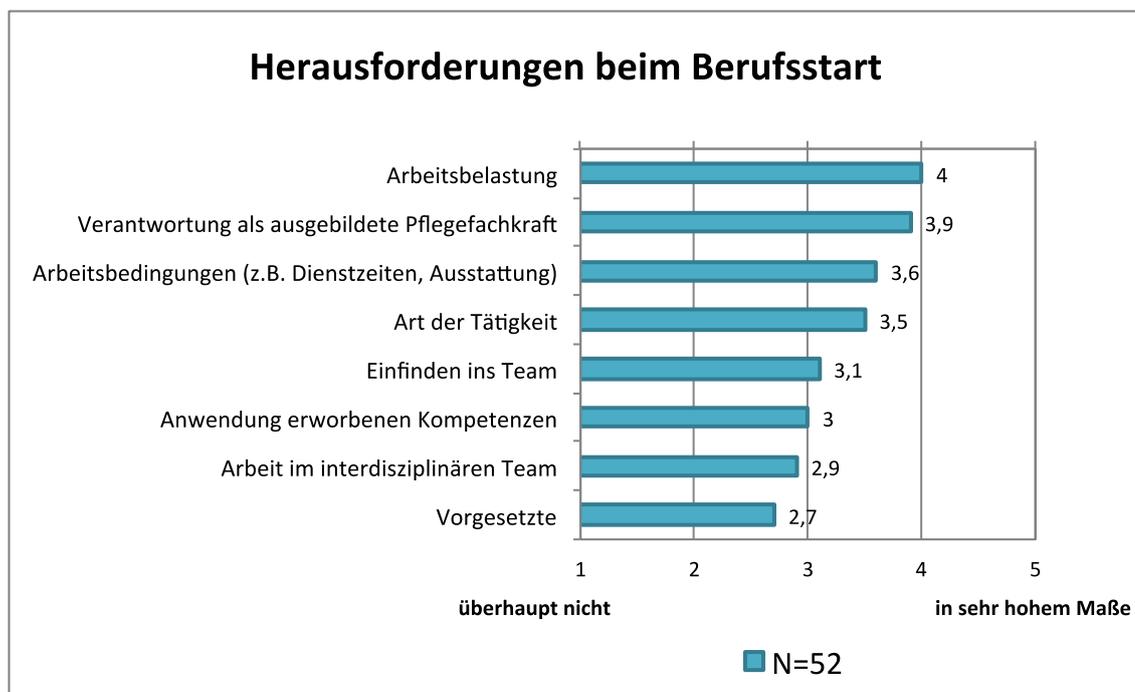
Die Tätigkeit in der direkten Pflege wird hier häufiger genannt, als sie von den Befragten aus der Pflegeausbildung während ihrer Ausbildung angestrebt wurde. Einen wichtigen Stellenwert nimmt außerdem das Beraten von Patienten/-innen und Angehörigen ein. Führungs-/Leitungsaufgaben spielen eine untergeordnete Rolle.

Aufschluss über den Verbreitungsgrad neuer Pflegeausbildungsstrukturen sollte die Frage „Arbeiten in ihrem jetzigen

beruflichen Umfeld Fachkräfte, die eine generalistische oder integrative/integrierte Pflegeausbildung absolviert haben?“ liefern. 53 % der Befragten bejahen diese Frage. Womöglich ergibt sich dieser hohe Anteil aufgrund einer Gruppierung derer, die solch eine Ausbildung absolviert haben.

Während einige große Herausforderungen von Pflegefachkräften im Berufsalltag hinlänglich bekannt sind, interessieren nun Herausforderungen beim Berufsstart, die womöglich aus der besonderen Qualifikationsform resultieren. Die Teilnehmer/-innen konnten auf einer fünfstufigen Skala angeben, inwiefern die vorgegebenen Herausforderungen auf sie zutreffen.

Abbildung 15: Herausforderungen beim Berufsstart

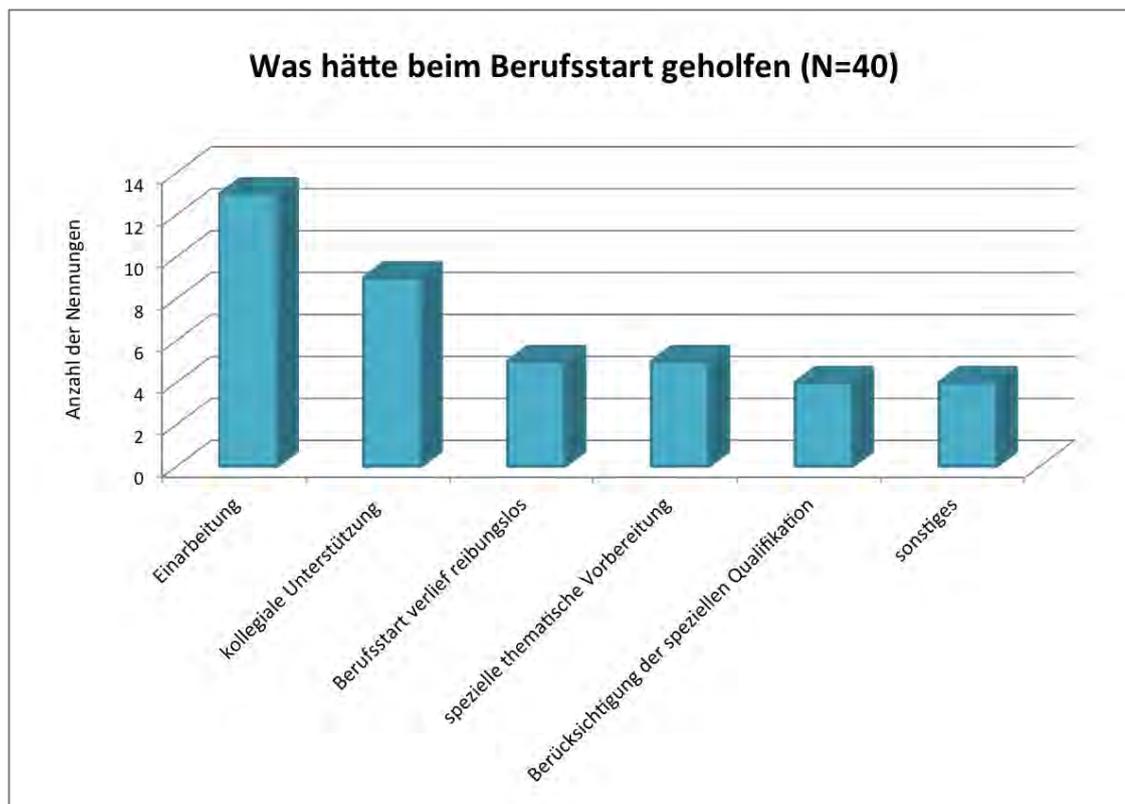


An erster Stelle wird die Arbeitsbelastung genannt, gefolgt von Verantwortung und Arbeitsbedingungen. Die Anwendung der während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen ist zwar keine große Herausforderung. Allerdings scheint dies auch kein einfaches Unterfangen zu sein. Keiner der vorgegeben Aspekte wurde als nicht herausfordernd bewertet.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,9 und 1,3. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

An die vielen Herausforderungen anknüpfend stellt sich die Frage: „Was hätte Ihnen beim Berufseinstieg geholfen?“ Hierbei handelt es sich um eine offene Frage. Die Antworten wurden kategorisiert.

Abbildung 16: Hilfe beim Berufsstart



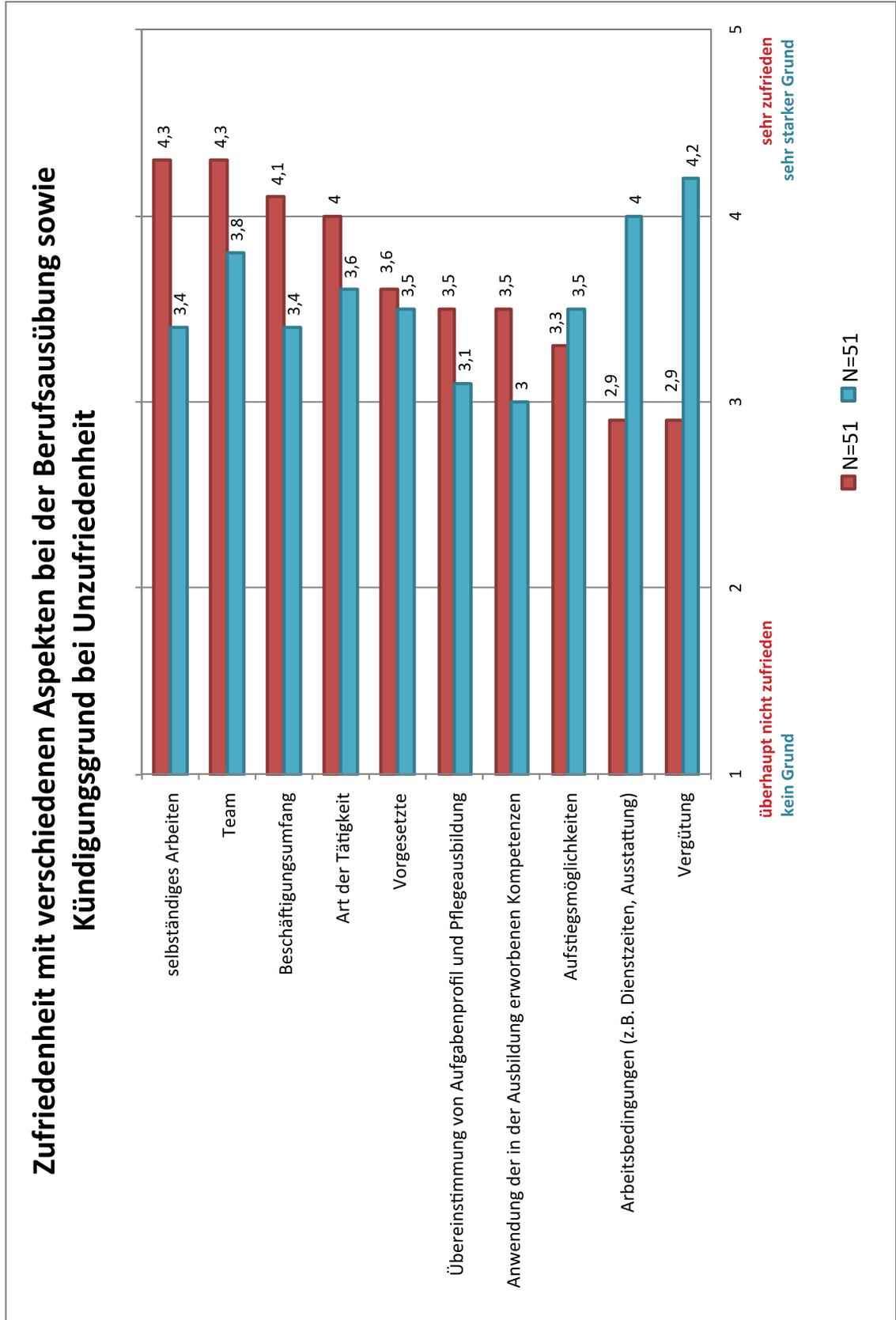
Die meisten Nennungen beziehen sich auf die Einarbeitung in die Tätigkeit. Dies lässt darauf schließen, dass Einarbeitungskonzepte (teilweise) mangelhaft sind oder fehlen. Neun der Befragten aus der Pflegeausbildung hätten sich (bessere) kollegiale Unterstützung gewünscht. Lediglich fünf der 56 Befragten bemängelten nichts und waren zufrieden mit dem Berufsstart. Fünf Personen hätten eine auf die Tätigkeit bezogene gezielte Schulung als hilfreich empfunden. Vier Befragte waren unzufrieden mit der Reaktion des Arbeitsgebers auf ihre spezielle Qualifikation.

4.1.5 Berufliche Weiterentwicklung

Im weiteren Verlauf des Fragebogens steht die berufliche Weiterbildung im Fokus. Zwei kombinierte Fragen beziehen sich auf die Zufriedenheit bei der Ausübung des Berufs. Die Befragten aus der Pflegeausbildung konnten erneut auf einer fünfstufigen Skala ihre persönlichen Wertungen angeben. Zur besseren Verständlichkeit der Grafik werden beide Fragen hier notiert:

1. „Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit folgenden Aspekten bei der Ausübung ihres Berufes sind.“ (Antworten in Rot)
2. „Angenommen, Sie sind unzufrieden mit den Aspekten der vorherigen Frage – inwiefern wären diese Aspekte ein Grund, die Arbeitsstelle zu kündigen?“ (Antworten in Blau)

Abbildung 17: Zufriedenheit und Kündigungsgründe



Es fällt auf, dass der Aspekt der Anwendung der in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen der geringste Kündigungsgrund wäre. Im Großen und Ganzen sind die Befragten aus der Pflegeausbildung zufrieden mit der Ausübung ihres Berufes. Lediglich die Arbeitsbedingungen sowie die Vergütung lassen zu wünschen übrig. Interessanterweise sind diese beiden Aspekte potenziell ein bedeutender Kündigungsgrund für die Befragten. Obwohl diese Probleme weit verbreitet sind, scheinen die Befragten aus der Pflegeausbildung nicht zu resignieren und ggf. nach Verbesserung zu streben.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,8 und 1,4. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Nachfolgende Themen im Fragebogen befassen sich mit dem Thema Weiterbildung. Es wurde gefragt, ob weitere Qualifikationen nach der Ausbildung absolviert wurden bzw. angestrebt sind. Pro Item konnte mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden.

Abbildung 18: Geplante Weiterbildungen

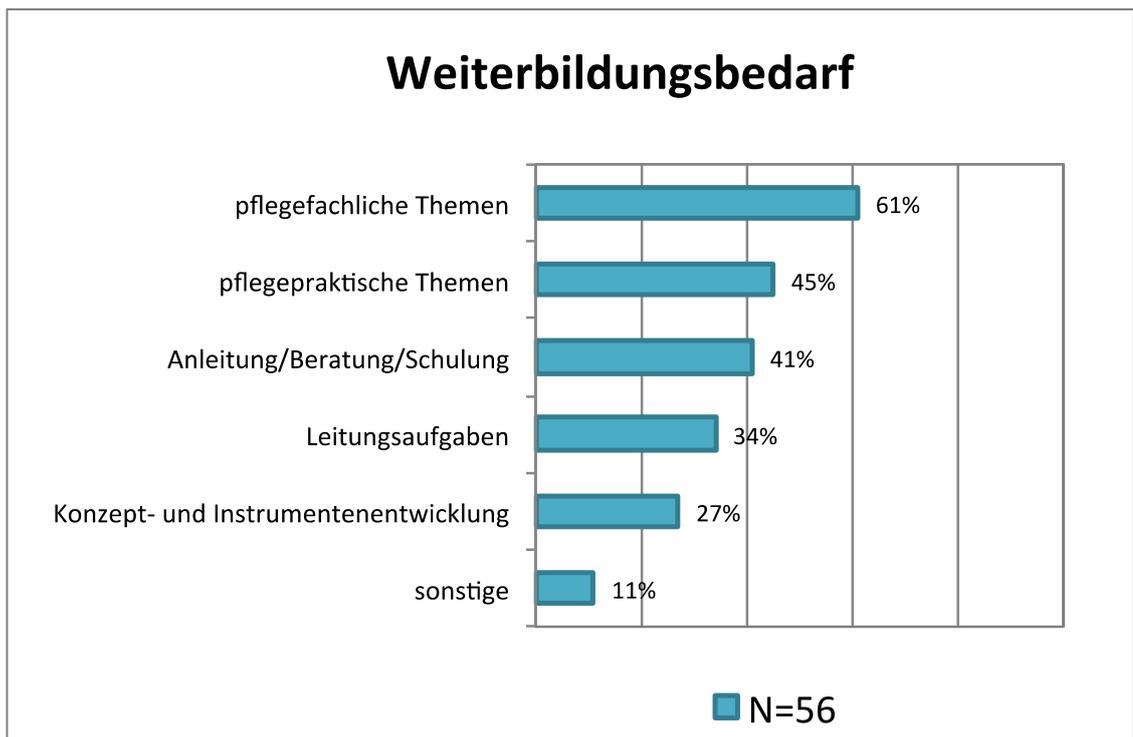


Die Befragten aus der Pflegeausbildung sind in großen Teilen weiterbildungswillig, wobei eine Weiterbildung ohne Studium an erster Stelle steht. Ein Drittel der Befragten plant, ein Studium im Bereich der Pflege zu absolvieren oder hat ein solches bereits begonnen. Zu bedenken ist, dass Fort- und Weiterbildung zwar immer wünschenswert

sind, aber einen vorübergehenden Engpass für den Arbeitsmarkt mit sich bringen.

Einen Weiterbildungsbedarf sehen die Befragten in erster Linie in pflegfachlichen Themen, gefolgt von pflegepraktischen Themen (siehe Abbildung 19). Diese Themen beziehen sich vorwiegend auf die direkte Pflege, in der sich ja auch die Mehrzahl der Befragten aus der Pflegeausbildung befindet. Der Bedarf an Weiterbildung in pflegfachlichen Themen könnte daher kommen, dass den generalistisch Ausgebildeten Spezialwissen fehlt und auf dem Weg einer Weiterbildung erworben werden soll. Die Themen, die keinen großen Weiterbildungsbedarf aufweisen, sind vermutlich von keiner großen Bedeutung bei der Mehrzahl der Befragten.

Abbildung 19: Weiterbildungsbedarf



Zum Abschluss des Themenblocks „Berufliche Weiterbildung“ kamen drei Fragen mit offenen Antworten zum Einsatz.

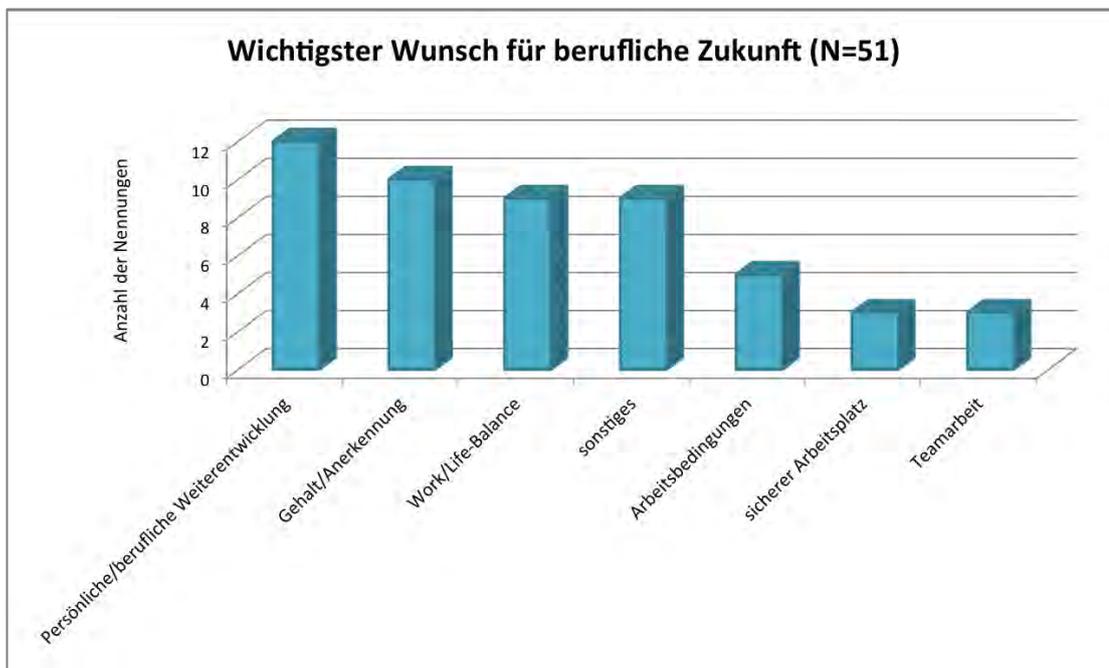
1. „Was ist Ihr wichtigster Wunsch für Ihre berufliche Zukunft?“
2. „Was ist Ihre größte Befürchtung mit Blick auf Ihre weitere berufliche Planung?“

3. „Bitte schreiben Sie in Stichworten, was Sie beruflich langfristig gerne machen möchten.“

Die Antworten der Befragten wurden kategorisiert. Die gebildeten Kategorien wurden folgend aufgelistet und diskutiert. Die vollständigen Antworten je Kategorie sind im Anhang einzusehen. Leider ergeben sich jeweils große Kategorien für „sonstige“ Nennungen. In „sonstiges“ wurden unklare bzw. unverständliche Nennungen, Mehrfachnennungen – obwohl nur eine Antwort erfragt war – und Themen einsortiert, die nur einmalig benannt wurden.

Bzgl. der ersten Frage ergaben sich sechs Kategorien und eine Restkategorie „sonstiges“:

Abbildung 20: Wunsch für berufliche Zukunft



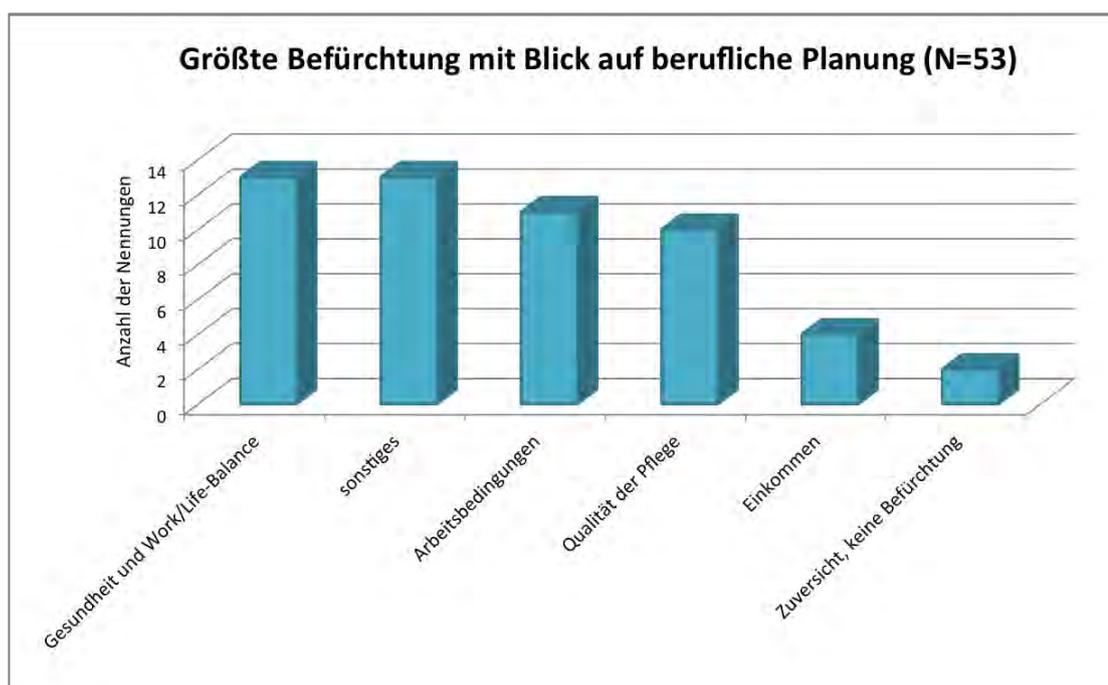
In der Kategorie „persönliche/berufliche Weiterentwicklung“ sind Antworten gesammelt, die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung nach der Berufsausbildung zum Ausdruck bringen. Die Kategorie „Gehalt/Anerkennung“ bündelt Antworten, die sich auf den Wunsch nach mehr Anerkennung und mehr Gehalt beziehen. Die Kategorie „Work/Life-Balance“ bündelt Aspekte der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Beruf und Freizeit. Die offenen Nennungen, die sich auf verbesserte Arbeitsbedingungen beziehen, finden sich in der Kategorie

„Arbeitsbedingungen“ wieder. Hier bestehen Parallelen zu den Antworten, die sich auf den Wunsch nach mehr Anerkennung beziehen. Die Kategorie „sicherer Arbeitsplatz“ beinhaltet alle Anliegen der Befragten nach einem beständigen Arbeitsplatz. Die Wünsche, in einem „guten“ Team mit einer „guten“ Arbeitsatmosphäre zu arbeiten, wurden in der Kategorie „Teamarbeit“ zusammengefasst.

Die meisten Antworten beziehen sich auf die persönliche und berufliche Weiterentwicklung, wobei die berufliche Weiterentwicklung überwiegt. Zehn Nennungen beziehen sich auf die Themen Gehalt und Anerkennung, wobei die Wünsche sich stets auf einen Zuwachs an Anerkennung und Gehalt beziehen. Für neun der Befragten aus der Pflegeausbildung ist der wichtigste Wunsch für die berufliche Zukunft, dass das private Leben und insbesondere die Familie nicht unter dem Beruf zu leiden hat. Fünf der Befragten wünschen sich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Drei Personen ist eine gesicherte Arbeitsstelle der wichtigste Wunsch. Weitere drei Personen wünschen sich, in einem guten Team arbeiten zu können.

Die Befürchtungen der Befragten aus der Pflegeausbildung spiegeln sich in den folgenden Kategorien wieder.

Abbildung 21: Größte Befürchtung

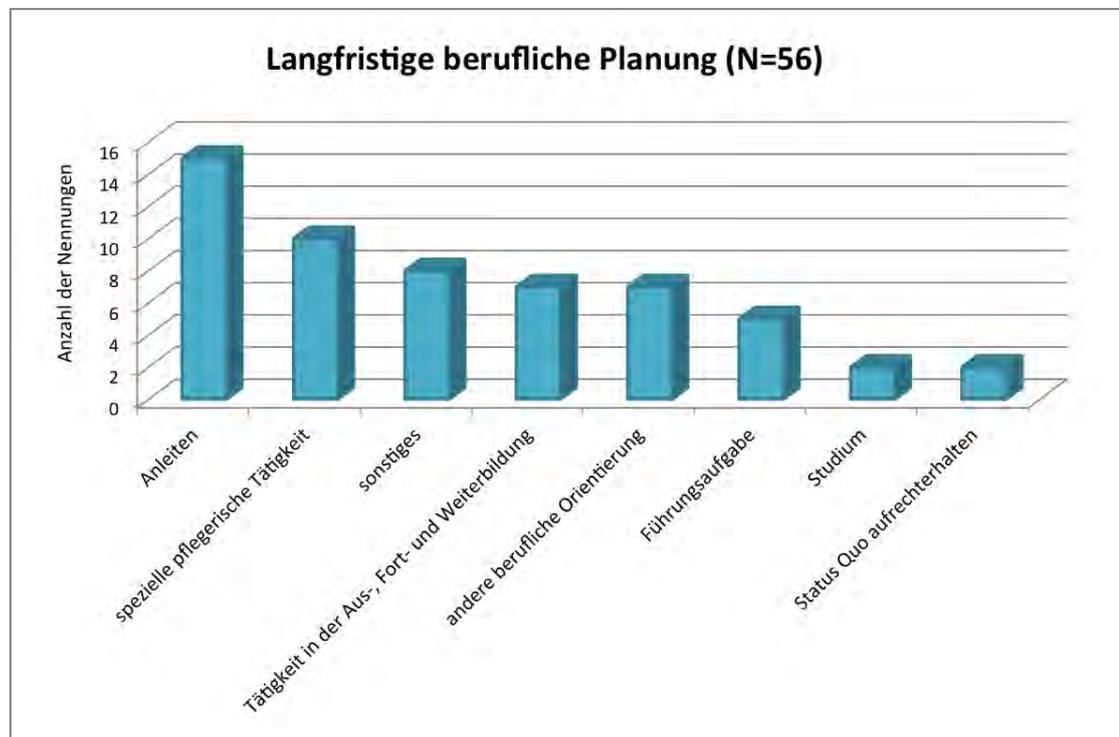


In der Kategorie „Gesundheit und Work/Life-Balance“ sind die Antworten der Befragten gesammelt, die sich um die Sorge um ihre Gesundheit sowie die Ausgeglichenheit zwischen Privatleben und Berufsleben drehen. Die Kategorie „Arbeitsbedingungen“ umfasst Sorgen bzgl. der Überlastung durch nicht angemessene Arbeitsbedingungen. In der Kategorie „Qualität der Pflege“ geht es um die Sorge bzgl. eines Qualitätsverlusts der Pflege – einerseits in Bezug auf Patienten, andererseits in Bezug auf die Pflegefachkräfte. Die Befürchtungen über ein nicht ausreichendes Einkommen sind in der Kategorie „Einkommen“ vereint. Die Kategorie „Zuversicht, keine Befürchtung“ ist selbsterklärend.

Die Work/Life-Balance ist auch bei den beruflichen Wünschen für die Zukunft ein großes Thema. Bei den Befürchtungen mit Blick auf die berufliche Planung steht dieses Thema auf Platz eins, abgesehen von der Kategorie „sonstiges“. Arbeitsbedingungen und Work/Life-Balance stehen in enger Verbindung zueinander. Zusammengelegt würden diese beiden Kategorien mit Abstand die meisten Befürchtungen der Befragten widerspiegeln. Hier zeigt sich eindeutig, wo Veränderungsbedarfe aus Sicht der Pflegefachkräfte liegen. Zehn der Befragten sind um die Qualität der Pflege besorgt. Vier der Nennungen der Kategorie „Qualität der Pflege“ beziehen sich auf den Fachkräftemangel und sehen in ihm ein großes Problem für die Zukunft. Vier der Befragten aus der Pflegeausbildung sehen im geringen Einkommen das größte Problem ihrer beruflichen Zukunft. Lediglich zwei der 53 Personen, die diese Frage beantwortet haben, blicken ohne Befürchtungen in ihre berufliche Zukunft. Im Umkehrschluss haben 96 % der Befragten Befürchtungen bzgl. ihrer beruflichen Zukunft. Die Befragten aus der Pflegeausbildung erkennen klar die problematische Situation, in der sich der Pflegeberuf befindet. Insgesamt bezieht sich nur eine Befürchtung auf die generalistische Ausbildungsform (einsortiert in die Kategorie „sonstiges“): Diese Person befürchtet, dass die Stärken der Kinderkrankenpflege verloren gehen können.

Die Frage nach der langfristigen beruflichen Planung ergibt sieben Kategorien und eine Restkategorie „sonstiges“.

Abbildung 22: Langfristige berufliche Planung



In der Kategorie „Anleiten“ finden sich Antworten, die sich um verschiedene Arten des Anleitens drehen. Darunter fallen Praxisanleitung und Berufspädagogik in Bezug auf Pflegefachkräfte. Nennungen bzgl. spezifischer Tätigkeiten befinden sich in der Kategorie „spezielle pflegerische Tätigkeit“. Antworten, die sich zwar auf eine pädagogische Tätigkeit beziehen, aber nicht der Praxisanleitung oder Berufspädagogik zuzuordnen sind, befinden sich in der Kategorie „Tätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung“. Hierunter fallen insbesondere verschiedene Arten von Coachings. In der Kategorie „Führungsaufgaben“ sind offene Antworten gebündelt, die den Wunsch nach einer beruflichen Zukunft in einer Führungsposition zum Ausdruck bringen. Die Kategorien „Studium“, „andere berufliche Orientierung“ und „Status Quo aufrechterhalten“ sind selbsterklärend.

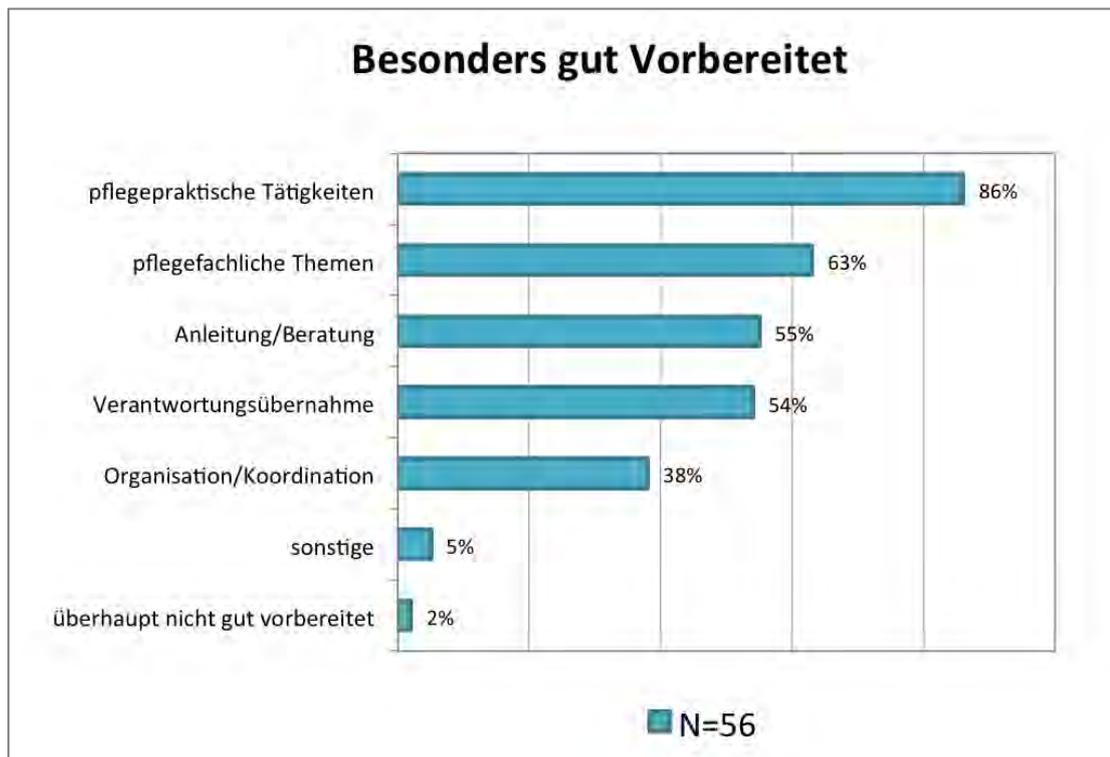
Die Kategorie mit den meisten Nennungen ist die Kategorie „Anleiten“. 15 der Befragten aus der Pflegeausbildung geben explizit an, auf lange Sicht im Bereich der Anleitung arbeiten zu wollen. Zehn Personen haben eine spezielle pflegerische Tätigkeit im Visier, wobei es keine Übereinstimmung in der Spezialisierung gibt. Jeweils sieben Nennungen fallen auf die Kategorien „Tätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und „andere berufliche Orientierung“. Sechs der sieben Nennungen in der Kategorie „andere berufliche Orientierung“ beziehen sich auf eine andere Tätigkeit im Gesundheitswesen. Nur eine Person möchte einen komplett anderen beruflichen Weg einschlagen. Fünf der befragten Personen möchte langfristig einer Führungsaufgabe nachgehen. Zwei Personen wollen studieren und haben noch keine konkrete Vorstellung davon, wie es anschließend weitergehen soll. Zwei der 56 Befragten wollen langfristig das machen, was sie im Moment bereits machen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mehrzahl langfristig nicht in der direkten Pflege tätig sein möchte. Dies erscheint konsequent, wenn man sich die Befürchtungen der Befragten aus der Pflegeausbildung vor Augen hält. Viele der Befragten wollen in die Pflegepädagogik wechseln. Hier scheinen sie sich bessere Arbeitsbedingungen zu erhoffen.

4.1.6 Qualifikation

„Qualifikation“ ist das Thema des vorletzten Themenblocks. Als Einstiegsfrage wird, bevor detailliertere Fragen folgen, ganz konkret gefragt: „Fühlen Sie sich insgesamt für Ihren Beruf gut vorbereitet?“ 50 der 56 Befragten aus der Pflegeausbildung, also 89 %, beantworteten die Frage mit „ja“. Angesichts der vielen Herausforderungen, die die Befragten aus der Pflegeausbildung im vorangegangenen Themenblock betont haben, erscheinen die Antworten etwas inkonsistent.

Aufschluss ergibt die Frage „Auf welche Aspekte einer pflegerischen Tätigkeit fühlen Sie sich besonders gut vorbereitet?“. Jedes Item konnte mit Zustimmung oder Ablehnung bewertet werden. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf das jeweilige Item.

Abbildung 23: Besonders gut vorbereitet



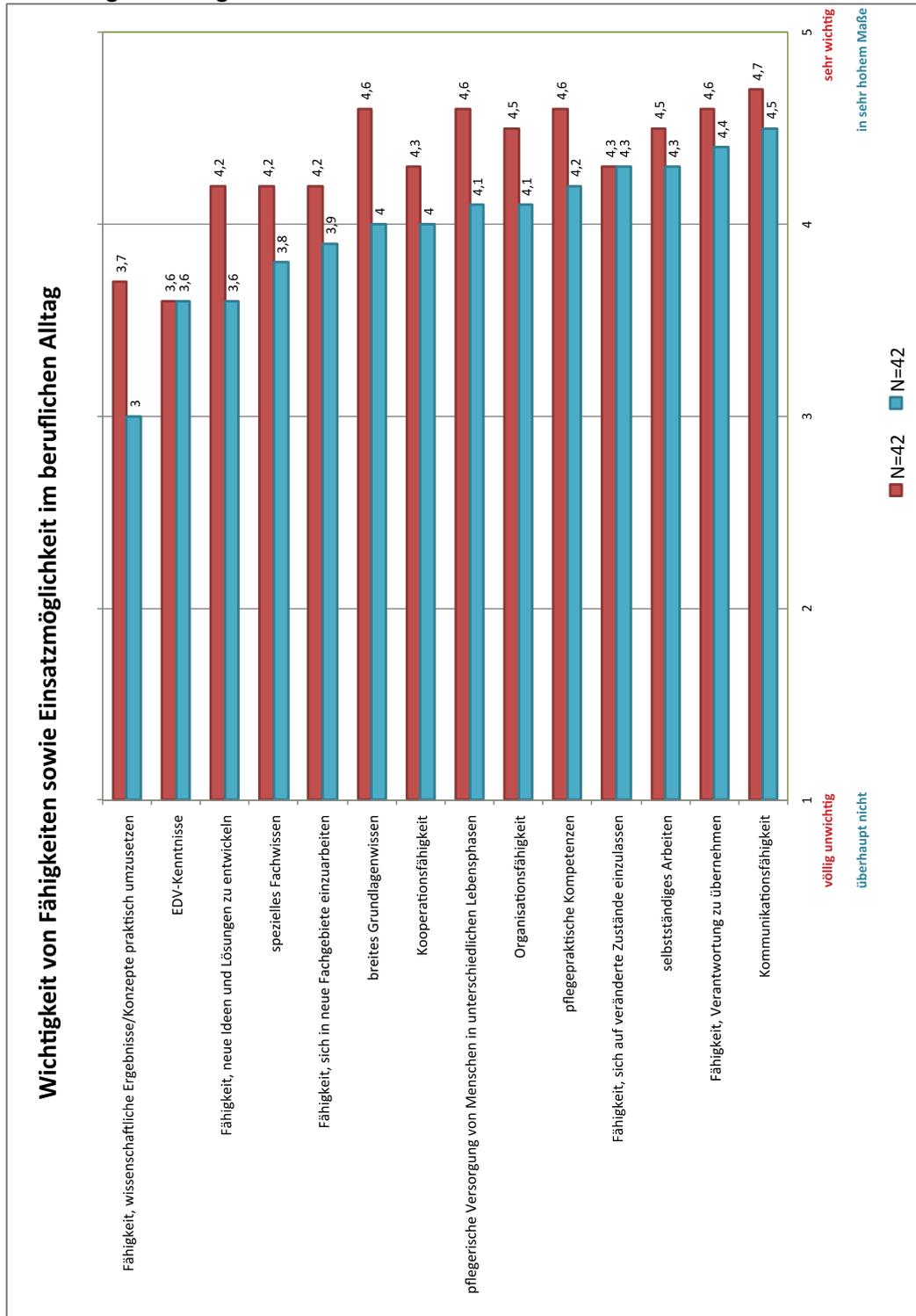
Die Befragten aus der Pflegeausbildung gaben an, dass sie für die wesentlichen Aspekte der direkten Pflege besonders gut vorbereitet sind. Nur zwei Personen fühlten sich durch ihre Berufsausbildung nicht gut vorbereitet.

Auf den ersten Blick verwunderlich ist der Vergleich der Antworten zum Weiterbildungsbedarf mit der Antwort auf die Frage, worauf man besonders gut vorbereitet ist. Die ersten drei Plätze belegen jeweils „pflegfachliche Themen“, „pflegepraktische Themen“ und „Anleitung/Beratung/Schulung“. Vermutlich verbirgt sich dahinter keine Inkonsistenz in den Antworten der Befragten aus der Pflegeausbildung. Viel wahrscheinlicher handelt es sich bei den drei Punkten um die wichtigsten Aspekte des pflegerischen Alltags, auf den die Befragten zwar gut vorbereitet sind, für den es dennoch einen Fortbildungsbedarf gibt. Die Themen, für die kein nennenswerter Weiterbildungsbedarf angegeben wird, sind vermutlich von keiner großen Bedeutung für die Mehrzahl der Befragten.

Anschließend wurde erneut auf der Grundlage einer fünfstufigen Skala eine Doppel-Frage formuliert, die wiederum zur besseren

Nachvollziehbarkeit hier im Wortlaut wiedergegeben wird: „Im Folgenden werden verschiedene Fähigkeiten und Wissen aufgelistet, welche Sie während Ihrer Pflegeausbildung erworben haben. Bitte geben Sie auf der linken Seite [grün] an, für wie wichtig Sie die einzelnen Aspekte im beruflichen Alltag halten. Auf der rechten Seite [blau] geben Sie bitte an, inwieweit Sie das erworbene Wissen/die erworbenen Fähigkeiten im beruflichen Alltag einsetzen können.“

Abbildung 24: Fähigkeiten



Die Fähigkeit, wissenschaftliche Ergebnisse/Konzepte praktisch umzusetzen, wird im Vergleich zu den anderen Fähigkeiten als nicht sehr wichtig und vor allem als nicht sehr relevant für den beruflichen Alltag gesehen. Alle weiteren Fähigkeiten werden, bis auf EDV-Kenntnisse, als wichtig bis sehr wichtig eingestuft. Auch die Umsetzung dieser Fähigkeiten ist bei den Befragten ein wesentlicher Bestandteil

des beruflichen Alltags, abgesehen von der Anwendung von EDV-Kenntnissen sowie der Fähigkeit, neue Lösungen/Ideen zu entwickeln. Womöglich ist Letzteres ein Aspekt, der von hochschulisch qualifizierten Studenten/-innen abgedeckt werden kann.

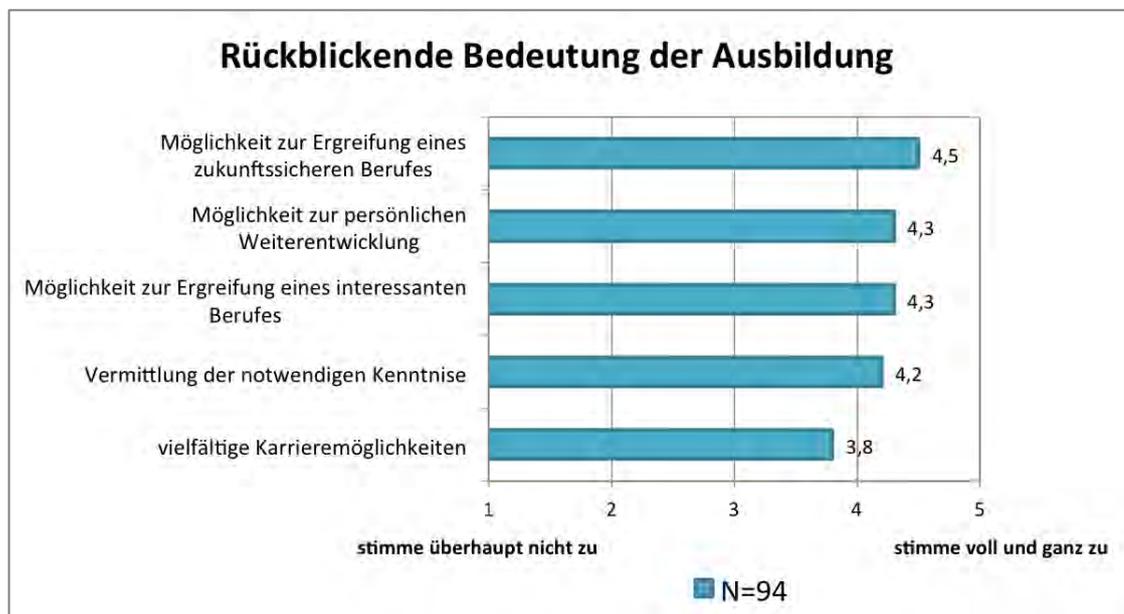
Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,6 und 1,0. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

4.1.7 Gesamteinschätzung

Der letzte Themenblock des Fragebogens, exklusive der persönlichen Angaben am Ende, umfasst Fragen zur Gesamteinschätzung der Ausbildung bzw. des Studiums. Da diese Fragen auch von Personen beantwortet werden können, die sich noch in der Ausbildung bzw. im Studium befinden, werden nun auch wieder Antworten der Befragten aus dem Pflegestudium ausgewertet.

Zu Beginn wurden die Teilnehmer/-innen gefragt, welche Bedeutung ihre Pflegeausbildung bzw. ihr Pflegestudium rückblickend für sie hat. Sie konnten auf einer fünfstufigen Skala ihre Bewertungen abgeben.

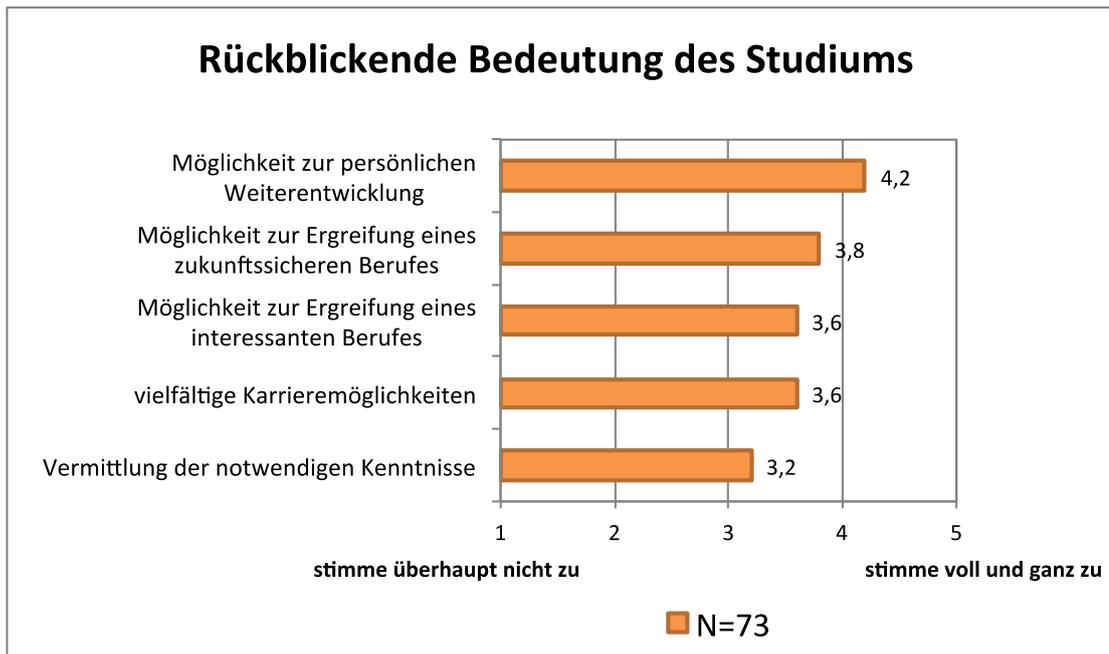
Abbildung 25: Rückblickende Bedeutung der Ausbildung



Den vorgegebenen Aspekten wurde von den Befragten aus der Pflegeausbildung insgesamt deutlich zugestimmt. Nur die vielfältige Karrieremöglichkeit spielt für sie keine so große Rolle wie die anderen Aspekte.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,8 und 1,2. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Abbildung 26: Rückblickende Bedeutung des Studiums

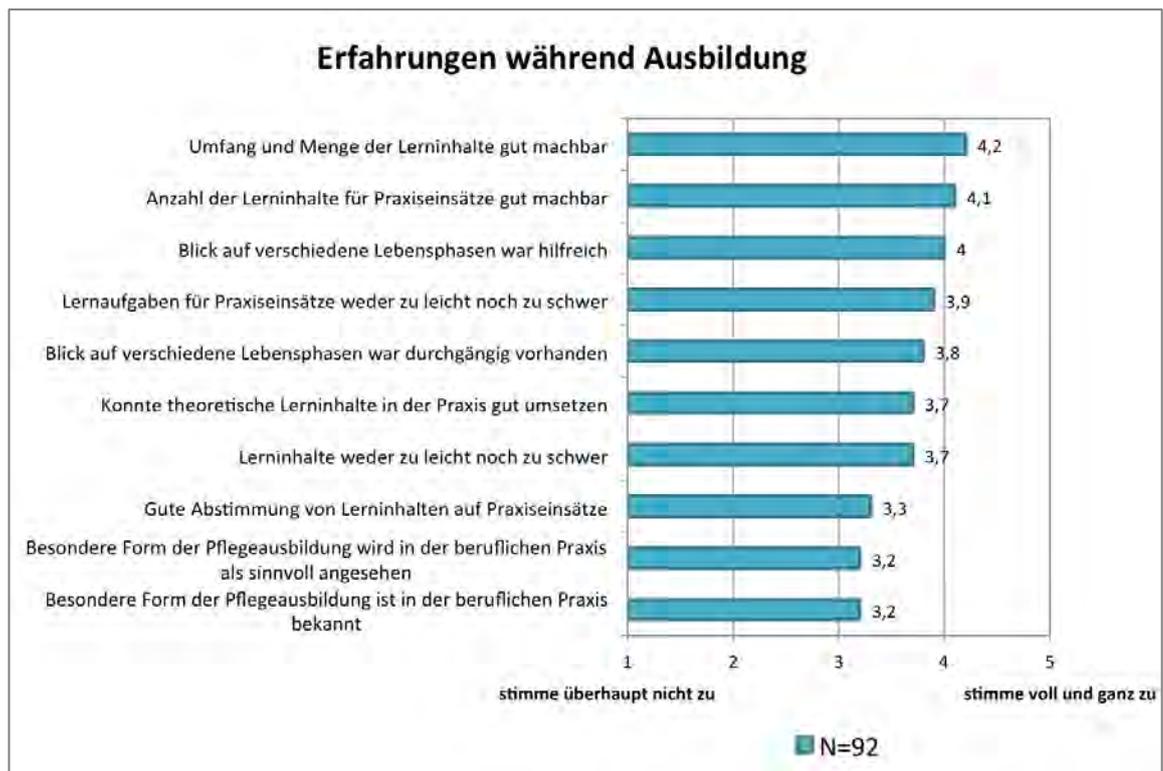


Die Befragten aus dem Pflegestudium stimmen im Vergleich zu den Befragten aus der Pflegeausbildung nicht ganz so intensiv den Items zu. Insbesondere die Vermittlung der notwendigen Kenntnisse fällt bei ihnen um einen Punkt schwächer aus. Ob dies an einer falschen Schwerpunktsetzung bei den Studieninhalten liegt, lässt sich an dieser Stelle nur vermuten. Zu bedenken ist natürlich, dass die Studiengänge noch neu sind und somit in diesem Stadium noch Entwicklungsbedarf aufweisen.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,9 und 1,2. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Des Weiteren wurden die Teilnehmer/-innen nach Erfahrungen während der Pflegeausbildung bzw. des Pflegestudiums gefragt. Erneut kam eine fünfstufige Skala zum Einsatz.

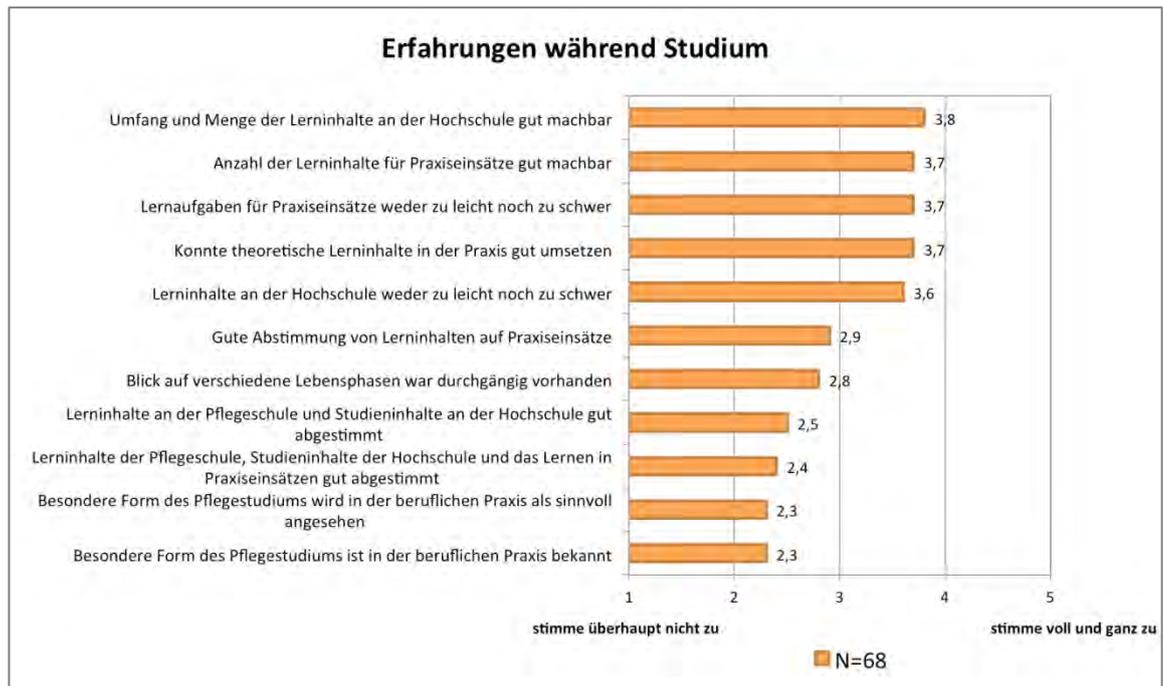
Abbildung 27: Erfahrungen während Ausbildung



Die persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen der Befragten aus der Pflegeausbildung geben ein positives Bild der Pflegeausbildung wieder. Die Erfahrungen bzgl. der besonderen Ausbildungsformen fallen allerdings nicht vollkommen positiv aus. Insbesondere scheint es Nachholbedarf in Sachen Akzeptanz und Information in der pflegerischen Praxis zu geben.

Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,8 und 1,2. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Abbildung 28: Erfahrungen während Studium



Die Erfahrungen der Befragten aus dem Pflegestudium fallen deutlich negativer aus. Wie auch die Pflegeausbildung schneidet das Pflegestudium in Hinblick auf die berufliche Praxis am schlechtesten ab. Die besondere Form des Pflegestudiums ist der Erfahrung der Befragten aus dem Pflegestudium zufolge in der beruflichen Praxis kaum bekannt und wird eher nicht als sinnvoll angesehen. Dies zeigt, dass seitens der Arbeitgeber noch Strukturen fehlen, die den neuen Qualifikationen gerecht werden. Schlecht bewertet wird außerdem die Organisation der verschiedenen Lernorte. An späterer Stelle wird nochmals auf diese Problematik eingegangen.

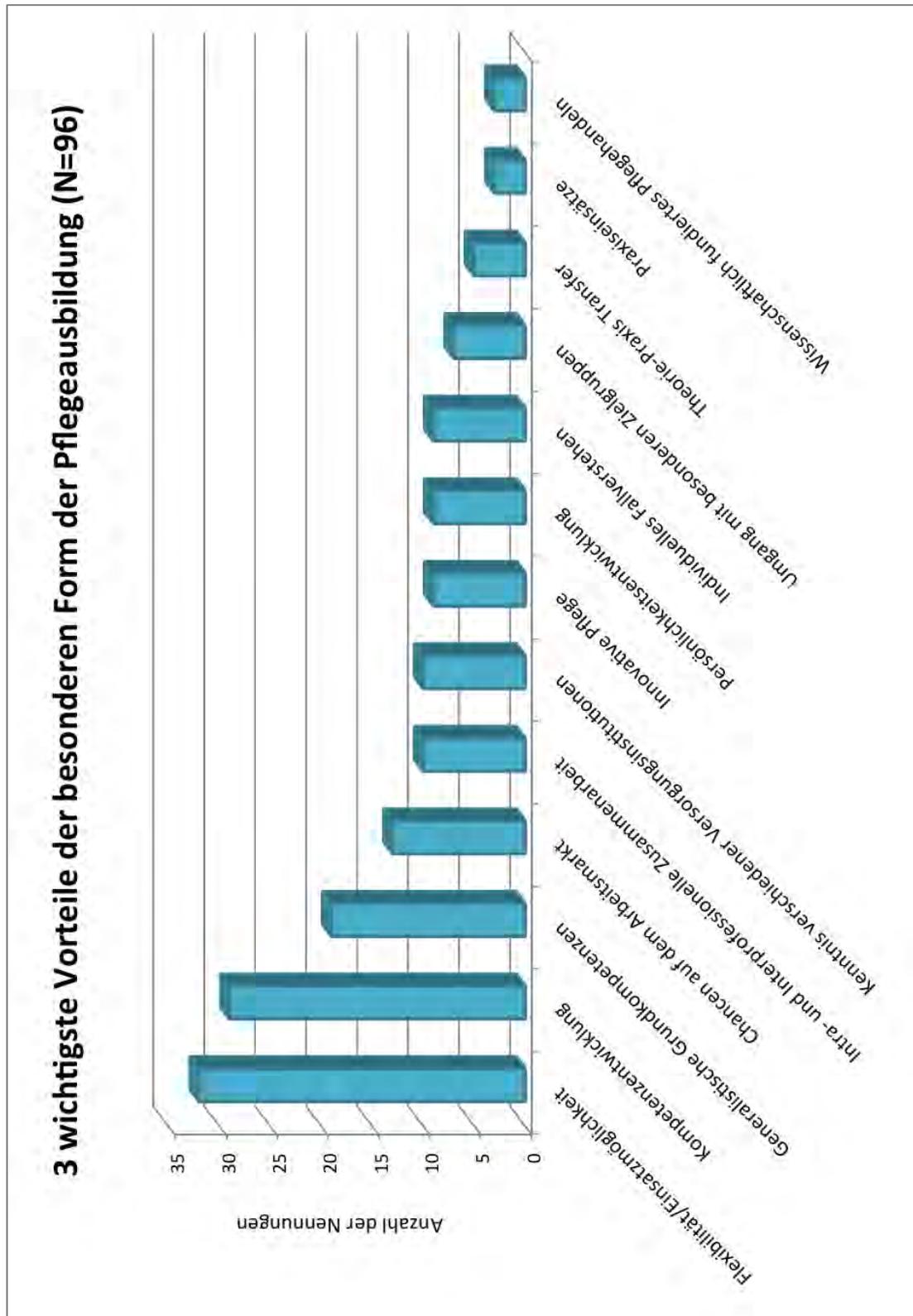
Die Streuung der angegebenen Werte ist gering: Die Standardabweichung schwankt je nach Item zwischen 0,8 und 1,2. Die angegebenen Mittelwerte haben somit eine hohe Aussagekraft.

Im Fragebogen folgen zwei Fragen mit der Möglichkeit, bis zu drei offene Antworten zu geben. Wie zuvor wurden Kategorien gebildet. Die Kategorie „sonstiges“ wird der Übersicht wegen hier weggelassen.

Die Teilnehmer/-innen wurden darum gebeten, die drei wichtigsten Vorteile zu nennen, die die besondere Form der Pflegeausbildung bzw. des Pflegestudiums ihrer Meinung nach mit sich bringt. Bei den

Befragten aus der Pflegeausbildung ergeben sich zwölf Kategorien. Alle Antworten zu den Kategorien sind im Anhang einzusehen.

Abbildung 29: Vorteile der Pflegeausbildung



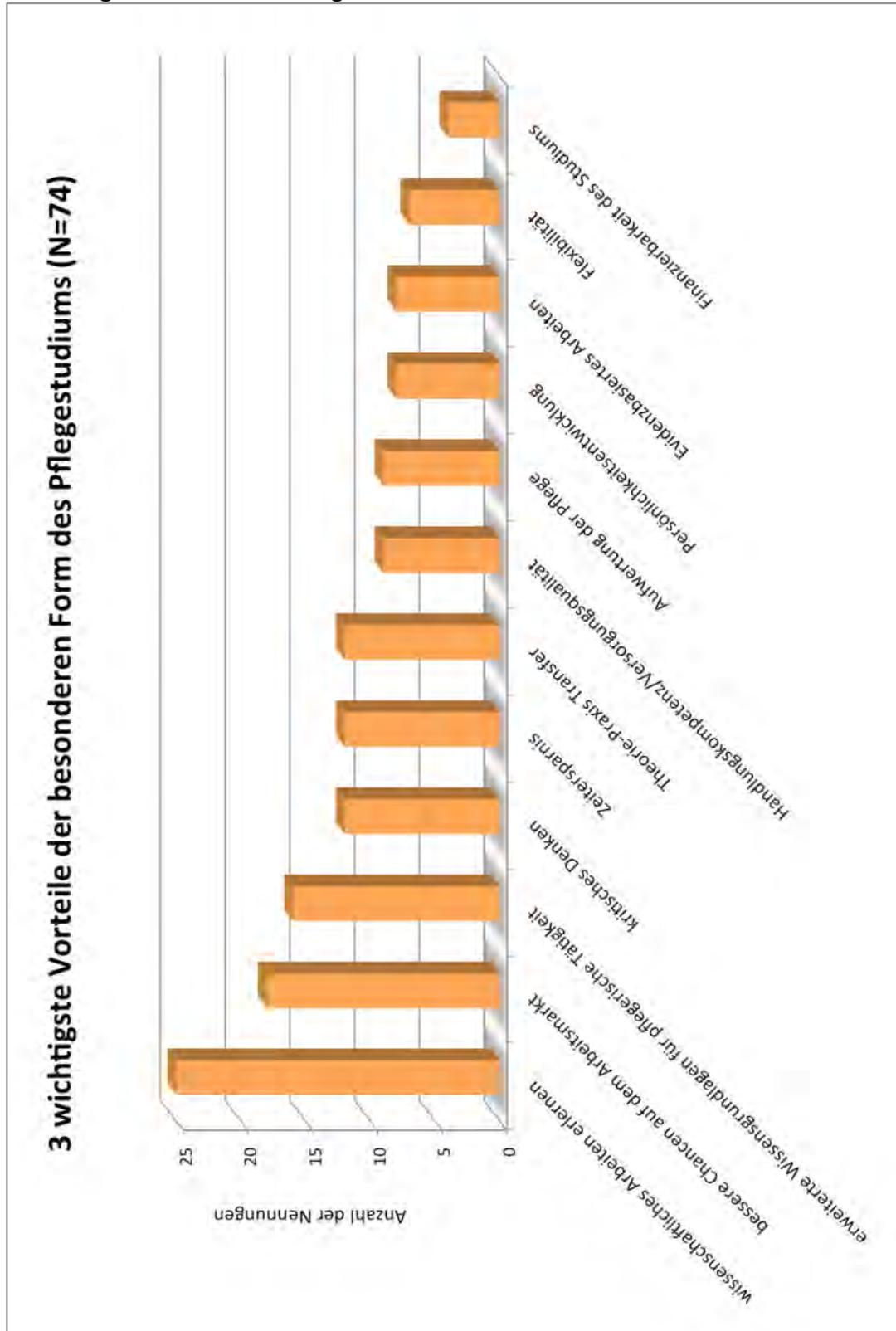
Alle Antworten, die den Vorteil der unterschiedlichen Arbeitsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt hervorheben, befinden sich in der Kategorie „Flexibilität/Einsatzmöglichkeiten“. Antworten bzgl. der Erlangung verschiedenster Kompetenzen – insbesondere Fachkompetenzen – sind in der Kategorie „Kompetenzentwicklung“ vereint. Die Kategorie „Generalistische Grundkompetenzen“ umfasst Antworten, die sich auf die Pflege von Menschen in allen Lebensphasen beziehen. Antworten bzgl. verbesserter Chancen auf dem Arbeitsmarkt befinden sich in der Kategorie „Chancen auf dem Arbeitsmarkt“. Die Kategorie „Intra- und Interprofessionelle Zusammenarbeit“ bündelt Antworten, die sich auf den Vorteil des Erfahrungsaustausches mit Fachkräften und Auszubildenden anderer Berufsfelder bezieht. Die Kategorie „Kenntnis verschiedener Versorgungsinstitutionen“ umfasst Antworten, die sich auf die Einblicke in andere Arbeitsbereiche beziehen. In der Kategorie „Innovative Pflege“ finden sich Antworten, die auf innovatives, kreatives und zukunftsgerichtetes pflegerisches Handeln abzielen. Die Antworten der Kategorie „Persönlichkeitsentwicklung“ umfassen die Vorteile der Ausbildung bzgl. der eigenen Horizonterweiterung. Antworten, die den umfassenden Blick auf den Pflegeempfänger beschreiben, befinden sich in der Kategorie „Individuelles Fallverstehen“. Einige Antworten beziehen sich auf den Vorteil eines besseren pflegerischen Umgangs mit Pflegeempfängern besonderer Zielgruppen. Diese Antworten sind in der Kategorie „Umgang mit besonderen Zielgruppen“. In der Kategorie „Theorie-Praxis Transfer“ sind Antworten gesammelt, die sich auf einen besseren Theorie-Praxis Transfer durch die besondere Form der Pflegeausbildung beziehen. Antworten, die die Bandbreite der Praxiseinsätze positiv bewerten, befinden sich in der Kategorie „Praxiseinsätze“. Vorteile, die auf die Wissenschaftlichkeit pflegerischen Handelns abzielen, befinden sich in der Kategorie „wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln“.

Den größten Vorteil sehen die Befragten aus der Pflegeausbildung in der Flexibilität, die ihnen die besondere Form der Pflegeausbildung bietet. In dieser Hinsicht verwundert es etwas, dass trotz der vielen

Möglichkeiten die große Mehrzahl im Krankenhaus arbeiten möchte (siehe oben). Die vordersten drei Kategorien spiegeln gemeinsam die Ausrichtung der generalistischen Pflegeausbildung wieder.

Bei den Befragten aus dem Pflegestudium ergeben sich folgende Kategorien:

Abbildung 30: Vorteile des Pflegestudiums



Antworten, die sich auf das Erlernen von wissenschaftlichen Fähigkeiten im Bereich der Pflege beziehen, befinden sich in der Kategorie „wissenschaftliches Arbeiten erlernen“. Die beiden Kategorien „bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt“ und „erweiterte

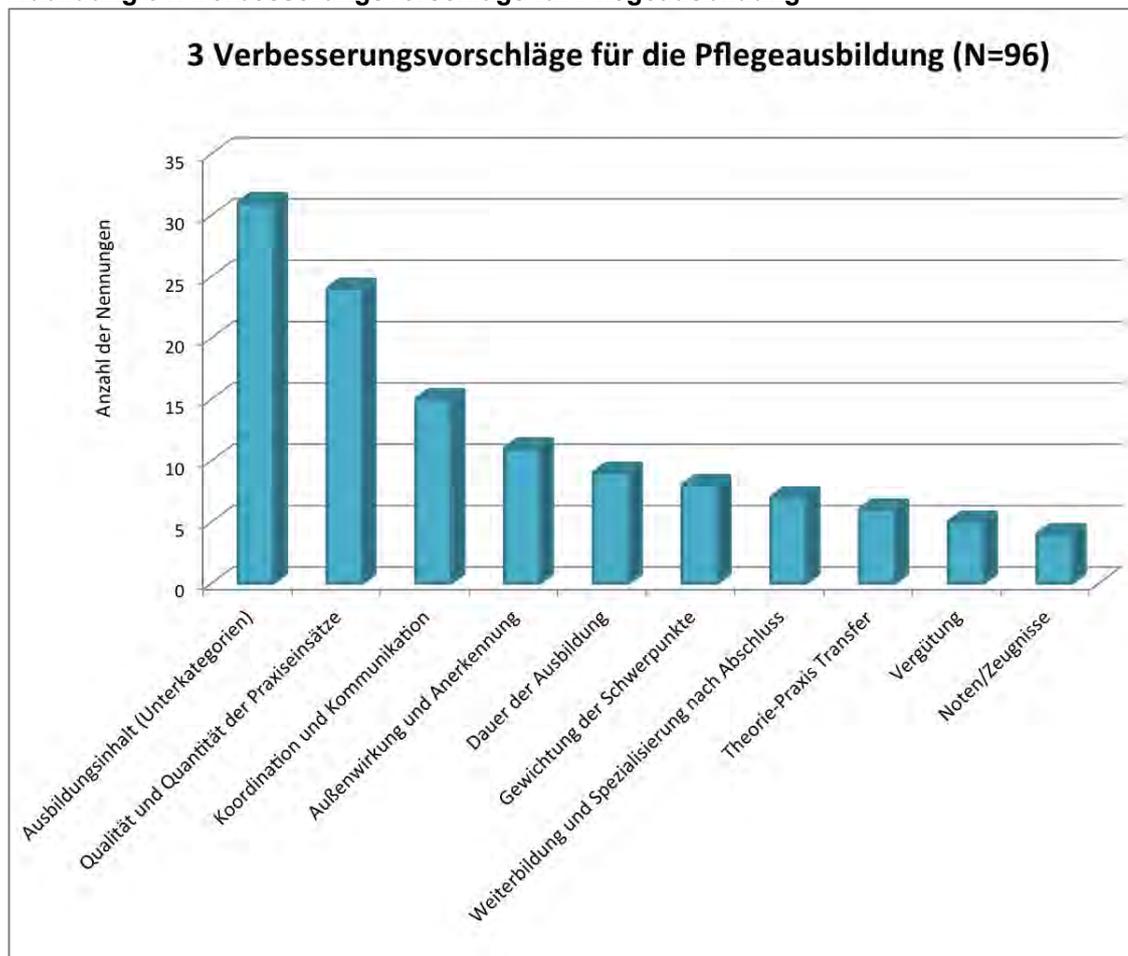
Wissensgrundlage für pflegerische Tätigkeiten“ sind selbsterklärend. Die Kategorie „kritisches Denken“ umfasst Antworten, welche das kritische Hinterfragen in pflegerischen Kontexten thematisieren. Antworten von Befragten aus dem Pflegestudium, die einen bedeutenden Vorteil des Studiums in der zeitlichen Komprimierung zweier Berufsabschlüsse sehen, sind in der Kategorie „Zeitersparnis“ vereint. Die Kategorie „Theorie-Praxis Transfer“ beinhaltet Antworten, die dem besonderen Pflegestudium eine gute bzw. bessere Verknüpfung von Theorie und Praxis zuschreiben. Antworten, die erweiterte Handlungskompetenzen sowie eine bessere Versorgungsqualität benennen, befinden sich in der Kategorie „Handlungskompetenz/Versorgungsqualität“. Antworten der Befragungs-teilnehmer/-innen, die sich auf den Vorteil der Aufwertung der Pflege durch die Akademisierung und damit Professionalisierung der Pflege beziehen, sind in der Kategorie „Aufwertung der Pflege“. Einige der Befragten aus dem Pflegestudium sehen einen Vorteil des besonderen Studiums in der persönlichen Horizonterweiterung bzw. der persönlichen Weiterentwicklung. Die entsprechenden Antworten befinden sich in der Kategorie „Persönlichkeitsentwicklung“. In der Kategorie „evidenz-basiertes Arbeiten“ sind Antworten gebündelt, die die wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis benennen. Antworten, die sich auf die erweiterten Möglichkeiten nach dem Abschluss des Studiums beziehen, sind in der Kategorie „Flexibilität“ vereint. Der Titel „Finanzierbarkeit des Studiums“ der letzten Kategorie ist selbsterklärend.

Auch bei den Befragten aus dem Pflegestudium entsprechen die vordersten Kategorien den Grundgedanken der primärqualifizierenden Studiengänge. Leider können die Befragten ihre wissenschaftlichen Kompetenzen im Berufsalltag nicht wie erhofft anwenden. Die Flexibilität ist für sie ein viel geringerer Vorteil als für die Befragten aus der Pflegeausbildung. Allerdings lässt sich die Flexibilität auch nicht optimal vergleichen. Während sich bei den Befragten aus der Pflegeausbildung die Flexibilität aus der Generalistik ergibt, ergibt sie sich bei den Befragten aus dem Pflegestudium aus der Kombination

von Ausbildung und Studium. Die primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Studiengänge sind in der Regel (noch) nicht generalistisch ausgelegt. Dass die Finanzierbarkeit des Studiums nicht als wichtiger Vorteil erachtet wird, passt zu den Aussagen der Befragten aus dem Pflegestudium bzgl. der Motive für die Studienwahl – pragmatische Gründe spielen eine untergeordnete Rolle.

Die zweite offene Frage befasst sich mit den Verbesserungsmöglichkeiten der Pflegeausbildung bzw. des Pflegestudiums aus Sicht der Teilnehmer/-innen. Sie wurden um jeweils drei Verbesserungsvorschläge gebeten. Bei den Befragten aus der Pflegeausbildung ergaben sich folgende Kategorien.

Abbildung 31: Verbesserungsvorschläge für Pflegeausbildung



Viele Antworten der Befragten aus der Pflegeausbildung beziehen sich auf Ausbildungsinhalte. Die Kategorie umfasst die drei Unterkategorien „medizinisches/naturwissenschaftliches Fachwissen“, „curricular methodische Ausgestaltung der theoretischen Ausbildung“ und „sonstige Nennungen bzgl. Ausbildungsinhalte“. Die Kategorie „Qualität und Quantität der Praxiseinsätze“ beinhaltet Antworten, welche Verbesserungspotenzial durch mehr Zeit und einer verbesserten Qualität der Praxiseinsätze sehen. Optimierungsbedarf sehen viele Befragten aus der Pflegeausbildung bei der Koordination der verschiedenen Lernorte während der Ausbildung sowie in der Kommunikation zwischen den Dozenten/-innen. Diesbezügliche Antworten sind in der Kategorie „Koordination und Kommunikation“. In der Kategorie „Außenwirkung und Anerkennung“ finden sich Antworten, die für ein verbessertes Image des Pflegeberufs sowie für mehr Anerkennung des Pflegestudiums in der Pflegepraxis werben. Antworten, die für eine längere Ausbildungsdauer aufgrund der Fülle der Lehrinhalte und der erforderlichen Praxiseinsätzen stehen, befinden sich in der Kategorie „Dauer der Ausbildung“. In der Kategorie „Gewichtung der Schwerpunkte“ sind Antworten enthalten, die die Gewichtung zwischen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege in der Ausbildung betreffen. Davon beziehen sich viele Nennungen auf Inhalte aus der Kinderkrankenpflege. Antworten, die in der Kategorie „Weiterbildung und Spezialisierung nach Abschluss“ zu finden sind, beziehen sich auf den Wunsch nach gezielten Spezialisierungsmöglichkeiten in Anschluss an die Pflegeausbildung. Die Kategorie „Theorie-Praxis Transfer“ beinhaltet Antworten, welche auf eine bessere Abstimmung zwischen Theorie und Praxis abzielen. Antworten bzgl. einer besseren Bezahlung befinden sich in der Kategorie „Vergütung“. Verschiedene Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Notenvergabe und der Zeugnisse sind in der Kategorie „Noten/Zeugnisse“ gesammelt.

Die meisten Nennungen beziehen sich auf Ausbildungsinhalte. Da sie unterschiedliche Teilaspekte zum Ausdruck bringen, wurden drei Unterkategorien gebildet. 15 Nennungen fallen in die Kategorie

„Unterrichtsaufbau/Curriculare methodische Ausgestaltung der theoretischen Ausbildung“. Neun Nennungen beziehen sich auf „spezifisches medizinisches oder naturwissenschaftliches Fachwissen“; für diese Themenbereiche geben die Befragten aus der Pflegeausbildung Nachholbedarf an. Die restlichen sieben Nennungen der Kategorie Ausbildungsinhalte fallen unter die Sub-Kategorie „sonstige“. Den Befragten aus der Pflegeausbildung ist es außerdem wichtig, die Qualität und Quantität der Praxiseinsätze zu verbessern. Mit Quantität ist gemeint, dass die Befragten mehr Zeit für Praxiseinsätze als wichtig erachten. Die nächsten fünf Kategorien beziehen sich allesamt auf Probleme, die sich aus der neuen Form der Pflegeausbildung ergeben. Dies zeigt, dass die generalistische Pflegeausbildung aus Sicht der Befragten einen Verbesserungsbedarf in einigen Punkten aufweist.

Bei den Befragten aus dem Pflegestudium ergeben sich diese Kategorien:

Abbildung 32: Verbesserungsvorschläge für Pflegestudium



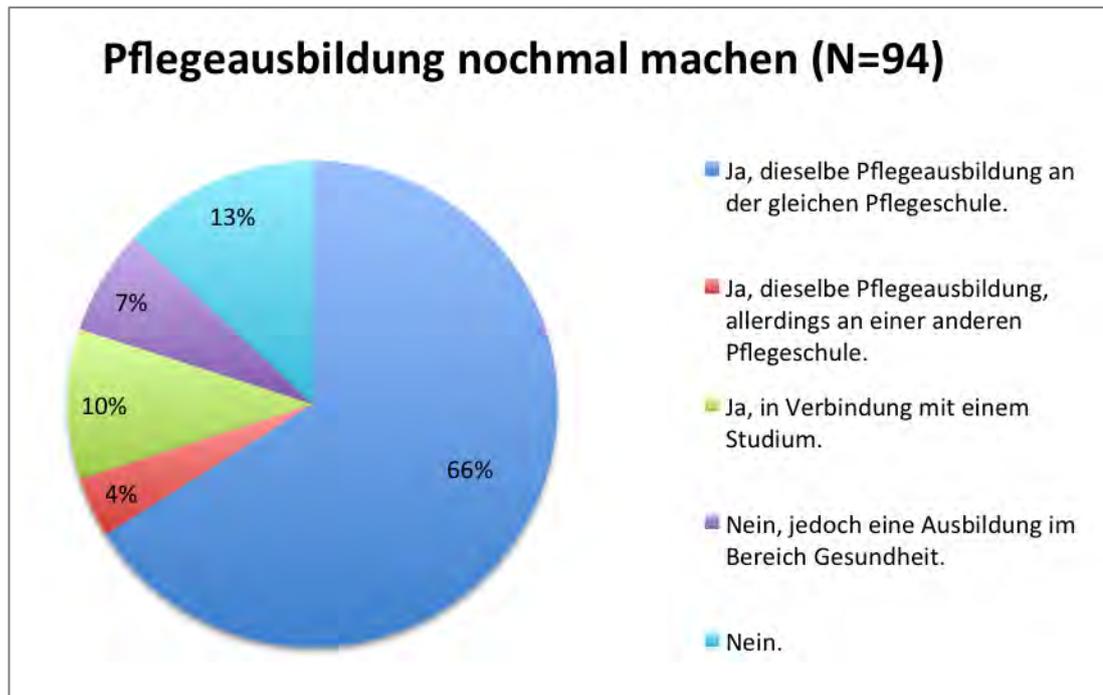
Antworten, die eine mangelhafte Kommunikation und Absprache zwischen den verschiedenen Lernorten betreffen, befinden sich in der Kategorie „Koordination der Lernorte“. Die Kategorie „Aufklärung und Image“ umfasst Antworten, welche eine bessere Öffentlichkeitsarbeit im

Sinne der primärqualifizierenden Studiengänge für notwendig erklären. Die Kategorie „Theorie-Praxis-Transfer“ umschließt Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer besseren Abstimmung zwischen Theorie und Praxis. Das Aufzeigen von und Eintreten für bessere/n Berufsaussichten ist das Thema in der Kategorie „Berufsaussichten“. Antworten, die auf eine verbesserungswürdige Organisation des Studienbetriebs abzielen, sind in der Kategorie „Studienorganisation“ vereint. Die Forderung nach besserer Lehrqualität, bezogen auf die Organisation der Lehre und das Verhalten sowie die Qualifikation der Lehrkräfte, sind in der Kategorie „Lehrqualität“ gebündelt. Die Kategorie „Wissenstiefe“ umfasst Verbesserungsvorschläge bezogen auf die Intensivierung von Lehrinhalten. Eine veränderte Gewichtung spezifischer Lehrinhalte ist das Thema der Kategorie „Wissensbestandteile“. Eine bessere Qualität der Praxiseinsätze wird in der Kategorie „Qualität der Praxiseinsätze“ gefordert. Die Kategorie „Vergütung“ bündelt Nennungen, die sich auf ein besseres Einkommen beziehen.

Nahezu die Hälfte der Befragten aus dem Pflegestudium bemängelt die Koordination der verschiedenen Lernorte. Weitere wichtige Verbesserungsansätze sehen die Befragten vor allem in der Studienorganisation, dem Theorie-Praxis-Transfer, der Lehrqualität, der Wissenstiefe und den Wissensbestandteilen sowie der Qualität der Praxiseinsätze. Diese vielen Kritikpunkte zeigen, dass das Studium noch in den Kinderschuhen steckt. Aber auch außerhalb des Studiums sind Verbesserungen erwünscht. Aus Sicht der Befragten ist eine (bessere) Information der beteiligten Praxiseinrichtungen wichtig. Außerdem sollten die Berufsaussichten geklärt werden und entsprechende Strukturen geschaffen werden.

Zum Abschluss wurden beide Befragungsgruppen gefragt, ob sie dieselbe Pflegeausbildung bzw. dasselbe Pflegestudium nochmals absolvieren würden. Mehrfachantworten waren nicht möglich.

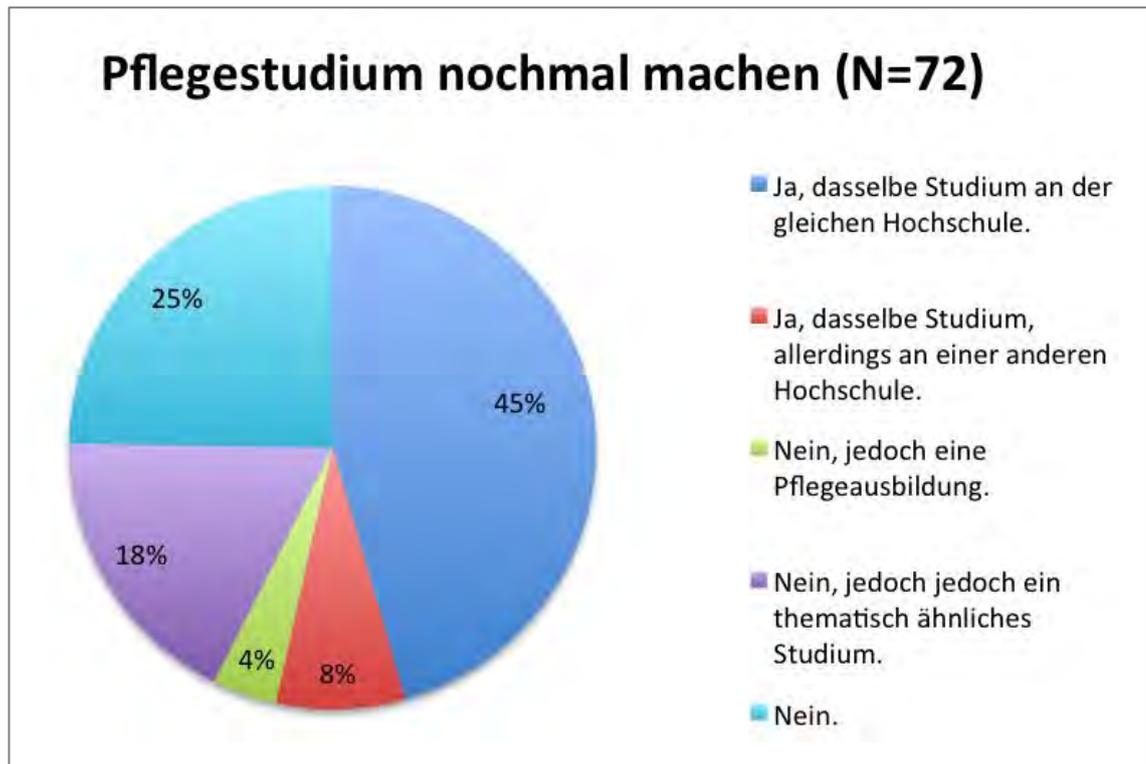
Abbildung 33: Pflegeausbildung nochmal machen



Die Antworten der Befragten aus der Pflegeausbildung geben ein positives Bild bzgl. ihrer Pflegeausbildung ab. Zwei Drittel der Befragten würden dieselbe Pflegeausbildung an der gleichen Pflegeschule nochmals machen. Nur 4 % der Befragten würden die Ausbildung lieber an einer anderen Pflegeschule machen. 10 % würden die Ausbildung eher in Verbindung mit einem Studium absolvieren. 32 % der Befragten aus der Pflegeausbildung planen ein anschließendes Studium. 13 % der Befragten würden ein zweites Mal keine Pflegeausbildung und auch keine Ausbildung in einem anderen Gesundheitsberuf absolvieren.

Bei den Befragten aus dem Pflegestudium ergibt sich eine weniger positive Bewertung ihres Pflegestudiums.

Abbildung 34: Pflegestudium nochmal machen



Weniger als die Hälfte der Befragten würden das Pflegestudium an derselben Hochschule nochmal absolvieren. Dies lässt darauf schließen, dass sie mit falschen Erwartungen und/oder zu wenig informiert das Studium begonnen haben. Zu überdenken wäre folglich die Öffentlichkeitsarbeit der Studiengänge.

8 % würden dasselbe Studium an einer anderen Hochschule machen. 18 % würden ein thematisch ähnliches Studium absolvieren wollen. 4 % der Befragten aus dem Pflegestudium scheint die Kombination von Pflegestudium und Pflegeausbildung keinen Zugewinn gebracht zu haben – sie würden lieber „nur“ eine Pflegeausbildung absolvieren. Ernüchternd wirkt der Anteil derer, die nichts dergleichen nochmal machen würden – ein Viertel der Befragten geht davon aus, den falschen Weg eingeschlagen zu haben. Es ist möglich, dass einige der 25 % mit der hohen Arbeitsbelastung während des Studiums (Studium plus Ausbildung, keine Semesterferien) überfordert waren bzw. sind und vielleicht in dieser Hinsicht andere Vorstellungen von einem Studium hatten.

Obwohl 43 % der Befragten aus dem Pflegestudium kein zweites Mal eine Berufsausbildung im medizinischen Bereich absolvieren würden, wollen nur 16 % einen anderen beruflichen Weg einschlagen (vergleiche Kapitel 4.1.3 „Berufliche Anschlusspläne“). Die Mehrzahl der 43 % scheint sich mit ihrem beruflichen Werdegang arrangieren zu wollen.

4.1.8 Zentrale Erkenntnisse

Nachdem nun die Ergebnisse der Online-Befragung entlang des Aufbaus des Fragebogens dargestellt wurden, lassen sich die zentralen Erkenntnisse wie folgt zusammenfassen:

- Die Motive der Befragten aus dem Pflegestudium liegen insbesondere bei den Lehrinhalten und den zukünftigen beruflichen Möglichkeiten. Die Motive der Befragten aus der Pflegeausbildung beziehen sich ebenfalls auf verbesserte Berufschancen: Die Möglichkeit, in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig zu werden, ist für die Befragten ein wichtiges Motiv.
- Einerseits stellt die Möglichkeit, in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig zu werden, für die hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte ein wichtiges Motiv bei der Ausbildungs-/Studienwahl dar. Andererseits schlägt sich dies nicht in den bevorzugten Einsatzfeldern während des Studiums nieder, so dass vorrangig die Option an sich – unabhängig davon, ob sie tatsächlich genutzt wird – aus Sicht der Befragten einen zentralen Wert besitzt.
- Die Gesundheits- und Krankenpflege hat ihren deutlichen Schwerpunkt bisher in der stationären Akutpflege, was angesichts pflegeepidemiologischer Entwicklungen nicht mehr zukunftsweisend ist. Die Befunde zu bevorzugten Einsatzorten und beruflichen Plänen der Befragten verdeutlichen, dass es offensichtlich (zumindest bislang) weder durch die Studiengänge noch durch die generalistischen Ausbildungsformen gelingt, diese Konzentration auf den Kliniksektor zu überwinden.

- 75 % der Befragten aus der Pflegeausbildung planen bzw. planen nach Abschluss der Ausbildung in der direkten pflegerischen Versorgung zu arbeiten. Bei den Befragten aus dem Pflegestudium sind dies 63 %. 77 % der Befragten aus der Pflegeausbildung planen bzw. planen nach dem Abschluss im Krankenhaus zu arbeiten. Nur 10 % beabsichtig(t)en im Pflegeheim zu arbeiten. 83 % der Befragten aus dem Pflegestudium planen bzw. planen, im Krankenhaus und nur 1 % im Pflegeheim zu arbeiten.
- 10 % der Befragten aus der Pflegeausbildung haben komplett andere berufliche Wege eingeschlagen. Obwohl es auch in anderen Branchen nicht unüblich ist, dass nach Ausbildungsabschluss ein anderer Berufsweg eingeschlagen wird, sollte aufgrund des Fachkräftemangels alles darangesetzt werden, Pflegekräfte in ihrem Beruf zu halten.
- Die meisten primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge fokussieren auf eine berufliche Tätigkeit ihrer Absolventen/-innen in der Pflegepraxis. Allerdings eröffnet ein Bachelor-Abschluss auch weiterführende akademische Bildungswege. Dies wird von den Befragten aus dem Pflegestudium insofern antizipiert, als dass ein Anschlussstudium bei ihnen immerhin an vierter Stelle der wichtigsten Motive zur Aufnahme des Studiums rangiert und sie dann nicht unmittelbar der pflegerischen Versorgung zur Verfügung stehen.
- Diese Tendenz ist auch bei den beruflichen Anschlussplänen der Befragten aus der Pflegeausbildung zu finden, denn ein Studium rangiert hier an zweiter Stelle (59 %). Angesichts solcher Befunde erscheinen auch die in der Pflegepraxis durchaus anzutreffenden Befürchtungen einer kompletten Akademisierung oder „Überakademisierung“ der Pflege eher unbegründet.
- Im Verhältnis zu allen anderen vorgegebenen möglichen Gründen für die Auswahl eines Stellenangebots spielt die Identifikation mit dem Arbeitgeber bei allen

Befragungsteilnehmer/-innen eine untergeordnete Rolle. Nahezu die Hälfte der Befragten aus der Pflegeausbildung haben ihre Arbeitsstelle über Kontakte im Kontext ihrer Berufsausbildung gefunden. Stellenanzeigen führten bei 26 % der Befragten zum Erfolg. Diese Gegenüberstellung spricht eine deutliche Sprache: Arbeitgeber profitieren davon, Schüler/-innen während der Ausbildung für sich zu gewinnen. Das sollte sich in konkreten Angeboten niederschlagen, wie z. B. einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung im Sinne der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und weiterer beruflicher Entwicklungs-, Spezialisierungs- und Karrieremöglichkeiten. Die jeweilige normative Grundausrichtung allein vermag hier nicht hinreichend zu überzeugen.

- 78 % der Befragten aus der Pflegeausbildung arbeiten bzw. arbeiteten nach der Pflegeausbildung im Krankenhaus. Diese Zahl deckt sich mit den anfänglichen Plänen der Befragten aus der Pflegeausbildung. Nur 6 % der Befragten aus der Pflegeausbildung arbeiten bzw. arbeiteten in einem Altenheim. 87 % der Befragten geben an, dass das Arbeitsfeld der ersten Tätigkeit ihr Wunschbereich war. Fast alle der übrigen 13 % arbeiten im Krankenhaus. Das bedeutet, dass die hohe Anzahl an Befragten aus der Pflegeausbildung im Krankenhaus ihre Ursache nicht nur in den persönlichen Präferenzen hat. Somit lässt sich vermuten, dass das Matching zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern/-innen in diesem Zusammenhang nicht optimal funktioniert. Womöglich üben die Krankenhäuser aufgrund ihrer starken Präsenz als Praxiseinsatzort während der Ausbildung einen Sogeffekt aus.
- 83 % der Befragten aus der Pflegeausbildung arbeiteten bzw. arbeiten direkt nach dem Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege, 9 % in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und nur 6 % in der Altenpflege. Vergleicht man diese Verteilung mit den Zahlen der Berufsabschlüsse der Befragten aus der Pflegeausbildung, entsteht vor allem eine

Diskrepanz im Bereich der Altenpflege: 100 % der Befragten aus der Pflegeausbildung haben (u. a.) einen Abschluss für die Gesundheits- und Krankenpflege, 63 % haben (u. a.) einen Abschluss für die Altenpflege und 14 % haben (u. a.) einen Abschluss in der Kinderkrankenpflege. Das bedeutet, dass der Abschluss in der Altenpflege beruflich nur in den wenigsten Fällen verwertet wird.

- Die genannte Verteilung auf die Pflegeberufe – entsprechend der ersten Anstellung nach dem Berufsabschluss – entspricht nicht dem Verhältnis der deutschlandweiten Personalverteilung auf die Pflegeberufe. Im Jahr 2014 arbeiteten in der Gesundheits- und Krankenpflege 69 %, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 1 % und in der Altenpflege 30 % der Pflegefachkräfte (jeweils ohne Helferberufe).
- Die Tätigkeit in der direkten Pflege nach Abschluss der Ausbildung kommt realiter häufiger vor (89 %), als es von den Befragten aus der Pflegeausbildung während der Ausbildung angestrebt wurde (75 %). Bei 25 % der Befragten aus der Pflegeausbildung, die während der Ausbildung nicht planten, in der direkten pflegerischen Versorgung tätig zu werden, lassen sich keine Muster bzgl. der alternativen Planungen erkennen.
- Einen wichtigen Stellenwert nimmt bei den Tätigkeitsschwerpunkten der aktuellen Stelle außerdem das Beraten von Patienten/-innen und Angehörigen ein. Leitende Aufgaben spielen eine untergeordnete Rolle.
- Die persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen der Befragten aus der Pflegeausbildung geben ein positives Bild der generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildung wieder. Die Erfahrungen bzgl. der besonderen Ausbildungsformen fallen allerdings nicht vollkommen positiv aus. Insbesondere scheint es Nachholbedarf in Sachen Akzeptanz und Information in der pflegerischen Praxis zu geben.
- Die Erfahrungen der Befragten aus dem Pflegestudium fallen deutlich negativer aus. Das primärqualifizierende bzw.

ausbildungsintegrierende Pflegestudium ist der Erfahrung der Befragten aus dem Pflegestudium zu Folge in der beruflichen Praxis kaum bekannt und wird eher nicht als sinnvoll angesehen. Dies zeigt, dass seitens der Arbeitgeber Strukturen fehlen, die den neuen Qualifikationen gerecht werden.

- Verbesserungsvorschläge für die Pflegeausbildung haben die Befragten aus der Pflegeausbildung vor allem in den Bereichen Ausbildungsinhalte sowie Qualität und Quantität der Praxiseinsätze. Ein Problem der Koordination besteht hierbei im Gegensatz zu den Aussagen der Befragten aus dem Pflegestudium nicht. Die vielen Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Ausbildungsinhalte könnten teilweise damit erklärt werden, dass die Befragten aus der Pflegeausbildung aufgrund des im Vergleich hohen Anteils an Abiturienten/-innen und Personen mit Fachhochschulreife einen höheren Anspruch an die Ausbildungsinhalte haben.
- Die Befragten aus dem Pflegestudium bewerten die Organisation der verschiedenen Lernorte negativ. Die Verbesserung der Koordination der verschiedenen an Studium und Ausbildung beteiligten Lernorte ist außerdem der häufigste Verbesserungsvorschlag der Befragten aus dem Pflegestudium. Eine mögliche Ursache für diese Koordinierungsprobleme mag darin liegen, dass bei dieser Kombination von Hochschulen und Fachschulen unterschiedliche Lernkulturen aufeinander treffen.
- Zwei Drittel der Befragten aus der Pflegeausbildung würden die gleiche Pflegeausbildung an derselben Pflegeschule nochmals machen. Diese Bewertung fällt positiver aus als in Vergleichsstudien: Laut ver.di Pflegeausbildungsreport von 2012 würde nur die Hälfte der Befragten die Pflegeausbildung an derselben Pflegeschule erneut absolvieren (vgl. ver.di 2012, 53). 13 % würden kein zweites Mal eine Berufsausbildung im Gesundheitsbereich absolvieren, beim Pflegeausbildungsreport von ver.di sind es 14 % (vgl. ebd.).

- Dringender Handlungsbedarf bei den Ausbildungs- und Studiengangverantwortlichen, den Arbeitgebern und den Gesetzgebern, lässt sich daraus ableiten, dass immerhin 20 % der Befragten aus der Pflegeausbildung angeben, dass sie keine Pflegeausbildung mehr machen würden bzw. sich für einen anderen Gesundheitsberuf entscheiden würden.
- Bei den Befragten aus dem Pflegestudium fällt die Quote dieser beiden Sub-Gruppen sogar mehr als doppelt so hoch aus (43 %). Demzufolge besteht die Gefahr, dass die eingesetzten persönlichen sowie gesellschaftlichen Ressourcen nicht im gewünschten Maße dem Ziel einer Sicherstellung und Optimierung der pflegerischen Versorgung gerecht werden.

4.2 Befragung potenzieller Arbeitgeber

Die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Experten/-innenbefragung orientiert sich an Hauptkategorien, die aus dem Leitfaden gebildet wurden. Der Forschungsfrage entsprechend betrifft dies eine Beurteilung ...

1. ... der generellen Entwicklung im Berufsfeld Pflege,
2. ... der Entwicklung einer generalistischen Pflegeausbildung,
3. ... der Entwicklung primärqualifizierender Pflegestudiengänge sowie
4. ... der weiteren Entwicklung der Qualifizierungen der Pflegeberufe

durch die befragten Experten/-innen.

Beurteilung der generellen Entwicklung im Berufsfeld (Alten-) Pflege

In der Dimension „Entwicklung im Berufsfeld Pflege“ wurden alle Textstellen kodiert, die sich auf die Entwicklung des Berufsfeldes Pflege im Allgemeinen sowie auf die Entwicklung im Berufsfeld Altenpflege beziehen. Es wurden folgende Unterkategorien gebildet: demografischer Wandel, Anforderungen an die pflegerische Versorgung, Anforderungen an die Ausbildung, Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung, Bedingungen der Berufstätigkeit in der Pflege.

Generalistische Ausbildungskonzepte

Alle Textstellen, die sich auf die generalistische Ausbildung beziehen, werden der Kategorie „generalistische Ausbildungskonzepte“ zugeordnet. Eine weitere Untergliederung erfolgte anhand der zentralen Antwortkategorien: Erfahrungen mit der generalistischen Pflegeausbildung, Beurteilung der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, Beurteilung der Einführung für den Bereich der Altenpflege, allgemeine Berufsaussichten der Generalisten – unterteilt in Faktoren, die für bzw. gegen ihren Einsatz sprechen und Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung – sowie Maßnahmen für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung bezogen auf Fort- und Weiterbildung, Inhalte des Curriculums, strukturelle Anforderungen und

die Ausbildungsqualität der Einrichtungen. Zuletzt wurden die von den Befragten vermuteten langfristigen Veränderungen durch Pflegekräfte mit einer generalistischen Pflegeausbildung dargestellt.

Primärqualifizierende Pflegestudiengänge

Die Hauptkategorie „primärqualifizierende Pflegestudiengänge“⁹ schließt alle Textstellen ein, die sich auf Studierende bzw. Absolventen/-innen dieser Studiengänge beziehen. Als weitere Gliederung der Ergebnisse dienen dabei folgende zentrale Antwortkategorien: Erfahrungen mit Absolventen/-innen bzw. Studierenden, Beurteilung der Einführung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge, allgemeine Berufsaussichten dieser Absolventen/-innen – bezogen auf Faktoren, die für bzw. gegen ihren Einsatz sprechen, auf mögliche Einsatzfelder und auf vermutete Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung – langfristige Veränderungen in der Pflege – bezogen auf die Wahrnehmung des Pflegeberufes und Veränderungen der pflegerischen Versorgung –, tarifliche Eingruppierung sowie Herausforderungen im Einsatz der Absolventen/-innen. Letztere beziehen sich auf das Arbeitsfeld, eine evtl. damit einhergehende Abwertung der traditionellen Pflegeausbildung, vermuteten stärkeren Führungsbedarf und die Anleitung bzw. Einarbeitung der Pflegenden während bzw. im Anschluss an das primärqualifizierende Studium.

Weitere Entwicklung der Ausbildung

Die abschließende Einschätzung der pflegerischen Ausbildungs- bzw. Studienmöglichkeiten wird ergänzt durch Faktoren, die für die weiteren Entwicklungen der Qualifizierung der Pflegeberufe aus Sicht der Experten/-innen notwendig erscheinen. Dazu zählen die zentralen Antwortkategorien: Finanzierung, Durchlässigkeit, Zusammenarbeit der Bildungsinstitutionen, Berufsidetitat der Pflegenden, Ausbildungsinhalte, Verbesserung des Selbstwertgefuhls der Pflegenden sowie die Sozialisation der Auszubildenden.

⁹ In den Experten/-innen-Interviews werden primärqualifizierende Pflegestudiengänge als solche verstanden, die den Erwerb der pflegerischen Berufszulassung mit dem Erwerb eines Bachelor-Abschlusses verbinden (vgl. Interviewleitfaden im Anhang)

Die folgende Tabelle zeigt die Hauptkategorien sowie ihre zentralen Antwortkategorien im Überblick.

Tabelle 7: Ergebnisse der Experten/-innen-Interviews im Überblick

Hauptkategorien	Zentrale Antwortkategorien
Beurteilung der Entwicklungen im Berufsfeld (Alten-) Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Demografischer Wandel • Anforderungen der pflegerischen Versorgung • Anforderungen an die Ausbildung • Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung • Bedingungen der Berufstätigkeit in der Pflege
Generalistische Pflegeausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen mit der generalistischen Pflegeausbildung • Beurteilung der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung • Beurteilung der Einführung für den Bereich der Altenpflege • Allgemeine Berufsaussichten der Generalisten <ul style="list-style-type: none"> ○ Faktoren, die für den Einsatz generalistischer Pflegekräfte sprechen ○ Faktoren, die gegen den Einsatz generalistischer Pflegekräfte sprechen ○ Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung • Maßnahmen für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung <ul style="list-style-type: none"> ○ Fort- und Weiterbildung ○ Inhalte des Curriculums ○ Strukturelle Anforderungen (gemeint ist: Finanzierung der Ausbildung, Erhalt der Altenpflegeeinrichtungen als Ausbildungsorte, Integrierte Ausbildung als Kompromissvariante, Erhalt der Pflegeschulen) ○ Ausbildungsqualität in den Einrichtungen • Vermutete langfristige Veränderungen durch

Pflegekräfte mit einer generalistischen
Ausbildung

**Primärqualifizierende
Pfleigestudiengänge**

- Erfahrungen mit Absolventen/-innen bzw. Studierenden
- Beurteilung der Einführung der primärqualifizierenden Pfleigestudiengänge
- Allgemeine Berufsaussichten der Absolventen/-innen der primärqualifizierenden Pfleigestudiengänge
 - Faktoren, die für den Einsatz der Absolventen/-innen sprechen
 - Faktoren, die gegen den Einsatz der Absolventen/-innen sprechen
 - Potenzielle Einsatzfelder
 - Vermutete Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung
- Langfristige Veränderungen in der Pflege
 - Wahrnehmung des Pflegeberufs
 - Veränderung der pflegerischen Versorgung
- Tarifliche Eingruppierung
- Herausforderungen beim Einsatz der Absolventen/-innen
 - auf das Arbeitsfeld
 - Abwertung der traditionellen Pflegeausbildung
 - vermehrter Führungsbedarf
 - Anleitung bzw. Einarbeitung der Pflegenden während bzw. im Anschluss an das primärqualifizierende Pflegestudium

Weitere

**Entwicklungen der
Qualifizierung der
Pflegeberufe**

- Finanzierung
- Durchlässigkeit
- Zusammenarbeit der Bildungsinstitutionen und Ausbildungsbetriebe
- Berufsidentität der Pflegenden
- Ausbildungsinhalte
- Verbesserung des Selbstwertgefühls der Pflegenden

Die detaillierte Auswertung der Experten/-innen-Interviews zeigt folgende Ergebnisse:

4.2.1 Beurteilung der generellen Entwicklung im Berufsfeld (Alten-)Pfleger

Demografischer Wandel

Als bedeutsamsten Faktor für die Entwicklung im Berufsfeld der Pflege nennen drei Viertel der Befragten den demografischen Wandel, der einen Wachstumsmarkt für die Pflege darstellt:

„Also, zum einen Mal, wird die Pflege als Wachstumsmarkt gesehen, das ist es auch. Dadurch, dass immer mehr Menschen älter werden und die Multimorbidität auch zunimmt, dass komplexere Pflegesituationen erwartet werden.“ (IP I, 13)

Dieser Wandel ist durch mehrere Faktoren gekennzeichnet. Hierzu zählen die Zunahme der Hochaltrigkeit und der damit einhergehenden Pflegebedürftigkeit sowie der Anstieg demenzieller Erkrankungen. Aus Sicht der Experten/-innen führt dies wiederum zu steigenden Anforderungen in der pflegerischen Versorgung und dazu, dass sich die Altenpflege zur Wachstumsbranche innerhalb des Gesundheitswesens entwickelt:

„Wir haben immer mehr alte pflegebedürftige Menschen. Es gibt Prognosen bis 2030 für Baden-Württemberg plus 54 %. Wir sind die Wachstumsbranche innerhalb des Gesundheitswesens und das Gesundheitswesen ist die Wachstumsbranche überhaupt.“ (IP II, 17)

Lediglich eine befragte Person verweist darauf, dass sich durch den demografischen Wandel aber auch die Anzahl der (potenziellen) Pflegefachpersonen reduziert, bedingt durch geburtenschwache Jahrgänge:

„Und natürlich stellen wir fest, dass, wie gesagt, der Bedarf steigt, aber halt auch die Pflegefachkräfte werden immer weniger.“ (IP XI, 15)

Demnach erhöht sich zum einen die Anzahl der Menschen, die pflegebedürftig werden und zum anderen sinkt die Anzahl derjenigen, die potenziell pflegerische Aufgaben übernehmen können.

Anforderungen der pflegerischen Versorgung

Durch den demografischen Wandel hat sich in den letzten Jahren das Handlungsfeld der Pflegenden verändert. Vor allem in der Altenpflegerischen Versorgung sind Pflegebedürftige heute häufig durch demenzielle Erkrankungen, starke körperliche Einschränkungen, Multimorbidität und Schwerstpflegebedürftigkeit geprägt:

„Also, wenn man sich die Zielgruppe anschaut, ob im Pflegeheim, in der stationären Pflege oder im ambulanten Bereich, aber vermehrt im stationären Bereich, hat man halt heute eine Zielgruppe, eine Bewohnerschaft, die halt eine sehr kurze Verweildauer hat, die kommt erst ins Heim, wenn gar nichts anderes mehr geht, also sehr ausgeprägte Demenzen, sehr ausgeprägte körperliche, behandlungspflegerische Situationen, also körperliche Einschränkungen.“ (IP XI, 15)

Zudem entstehen neue Aufgabengebiete für die Pflegenden, so dass sie zusätzliche Kompetenzen erwerben müssen. Beispielsweise gehören dazu die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V oder ein besseres Fallverstehen, das vor allem für die Versorgung von Menschen mit Demenz benötigt wird. Auch stellt die Fallsteuerung, beziehungsweise das Fallmanagement, aus Sicht der befragten Experten/-innen einen Arbeitsbereich für Pflegenden dar:

„[...] um das Ganze auch leisten zu können, denke ich, braucht es Case-Management, das Fall-Management dazu.“ (IP III, 13)

Anforderungen an die Ausbildung

Durch die sich wandelnden Anforderungen der pflegerischen Versorgung verändern sich auch die Ansprüche an Pflegenden, wobei der Experten/-innenmeinung zufolge die berufliche Ausbildung auf diese Veränderungen reagieren muss. So werden Kompetenzen im Umgang mit demenziell veränderten Menschen, körperlichen Einschränkungen im Alter und geriatrisch-pflegerische Kenntnisse in der (Alten-)Pflege immer wichtiger:

„Das heißt, in einer Ausbildung der Pflege, wie die auch immer gestaltet sein wird, ist es wichtig, dass neben diesen

sozialpflegerischen Aspekten eben dieser
behandlungspflegerische, medizinische Aspekt wirklich, ja
deutlich vielleicht vorkommt.“ (IP XI, 15)

„Ich finde es bedeutsam, dass gerade jetzt hier in Baden-
Württemberg die Bevölkerung sehr alt wird und ich sehe viele
Pflegerkräfte nicht in diesem Bereich der Geriatrie adäquat
ausgebildet. Das fehlt mir deutlich. Auch was den Selbstschutz
angeht, zum Beispiel Kinästhetik, wie kann ich einen Patienten
rückengerecht transferieren. Oder Umgang mit dementen
Menschen, wenn der sagt: ‚Heute ist Mittwoch‘, dabei ist
Donnerstag, hole ich den ab, wo er herkommt oder sage ich:
‚Nein, Sie sagen hier Blödsinn‘. Oder wenn Patienten aggressiv
werden, wie kann ich beruhigend auf sie einwirken, ohne mich
selbst angegriffen zu fühlen und kontra zu geben.“ (IP IV, 13)

Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung

Demzufolge wird in mehreren Interviews eine Weiterentwicklung der
Altenpflege als notwendig erachtet. Einige Experten/-innen sehen in der
generalistischen Ausbildung dafür entsprechende Chancen:

„Die Altenpflege in der Ausbildung wird auf jeden Fall davon
[Praktika im Krankenhaus, Anm. d. Verf.] profitieren, wenn mehr
von diesem behandlungspflegerischen, medizinischen Know-how
noch mehr rein kommt [...]. Wenn sich jemand bewirbt, dass
eben diese Kompetenzen trotz eines Zertifikats Pflege oft gar
nicht ausreichen, um mit der Realität, die da einfach da ist, mit
dem umzugehen.“ (IP XI, 15)

Im Gegensatz dazu greift die generalistische Ausbildung für andere
Befragte zu kurz, weil sie wichtige sozialpflegerische Aspekte
vernachlässigt, die in der Altenpflege unabdingbar erscheinen. In Folge
dieser Argumentation wird für eine Weiterentwicklung der Altenpflege
plädiert, anstelle der Einführung der Generalistik:

„Und wir sehen diese Entwicklung der generalistischen
Pflegeausbildung sehr sehr kritisch, weil dass, was Menschen im
Alter brauchen, ist zu einem großen Teil die soziale Pflege. Die
soziale Pflege geht da [in der generalistischen Ausbildung, Anm.
d. Verf.] baden.“ (IP II, 17).

„[...] dass man eben halt die Altenpflege weiterentwickelt und
nicht, und das wissen Sie ja wahrscheinlich, über die
generalistische Ausbildung dann quasi abschafft.“ (IP VI, 17)

Darüber hinaus wird das negative Image der Altenpflege beklagt und in
Verbindung gebracht mit den Besonderheiten der
Ausbildungsstrukturen in diesem Bereich:

„[...] dass wir mit der Altenpflegeausbildung auch einen Sonderweg beschritten haben, der ja, im Drittsektor angesiedelt, dazu geführt hat, dass Personen in die Pflege gekommen sind, die das nicht als erste Wahl getroffen haben, von den Wurzeln her, dass es eine Ausbildung war, in der Geld mitgebracht werden muss, was ja generell in der Pflege ist, dass sie nicht im dualen Ausbildungssystem angesiedelt ist, immer im Sonderschulsystem. Was eine Exklusivstellung auch hervorgerufen hat und diese Wurzeln in der Altenpflegeausbildung haben, was die Attraktivität anbelangt, heute Auswirkungen auf das Image, was Menschen haben. [...] der Fokus im Krankenhaus, was auch als attraktiver erlebt wird, als den Bereich, den ich jetzt hier vertrete [Altenpflege].“ (IP I, 13)

Bedingungen der Berufstätigkeit in der Pflege

Des Weiteren halten es zwei der Experten/-innen für wichtig, die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern, da soziale Berufe insgesamt für Schulabgänger/-innen im Hinblick auf die Berufswahl nur wenig bedeutsam und attraktiv zu sein scheinen:

„Wir gehen in Schulen hinein [...] Dort erleben wir es schon, dass soziale Berufe also nicht an erster Stelle stehen, nicht an zweiter Stelle stehen, sondern ganz weit hinten stehen [bei der Berufsorientierung, Anm. d. Verf.].“ (IP I, 13)

Angesichts dessen wächst offensichtlich der Druck auf Arbeitgeber, die Attraktivität der Pflegearbeit zu steigern, beispielsweise durch bessere Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitmodelle und eine erhöhte Vereinbarkeit von Familie und Beruf:

„Wir brauchen ja attraktive Arbeitsplätze [...] Die Träger und Heime müssen schauen, was sie tun können, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, wie es mit Arbeitszeitmodellen aussieht, wie sie die Schichten machen und die Dienste oder was sie für Kinderbetreuung machen können und solche Dinge.“ (IP VIII, 15)

Darüber hinaus antizipieren die Experten/-innen einen zunehmenden Skill- und Grademix in der pflegerischen Versorgung – unter anderem durch die Entstehung primärqualifizierender Studiengänge. Diese Entwicklung wird einerseits begrüßt und teilweise sogar als notwendig erachtet:

„[...] dass der Bedarf an differenzierten Kompetenzen zunehmen wird und dass wir im Bereich der beruflichen Bildung im Feld der Altenpflege, aber Pflege überhaupt, uns auf unterschiedliche

Kompetenzniveaus einrichten müssen, um überhaupt die Aufgaben bewältigen zu können.“ (IP VII, 13)

Andererseits entstehen daraus neue Herausforderungen für die Arbeitgeber bzw. die Pflegeinstitutionen, da zu klären ist, wer über welche Kompetenzen verfügt und für welche Aufgaben zuständig sein kann:

„Und auch hier müssen wir gucken, also uns, denke ich, breiter aufstellen, was die Ausbildung angeht, und die Aufgaben konkret formulieren in den Kliniken. Also etwas stärker und schärfer oder trennschärfer auch formulieren, was sind Tätigkeiten, die durch Assistenz erledigt werden kann, was sind Tätigkeiten, die Fachpflege und was sind Tätigkeiten, die zukünftig nämlich die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte durchführen können.“ (IP III, 13)

Zusammenfassend zeigen die Einschätzungen der Befragten zur generellen Entwicklung im Berufsfeld Pflege zunächst ein recht homogenes Bild, demzufolge der demografische Wandel – verbunden mit den damit einhergehenden pflegeepidemiologischen Veränderungen – zu einem wachsenden Bedarf an pflegerischer Versorgung sowie entsprechenden personellen Ressourcen führen und insbesondere die Altenpflege zu einem Wachstumsmarkt werden lassen. Gleichzeitig konstatieren die Experten/-innen steigende Anforderungen an die professionelle Pflege und beschreiben die Arbeitsbedingungen sowie die Attraktivität des Berufes als suboptimal. Ferner deutet sich bereits an dieser Stelle ein Dissens an hinsichtlich der Frage, wie und in welcher Form den dargestellten Herausforderungen durch Aus-, Fort- und Weiterbildung begegnet werden kann.

4.2.2 Generalistische Pflegeausbildung

Erfahrungen mit der generalistischen Pflegeausbildung

Die Experten/-innen sammelten bisher wenig Erfahrungen mit Pflegefachpersonen, die eine generalistische Pflegeausbildung absolvierten. Lediglich ein Viertel der Befragten hat bereits mit generalistisch ausgebildeten Pflegenden zusammengearbeitet bzw.

generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen eingestellt. Dies begründet sich zum einen durch den kurzen Zeitraum von etwa zehn Jahren, in dem Modellprojekte zur generalistischen Pflegeausbildung erprobt werden, und zum anderen durch die geringe Zahl Pflegenden mit diesem Abschluss.

Diejenigen Experten/-innen, die bereits Erfahrungen mit generalistisch ausgebildeten Pflegekräften sammeln konnten, bewerten insbesondere die breite Einsatzfähigkeit dieser Fachkräfte positiv:

„Also, wir haben ganz gute Erfahrungen gemacht mit den Absolventinnen und Absolventen. Die sind in unterschiedlichsten Aufgabenfeldern tätig.“ (IP VII, 35)

Zwei Experten/-innen berichten von negativen Erfahrungen mit generalistischen Pflegekräften, die sie auf das vermeintliche berufliche Selbstverständnis der Absolventen/-innen zurückführen und mit dem Modellcharakter der generalistischen Ausbildung in Verbindung bringen:

„Da war dann eher eine Einschätzung da, eben dieses, na ja, es sind vielleicht kleine Doktoren und die fühlen sich zu Höherem berufen und, ja, wollen dann eigentlich gleich was ganz anderes machen. Das mag sicherlich sein, wenn das jetzt noch diesen Modellcharakter hat.“ (IP XI, 45)

Darüber hinaus wird von negativen Erfahrungen mit der generalistischen Pflegeausbildung in Bezug auf die Kinderkrankenpflege berichtet. In Ermangelung geeigneter Einsatzorte in der Pflege wurden Auszubildende hier offensichtlich in der Kindererziehung eingesetzt, was als problematisch wahrgenommen wird:

„Da war das ganz große Problem, was ich ja sowieso ein Problem dieser gesamten generalistischen Ausbildung sehe: Die konnten den Bereich der Kinderkrankenpflege nicht abdecken. Und Sie werden nicht glauben, was passiert ist: Die haben die Schüler im Kindergarten eingesetzt. Das ist vollkommen idiotisch. Also, da kann man es auch sein lassen. Aber dieses Problem wird es überall geben, insbesondere auch in Baden-Württemberg, wir hier im Ballungszentrum haben vielleicht ein schweres Problem. [...]. Und wenn dann die Lösung so aussieht, dass man die in einen Kindergarten oder Hort oder Krippen steckt ...“ (IP X, 45)

Ogbleich bislang nur wenig konkrete Erfahrungen mit generalistisch qualifizierten Pflgenden vorliegen, ist die geplante bundesweite Einföhrung dieses Ausbildungskonzeptes weitgehend bekannt. Infolgedessen wurden die Experten/-innen um eine grundsätzliche Beurteilung dieser Ausbildungsreform gebeten.

Beurteilung der Einföhrung der generalistischen Pflegeausbildung

Etwa die Hälfte der Experten/-innen beurteilt eine generalisierte Pflegeausbildung aufgrund der ähnlichen Ausbildungsinhalte in den jetzigen drei Pflegeberufen als adäquat:

„weil sich ja ein ganz hoher Anteil an Unterrichten hier auch überschneidet oder gemeinsam ist.“ (IP III, 18)

oder

„das was wir brauchen, sind tatsächlich Breit-Basis-Qualifizierte, die dann sich spezialisieren. Wenn sie es möchten.“ (IP I, 73)

Ein Drittel der Befragten sieht einen weiteren Vorteil in der größeren Flexibilität der Absolventen/-innen auf dem Arbeitsmarkt, die zum einen auf die EU bezogen wird:

*„die Ausbildung, die im europäischen Kontext durchaus **die** [einzig, Anm. d. Verf.] Ausbildung ist.“ (IP III, 17)*

und zum anderen auf das lokale Berufsfeld Pflege. Mit dieser Möglichkeit werden positive Effekte sowohl für Arbeitgeber als auch Absolventen/-innen verbunden:

„Job-Rotation als Beispiel wird eher ermöglicht dadurch, dass eine Grundlagenqualifikation da ist, die dann doch mehr Einsatzfelder ermöglicht.“ (IP I, 39)

oder

„die generalistische Ausbildung, das ist so eines, denke ich, hat es einen Vorteil, dass wir die jungen Menschen, die könnten sich dann nach dieser ersten generalistischen Ausbildung möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt dann entscheiden, wo sie hin möchten.“ (IP III, 17)

Des Weiteren wird eine Einteilung der Pflegeberufe entlang von Lebensspannen als nicht mehr zeitgemäß empfunden¹⁰:

„Die Ausbildungen nach Altersklassen gestuft, so wie es in der Vergangenheit war, wird den zukünftigen Bedarfen nicht mehr

¹⁰ Nach Angaben der Pflegestatistik 2013 wurden zum Jahresende 2013 rund 35.698 Personen bis zu einem Lebensalter von 60 Jahren in Deutschland vollstationär in Heimen versorgt. (Statistisches Bundesamt 2015, 9)

gerecht. [...] Das Alter ist ja nur eine Einteilung, die man irgendwann mal gewählt hat, um bestimmte Versorgungssettings einfach abzubilden. Das, was wir jetzt haben, wir haben junge Pflegebedürftige, die andere Bedürfnisse haben, wir haben die Zunahme von kognitiv eingeschränkten Menschen.“ (IP I, 73)

oder

„Bei den Patienten da haben wir es ja auch mit durchaus jüngeren Leuten zu tun, die eben pflegebedürftig sind und entsprechend als Patienten dann auch behandelt werden und versorgt werden müssen [in Altenpflegeheimen und in der ambulanten Pflege, Anm. d. Verf.]. Von daher ist das Gerontologische zum Teil wichtig und auf der anderen Seite gibt es auch andere Dinge, die genauso wichtig sind oder nicht nur eben so diesen Fokus auf den alten Menschen.“ (IP VIII, 21)

Dieser Argumentation folgend könnte die generalistische Pflegeausbildung prinzipiell als passender betrachtet werden im Vergleich zur jetzigen Dreiteilung der Pflegeberufe.

Allerdings existieren auch kritische Einschätzungen zur generalistischen Ausbildungsstruktur. Sie lassen sich in etwa der Hälfte aller Interviews nachweisen und beziehen sich erstens auf einen vermuteten Kompetenzverlust für spezifische pflegerische Einsatzfelder:

„wenn ich mir jetzt vorstelle, die Krankenpflegeschüler, die müssen jetzt auch noch die ganze Altenpflege mit integrieren. Das sind ja ganz andere Ansätze. Da gelingt das in dieser Zeit nicht. Da bleibt was anderes auf der Strecke.“ (IP IV, 21)

An dieser Stelle zeigt sich bereits ein spezifisches Verständnis von Generalistik, demzufolge es sich um die Addition von Ausbildungsinhalten handeln sollte, was bei weiterhin bestehender Ausbildungszeit von drei Jahren zweifelsohne sehr schwierig erscheint.

Zweitens argumentieren die Kritiker/-innen, dass die generalistische Ausbildung zu wenig auf die pflegerische Praxis vorbereitet und dadurch längere Einarbeitungszeiten nach Beendigung der Ausbildung entstehen, die als problematisch betrachtet werden:

„wenn ich den Schüler aus der Generalistik bekomme, je nachdem, was er da lernt, ein deutlich größeren Vorlauf noch einmal habe, bis ich ihn eben tatsächlich fit gemacht habe für das, was er bei mir dann in der Praxis tun muss.“ (IP XII, 23)

Drittens existieren zumindest teilweise Zweifel an der immer wieder angeführten Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung durch ein generalistisches Profil und an der vermuteten Steigerung der Ausbildungsnachfrage:

„wir glauben auch nicht, dass das die Attraktivität der Pflege insgesamt steigert. Also zu glauben, dass durch eine generalistische Ausbildung die Zahl derjenigen, die eine Pflegeausbildung anfangen, beginnen zu steigen, ist uns überhaupt völlig schleierhaft.“ (IP VI, 21)

Beurteilung der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung für den Bereich der Altenpflege

Ähnlich wie in der Synopse der Positionen von Trägerverbänden in der Pflege nachgewiesen (vgl. 4.3), zeigen sich die Experten/-innen hinsichtlich des generalistischen Ausbildungskonzeptes für die Altenpflege besonders kritisch. Wenngleich dieses Ausbildungskonzept für die Pflege im Allgemeinen durchaus sinnvoll erscheint, werden vielfältige Argumente angeführt, warum das generalistische Ausbildungsprofil die spezifischen Anforderungen der Altenpflege nicht passgenau abbildet. Dies betrifft beispielsweise das berufliche Selbstverständnis der Altenpflege, die historisch durch eine sozialpflegerische Ausrichtung geprägt ist und diesen Charakter nun zu verlieren droht:

„Altenpflege schon immer noch so ein sozialpflegerischer Beruf, so ein bisschen. Das ist so ein Schwerpunkt in der Ausbildung. Man befürchtet manchmal, dass vielleicht die Kompetenzen in dem Bereich dann einfach weg sind.“ (IP XI, 31)

„Also der Bedarf an, sag ich mal, Altenpflegerischen Kenntnissen, und das ist ja mehr oder auch was anderes, wie jetzt eine Krankenpflegerische Ausbildung teilweise. Da geht es eben halt um andere Dinge, auch um das Soziale, um soziale Dinge, Demenz, solche Dinge.“ (IP VI, 19)

Andere Einschätzungen gehen noch weiter und befürchten, dass das eigenständige Berufsprofil Altenpflege durch die generalistische Ausbildung nicht mehr erkennbar sein wird. Die Entstehung des neuen Berufsbildes der „Fachkraft für Alltagsbegleitung“ wird bereits als Indiz für eine solche Entwicklung betrachtet:

„Die Altenpflege ist damit ausradiert. Das ist der erklärte Wille, einen Beruf zu konzeptionieren mit einer Ausbildungszeit von drei Jahren, und zusammengefasst werden sollen die Berufsbilder Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Das ist noch nicht so ganz verstellbar für Experten aus dem Bereich. (IP X, 19)

oder

„Wenn die Generalistik kommt, wenn diese integrierte Ausbildung kommt, dann verlieren wir die Altenpflege und dafür müssen wir die Fachkraft für Alltagsbegleitung schaffen. Statt an einem Berufsbild zu arbeiten und dieses Berufsbild dahin zu lenken, schafft man ein Berufsbild ab. Es entsteht eine Lücke, und dann muss mit viel Geld ein neues Berufsbild geschaffen werden. Und das ist dieser Mix, den ich da sehe. Also ich wäre dafür, dass wir einen Teil Krankenschwestern haben, einen Teil Altenpfleger haben und gleichzeitig diese Alltagsbegleitung immer mehr hochkommen lassen.“ (IP II, 67)

Zudem wird wiederum befürchtet, dass durch die generalistische Ausbildung Kompetenzen verloren gehen, die durch eine zusätzliche Einarbeitung oder Weiterqualifizierung im Anschluss an die Ausbildung kompensiert werden müssen, um die Absolventen/-innen als Pflegefachpersonen insbesondere in der Altenpflege einsetzen zu können:

„Die zweite Befürchtung ist für die Altenpflege, dass in der Generalistik halt ..., das ist eine Frage der Ausgestaltung, aber aufgrund von ..., man muss ja vieles zusammenraffen, es muss ja alles rein, dass die Altenpflege inhaltlich zu kurz kommt und dass dann gerade für die Altenpflege noch einmal ein deutlich höherer Vorlauf ist, als für die Tätigkeit im Krankenhaus, bis ich den wirklich auf die Tätigkeit fit gemacht habe.“ (IP XII, 27)

oder

„da gibt es eben die Befürchtung, passt das dann oder wie müssen die dann noch lernen, obwohl sie eigentlich schon ausgebildet sind. Wie müssen wir die dann noch weiterqualifizieren, damit wir die auch so einsetzen können, wie wir sie gerne einsetzen würden.“ (IP VIII, 21)

Daneben erscheinen einem Drittel der Experten/-innen die Rahmenbedingungen während der Ausbildung als unpassend für Altenpflegeeinrichtungen. Dies wird zum einen durch die große Varianz der Ausbildungsorte und der sich dadurch ergebenden kurzen Praxiszeiten begründet, die wiederum im Gegensatz zum Konzept der Beziehungspflege stehen:

„So, erstens das, zweites Ort X2a, Ort X2a sollte, nach der generalistischen Ausbildung nicht nur die eignen, die ursprüngliche Altenpflegeausbildung, sondern auch Krankenpflege, Kinderkrankenpflege-Azubis bekommen in der Praxis, das heißt ein rotierendes System. Die Beziehungspflege geht dabei baden.“ (IP II, 21)

Zum anderen gibt es Befürchtungen, dass diese Varianz der Praxiseinsätze von Trägern der Altenpflegeeinrichtungen nicht abgedeckt werden kann und diese dann als Ausbildungsbetriebe für die praktische Ausbildung wegfallen werden. Dies würde bedeuten, dass Altenpflegeeinrichtungen in Zukunft weniger Auszubildende beschäftigen könnten, wodurch sich der Fachkräftemangel verstärkt:

„die Altenpflegeeinrichtungen [können] bei einer generalistischen Ausbildung nicht mehr Träger der praktischen Ausbildung sein, weil, wenn man die Altenpflege aufwerten will, dann wird so eine generalistische Ausbildung natürlich deutlich mehr Krankenpflege-Anteile enthalten. Das ist so, das muss ja so sein. Und da ist dann, wie gesagt, die Sorge eben [...] weil auch da dann ein Riesen-Potenzial an Ausbildungsbetrieben, Ausbildungsbereitschaft verloren gehen würde.“ (IP VI, 31)

Dieser Argumentation zufolge kann eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeausbildung vorrangig durch einen erhöhten Anteil medizinisch-behandlungspflegerischer Inhalte gelingen. Diese ginge jedoch zu Lasten der Altenpflegeeinrichtungen, die dann nicht mehr als Träger der praktischen Ausbildung in Frage kämen.

In ähnliche Richtung deuten Befürchtungen, die generalistisch qualifizierten Absolventen/-innen könnten die stationäre Altenpflege meiden bzw. ihre Arbeitsplätze überwiegend in Krankenhäusern oder ambulanten Pflegediensten suchen, da insbesondere der akutstationäre Bereich attraktiver erscheint:

„Also, da gibt es die eine Befürchtung eben auf die pflegerische Versorgung, also dass die Auswirkung, dass die Absolventen dieser Ausbildungen dann eben zu größeren Teilen in Krankenhaus und ambulanten Diensten landen.“ (IP VIII, 35)

Infolgedessen würde sich der bereits bestehende Fachkräftemangel in der Altenpflege noch verschärfen. Auch wenn es sich hierbei vorrangig um Vermutungen handelt und die Experten/-innen diese kaum mit

eigenen Erfahrungen belegen können, zeigen die Befragungsergebnisse der Absolventen/-innen sehr deutlich, dass solche Befürchtungen durchaus berechtigt sind: Die Altenpflege gilt aus Sicht der Absolventen/-innen weder während noch nach der Ausbildung als besonders attraktiv bzw. wird kaum als Einsatzfeld in Betracht gezogen.

Zudem ist die nicht nach Lebensphasen aufgeteilte Pflegeausbildung in Europa nach Meinung zweier Experten/-innen als Vorbild für Baden-Württemberg ungeeignet. Diese Experten/-innen bewerten die Ausbildung zum/zur Altenpfleger/-in positiv und wünschen sich eine vergleichbare Ausbildung in anderen europäischen Ländern:

„Da vergleicht man Äpfel mit Birnen. Wenn man sagt, wir wollen alles vereinheitlichen auf europäischer Ebene. Da ist die große Gefahr, dass unsere Standards auf das Niveau von anderen Ländern, die in anderen Bereichen sehr, sehr effizient sind, aber da [im Bereich der Altenpflege, Anm. d. Verf.] nicht.“ (IP II, 39)
oder

„Und dieses Argument, was immer wieder kommt, dass wir im Rahmen der Europäisierung so etwas machen müssen, das sollte man doch mal umgekehrt fragen, die Altenpflegeausbildung wurde ja 2003 bundeseinheitlich geregelt, 2009 noch einmal verändert und das ist ein bewährtes Konzept. Die Altenpflege von heute sieht ganz anders aus als Altenpflege von vor 20 oder 30 Jahren. Und ohne Not ein bewährtes Konzept aufzugeben, halte ich für schwierig. Und wenn es das in Europa nicht gibt, dann wäre es eher ein Argument, dieses Konzept in Europa zu exportieren, als ein erfolgreiches Konzept in Deutschland zu canceln.“ (IP X, 43)

Des Weiteren wird argumentiert, dass sich durch die generalistische Ausbildung die Anzahl der Auszubildenden weiter reduziert, weil sich der Kreis der Interessierten verkleinern würde. Begründet wird diese Einstellung mit den jeweils unterschiedlichen sozialen Hintergründen und Milieus der Auszubildenden in den drei Pflegeberufen. Demnach würde eine gemeinsame Ausbildung beispielsweise von Personen mit unterschiedlichem Bildungsabschluss sowie kultureller Herkunft für alle gleichermaßen zu Enttäuschungen führen und von einer solchen Ausbildung abschrecken:

„ich denke auch in der Altenpflege an einen hohen Migrations-Anteil, auch eine andere soziale Schicht, [die] auf Abiturienten

treffen, die andere Vorstellungen, vielleicht andere Sozialisationen haben, dann muss man das in der Ausbildung irgendwie zusammenführen.“ (IP III, 18)

oder

„also der Personenkreis in der Altenpflege ist ein komplett anderer als in der Krankenpflege. Wir haben die große Befürchtung, dass, wenn man eine generalistische Ausbildung macht, ein großer Teil derjenigen, die sich heute noch zu einer Altenpflegeausbildung motivieren lassen, in ihrer Einrichtung, wo sie bislang schon gearbeitet haben, wo sie sich auskennen, wo man sie unterstützt, dass wenn es in eine generalistische Ausbildung geht, dass diese Leute wegfallen.“ (IP XII, 27)

Hierbei wird wiederum deutlich, dass insbesondere die Altenpflege um den Bestand ihres jetzigen Ausbildungspotenzials fürchtet.

Neben diesen kritischen Einschätzungen finden sich in den Interviews jedoch auch Äußerungen zu Vorteilen, die für die Altenpflege aus einer generalistischen Ausbildung erwachsen könnten.

So werde lebenslanges Lernen durch die generalistische Ausbildung gefördert und dies sei besonders in der Altenpflege wichtig, um den sich wandelnden Pflegebedürfnissen und der zunehmenden Multimorbidität gewachsen zu sein:

„lebenslanges Lernen, was [...] in der Pflege, denke ich, angebracht wäre, das [ist] auch das Manko der Altenpflege.“ (IP I, 15)

oder

„dass es immer wieder weitere Lernkontexte geben muss und auch Lernsituationen gibt, die wir auch als Organisation, als Arbeitgeber begleiten müssen und da auch Lernen ermöglichen müssen. Es muss eine Kultur des lebenslangen Lernens geben. Sowohl im Bewusstsein der Pflegenden, dass ihnen klar ist, es gibt immer neue Erkenntnisse und die lern ich und werde ich in mein Handeln mit einfügen, und die Organisationen müssen das Gleiche auch tun.“ (IP VII, 17)

Ferner wird es durchaus begrüßt, dass zukünftige Fachkräfte für die Altenpflege mehr Kompetenzen im medizinisch-krankenpflegerischen Bereich mitbringen. Gleiches gilt für die verschiedenen praktischen Einsätze während der generalistischen Pflegeausbildung. Von beiden Aspekten werden positive Effekte für die stationäre Langzeitpflege erwartet:

„da finde ich hilfreich, über die Generalistik den Menschen Einblick in unterschiedliche Pflegekontexte zu geben, unterschiedlichen Alters, und das hilft auch der Altenpflege.“ (IP VII, 17)

oder

„umgekehrt halte ich es für sehr sinnvoll, dass im Bereich Altenpflege zum Beispiel gelernt wird, wie hängt man eine Infusion an oder was für Medikamente sind das. Das ist ein Manko. Ich komm auch bei uns ins Pflegeheim und in andere Pflegeheime und sehe, da hat es große Lücken von der Altenpflege her.“ (IP IV, 21)

Allgemeine Berufsaussichten für generalistisch ausgebildete Pflegekräfte

Faktoren, die für den Einsatz von generalistischen Pflegekräften sprechen

Nahezu alle Experten/-innen schätzen die Berufsaussichten generalistischer Pflegefachkräfte als gut ein, wobei die Begründungen für diese Einschätzungen recht facettenreich ausfallen.

Demnach münden die demografische Entwicklung, steigende Nachfrage nach pflegerischen Versorgungsleistungen und der Mangel an Pflegefachpersonal in generell günstige Beschäftigungsaussichten für nahezu jede/-n Interessierte/-n, unabhängig vom Ausbildungsprofil:

„die Berufsaussichten, die werden auch für generalistisch Ausgebildete gut sein, also vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung.“ (IP VI, 23)

Weiterhin sehen die befragten Experten/-innen gute Berufsaussichten für generalistische Pflegekräfte, da diese in den verschiedenen pflegerischen Bereichen flexibel einsetzbar sind und ein Wechsel des Arbeitsplatzes einfacher möglich ist.

„je breiter jemand ausgebildet ist, umso einfacher fällt es ihm, mal in dem Bereich und mal im anderen zu arbeiten.“ (IP IV, 41)

Mit Blick auf die einzelnen Pflegesektoren erscheint eine generalistische Pflegeausbildung aus Sicht mehrerer Experten/-innen wünschenswert, da pflegerische Fragestellungen zunehmend sektorenübergreifend existieren, das heißt, die Altenpflege wird häufiger mit krankenpflegerischen Aspekten konfrontiert und die Krankenpflege sieht sich umgekehrt immer mehr alten Menschen gegenüber:

„dass wir nämlich in den Kliniken immer mehr den Bedarf haben an Altenpflege, also dass die Ressource, die Altenpflege mitbringt, also die soziale Pflege, also der Umgang mit Demenz, der bei der Gesundheits- und Krankenpflege eher Defizite hat und wir uns in Bereichen in der Klinik auch Altenpflege hier herholen und durchaus gute Erfahrungen gemacht haben. [...] Und umgekehrt auch Gesundheits- und Krankenpflege in Pflegeeinrichtungen durchaus ihren Platz hat. Also dort, wenn es um pflegerische Anteile geht, die in Richtung medizinische Erkenntnisse gehen.“ (IP III, 20).
oder

„Also, wenn man es positiv sieht, dass vielleicht im Krankenhaus mehr Kompetenz im Umgang mit alten Menschen speziell vermittelt wird.“ (IP XII, 43)

Ferner sprechen die im Vergleich zur traditionellen Ausbildung erweiterte Wissensgrundlage und die größeren pflegepraktischen Erfahrungen während der Ausbildung für einen Einsatz generalistisch qualifizierter Absolventen/-innen, da sie nach Experten/-inneneinschätzung besser geeignet sind für die zukünftige pflegerische Versorgung:

„ich habe ein breiteres Spektrum, ich kann auf die Patienten, auf die Bewohner, auf die Gäste, Tagesgäste, so denke ich, angemessener eingehen, wenn mein Handlungsrepertoire größer ist. Und das spricht für die Generalistik und ja, das wünsche ich mir, einfach zum Wohl der uns anvertrauten Menschen. Das schafft die Qualität unserer Arbeit. Oder befördert die Arbeit.“ (IP VII, 21)

oder

„Die Fragestellung auch für mich, also auch in der Kinderkrankenpflege, die haben sich immer mehr konzentriert auf Häuser der Maximal-Versorgung, die wir aber auch in Häusern der Akut-Versorgung, also wo wir Kinder zu versorgen haben, aber auch nicht ausschließlich. Also, wo wir auf diese Altersgruppe auch eingehen müssen und die Multimorbidität, die mehr in der ambulanten Versorgung mehr die in den Pflegeeinrichtungen, wo wir, ich sag mal, die Behandlungspflege, die traditionelle, wenn ich den Begriff verwenden darf, mehr und mehr vorkommt, also dass hier diese Bereiche der medizinischen Versorgungen notwendig sind, die Pflege ja übernimmt.“ (IP III, 22)

Weiterhin erhoffen sich einige der Befragten ein grundlegendes pflegewissenschaftliches Verständnis sowie medizinisch-behandlungspflegerische Kompetenzen bereits von generalistischen Pflegefachkräften und offenbar nicht „erst“ von Absolventen/-innen primärqualifizierender Studiengänge:

„Also, ich nenn noch mal die Expertenstandards und pflegewissenschaftlich fundiertes Agieren in verschiedenen Bereichen, da brauche ich ein gewisses Verständnis dafür. Ich verspreche mir [...], dass generalistisch ausgebildete Pflegefachkräfte da breiter aufgestellt sind und da einfach vielleicht fitter sind als die bestehenden Mitarbeiter. Also da denke ich schon, dass sie in dem pflegewissenschaftlichen Bereich einfach gut aufgestellt sind, hoffentlich auch in dem medizinisch behandlungspflegerischen Bereich. Da auch noch einmal mehr Kompetenzen mitbringen.“ (IP XI, 25)

Darüber hinaus scheint das Berufsbild durch eine Änderung der Ausbildung an Attraktivität gewinnen zu können. Dies wird durch leichtere Aufstiegschancen und bessere Karrieremöglichkeiten begründet, da durch eine generalistische Pflegeausbildung die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Berufsfeldern der Pflege erhöht wird:

„Aufwertung des Berufes, Attraktivitätssteigerung des Berufes, Durchlässigkeit der verschiedenen Stufen, dass man sozusagen auch Aufstiegschancen leichter oder Karriere auch leichter mit dem Berufsbild der Pflege verbindet.“ (IP V, 34)

Faktoren, die gegen den Einsatz von generalistischen Pflegekräften sprechen

Die Argumente der Experten/-innen, die gegen einen Einsatz generalistischer Pflegefachkräften sprechen, betreffen zwei zentrale Aspekte: zum einen den vermuteten höheren Fort- und Weiterbildungsbedarf im Anschluss an die Berufsausbildung und zum anderen das unklare Tätigkeitsfeld, das die Berufsaussichten dieser Fachkräfte schmälert.

Der Weiter- beziehungsweise Fortbildungsbedarf ergibt sich für die befragten Experten/-innen durch eine zu kurze Ausbildung und damit durch zu oberflächliche Kompetenzen der Absolventen/-innen:

„Generalistik allein wird nichts bringen. Es werden insgesamt sechs Jahre Schule in drei Jahre komprimiert. Das heißt, die Schüler, die da rauskommen, die haben ein oberflächliches Wissen [...]“ (IP II, 35)

Auch an dieser Stelle wird unter „generalistischer Ausbildung“ weitgehend verstanden, dass die Ausbildungsinhalte aus den bisher drei Ausbildungen einfach zusammengefügt werden – unter Beibehaltung der bisherigen Ausbildungsdauer und nicht als neues Ausbildungskonzept.

Weitere Vorbehalte gegen den Einsatz von generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräften, insbesondere in der Altenpflege, sind offensichtlich darin begründet, dass den Experten/-innen selbst deren Tätigkeitsprofil nicht hinreichend klar ist. Erschwerend kommt hinzu ,

dass das neue Berufsprofil in der Pflegepraxis noch wenig Akzeptanz und Zustimmung finde:

„dass es sich erst einmal erweisen muss, wo man denjenigen dann auch quasi hinsteckt, welches Tätigkeitsprofil er hat, in welchen Handlungsfeldern er überhaupt auch tätig werden kann. Und ich denke, das wird sich, also das wird die Schwierigkeit sein, dass die sozusagen in der Praxis auch angenommen werden.“ (IP V, 22)

oder

„Also, wenn ich drei Bewerbungen habe: Krankenschwester, Altenpflege, Generalistik – der erste, der wegfällt ist der Generalist. Das ist mir zu oberflächlich. [...] Also, dieser Abschluss wäre für mich als Leitungskraft nicht attraktiv.“ (IP II, 35)

Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung

Heute ist unbestritten, dass die pflegerische Versorgung eng mit der Qualifikation der Pflegefachkräfte verbunden ist. Folglich wurden die Experten/-innen nach ihrer Einschätzung der Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung auf die pflegerische Versorgung befragt. In diesem Kontext gelten wiederum die flexibleren Einsatzmöglichkeiten der so qualifizierten Fachkräfte als positiv.

„Und auf den anderen Stationen wird es zwangsläufig so sein, dass immer mehr Leute in mehreren Bereichen einsetzbar sein müssen, gerade bei der Knappheit der Pflege.“ (IP IV, 41)

oder

„dass wir die Pflegefachkräfte an unterschiedlichen Punkten auch einsetzen, und meine Vorstellung ist zumindest so hingehend, dass ich, wenn jemand generalistisch ausgebildet ist, das vielleicht doch dann ggf. besser machen kann. Weil er sozusagen halt eben die generalistische Sicht hat auf den Menschen und nicht abhängig von sozusagen eigenen bestimmten Lebensaltern.“ (IP V, 28)

oder

„Also, je breiter ich jemanden ausbilde, umso differenzierter kann ich ihn nachher auch einsetzen.“ (IP X, 25)

Interessanterweise beziehen sich die genannten positiven Aspekte im hohen Maße auf die Organisation pflegerischer Arbeit und weit weniger auf den konkreten Nutzen für Patienten/-innen.

Die angenommenen umfassenderen Kompetenzen der generalistischen Pflegefachkräfte stellen zudem die Möglichkeit in Aussicht, erweiterte Aufgaben wahrzunehmen. Beispielsweise könnte dies die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten sein:

„Ich erwarte, dass es weiter in dem Bereich der ambulanten Versorgung, also, eine Erweiterung geben kann, bis hin zu einer möglichen Übernahme von bislang ärztlichen Aufgaben, die zukünftig auch Pflege übernehmen kann.“ (IP III, 26)

Daneben wird vermutet, eine generalistische Pflegeausbildung – und die damit einhergehende größere Wahlfreiheit der Absolventen/-innen hinsichtlich ihres Arbeitsfeldes – erhöhe die Pflegequalität, weil sich die Absolventen/-innen bewusst für ihren Tätigkeitsbereich entscheiden und somit insgesamt zufriedener sind. Allerdings erwachsen aus den größeren Entscheidungsspielräumen der Absolventen/-innen wiederum Herausforderungen für Arbeitgeber im Wettbewerb um ausreichend Personal:

„Also, ich glaube, dass jeder aus dem spezialisierten Bereich durch neue Lernkontexte, neue Arbeitsaufgaben auch eine generalistische Perspektive gewinnen könnte. Also, ich muss dazulernen. Aber wenn jemand das mitbringt, ist es mir sehr recht. Also, deutliches Plädoyer für eine gut gestaltete, lernergebnisorientierte Ausbildung in der Generalistik mit vielfältigen Einsatzmöglichkeiten und natürlich vielen Möglichkeiten auch für die Beschäftigten. Ich will Beschäftigte, die sich entscheiden für ihren Arbeitsplatz. Ich will auch unseren Arbeitgebern immer sagen, ihr müsst ein Angebot machen, ihr müsst attraktiv sein und die sollen sich für euch entscheiden. Und das ist eine andere Kultur, die wird jetzt beeinflusst auch durch die demografischen Entwicklungen, aber die ist für die Qualität der Arbeit und für die Beziehung auch zu den Patienten, Klienten, Gästen, Bewohnern, ist eine andere qualitative Dimension. Das merkt jemand, das spürt jemand, ob jemand glaubt, ich kann ja nur in diesem Feld arbeiten und sich dann irgendwie da hinein begibt oder ob jemand sich entscheidet für etwas. Das ist ein anderes Standing. Das wünsche ich mir.“ (IP VII, 27)

Befürchtungen negativer Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Versorgung basieren vor allem auf einem angenommenen Altenpflegerischen Kompetenzverlust im Rahmen der generalistischen Ausbildung:

„Wo die Befürchtung [...] in der Altenpflege ist, dass das Thema Betreuung alter Menschen, was ja bislang auch zum Berufsbild von der Altenpflege gehört, dass dieser Aspekt völlig zu kurz kommt. Also, das sehen Sie auch, wenn Sie jetzt in die ersten Eckpunkte reinschauen, die so kursieren zur Generalistik, das Wort ‚Betreuung‘ finden Sie nicht mehr als Ausbildungsziel.“ (IP XII, 41)

oder

„wenn es doch überwiegend ältere Menschen und ganz alte, hochaltrige Leute sind, das wissen wir ja, wie der Altersdurchschnitt 85 Plus in den Pflegeheimen aussieht und so weiter, dass man da sagt, da gibt es ja schon Dinge, die man wissen sollte, wo man speziell wissen sollte, was ist eigentlich hier mit älteren Menschen und wie geht es denen und so was.“ (IP VIII, 31)

Vor diesem Hintergrund existiert zudem die Vermutung, dass in der Ausbildung keine sozialpflegerischen Kompetenzen mehr erworben werden:

„Vielleicht eine Auswirkung, das höre ich manchmal auch von den Einrichtungen, wie gesagt – Altenpflege ist schon immer noch so ein sozialpflegerischer Beruf, so ein bisschen. Das ist so ein Schwerpunkt in der Ausbildung. Man befürchtet manchmal, dass vielleicht die Kompetenzen in dem Bereich dann einfach weg sind, wie gehe ich einfach mit den Leuten um, wie gehe ich gerade mit dementen Bewohnern um.“ (IP XI, 31)

Ferner mutmaßen die Befragten, die zum Teil selbst den Bereich der Altenpflege vertreten, dass andere Arbeitsfelder attraktiver erscheinen und sich so der Personalangel in der Altenpflege ausweiten könnte:

„Uns fehlt das Personal. Wir kommen gut klar mit den Altenpflegern. Die werden fehlen.“ (IP II, 45)

oder

„Also, da gibt es die eine Befürchtung eben auf die pflegerische Versorgung, also die Auswirkung ..., dass die Absolventen dieser Ausbildung dann eben zu größeren Teilen in Krankenhaus und ambulanten Diensten landen.“ (IP VIII, 35)

Maßnahmen für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung

Die Experten/-innen wurden zudem gefragt, welche Schritte sie für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung als sinnvoll erachten bzw. wie man den vermuteten Nachteilen einer generalistischen Pflegeausbildung begegnen sollte. Die ermittelten Antworten betreffen insgesamt vier Bereiche: Hierzu zählen erstens Fort- und Weiterbildungen, deren Bedeutung im Zusammenhang mit der geplanten Ausbildungsreform aus Sicht der Experten/-innen zunimmt. Zweitens äußert sich die Hälfte der Befragten zu Inhalten eines zu erstellenden Curriculums für die reformierte Pflegeausbildung und formuliert entsprechende Anforderungen aus Sicht der Einrichtungen,

die sie vertreten. Drittens werden offene Fragen zu strukturellen Aspekten der Reform angesprochen sowie – viertens – die grundsätzliche Qualität der praktischen Ausbildung diskutiert.

Fort- und Weiterbildung

Der Fort- und Weiterbildung schreiben die Experten/-innen eine grundsätzlich hohe Bedeutung zu, die hinsichtlich einer gelingenden Reform der Pflegeausbildung noch zunimmt.

Die Förderung des lebenslangen Lernens und die Aktualisierung des Wissens stellen grundlegende Forderungen der Befragten dar, das heißt, sie erwarten prinzipiell, dass Pflegekräfte sich weiterentwickeln und interessiert sind, ihr Wissen regelmäßig zu aktualisieren:

„Es muss vermittelt werden und das Bewusstsein entstehen bei den Populisten, dass Lernen nicht mit einer Ausbildung abgeschlossen ist, sondern dass es Lernwege gibt, die können horizontal sein, die können vertikal sein, also auch zwischen Handlungsfeldern, Berufen sein und die können aber auch mit Spezialisierung, mit Vertiefung, das können Führungsqualifikationen sein, also horizontales und vertikales Lernen.“ (IP VII, 29)

oder

„Ich glaube, wir müssen das Bewusstsein fördern, dass dieses lebenslange Lernen, dass Dazulernen ein wichtiger Faktor ist, der die Qualität der Arbeit ausmacht, der das Selbstverständnis befördert und dass wir diese klassischen Ansätze, du musst da dich noch einmal weiterqualifizieren, diese Sanktionierung, dass die aus den Köpfen rauskommt. Sondern, dass diese Freude an dem Dazulernen, an der Qualität, das stolz sein, wir machen unsere Arbeit und zwar richtig gut. Dieses Bewusstsein, dass das gefördert wird.“ (IP VII, 33)

Weiterhin betrachtet etwa die Hälfte der befragten Experten/-innen eine Spezialisierung nach der generalistischen Ausbildung als notwendig, um die Absolventen/-innen im jeweiligen Handlungsfeld zielgerichtet einsetzen zu können:

„Weil die Menschen mit einer generalistischen Ausbildung in der Kürze der Zeit sehr in der Breite ausgebildet sein werden, aber weniger im Speziellen. Dazu müsste es dann entsprechend Fort- und Weiterbildung geben. Die müssten dann ausgebaut werden und großflächiger angeboten werden.“ (IP X, 35)

Interessanterweise kommen dabei nicht nur klassische Fort- und Weiterbildungsangebote in Betracht, sondern auch spezialisierte Studiengänge, wobei das Verhältnis beider Bildungswege ebenso unklar zu sein scheint wie die spätere Aufgabenteilung der so weiterqualifizierten Fachkräfte:

„Das andere, die Weiterbildung, da wird es sicherlich einen Sprung geben, den ich in den nächsten Jahren so vor mir sehe, dass es über bestimmte Studiengänge, es gibt ja schon Studiengänge, [...] die berufsbegleitende Studiengänge absolvieren, also die dann über Bachelor, Master verschiedene Bereiche abdecken. Und hier steht jetzt im Moment, vielleicht sogar in Konkurrenz zueinander, die Weiterbildung Intensiv mit einem Studiengang. Oder Geriatrie mit einem Studiengang oder Rehabilitation mit einem Studiengang.“ (IP III, 30)

Neben den bereits heute angebotenen Fachweiterbildungen in der Pflege, die weiterhin als notwendig erachtet werden, sehen die Befragten teilweise einen Bedarf an Spezialisierung bereits für die generalistische Qualifizierung, bzw. schätzen sie als zu oberflächlich ein:

„Wir haben aber auch Spezialisierungen und dort muss es noch einmal weitergehen, spricht aber auch nicht unbedingt gegen die Generalistik, sondern baut eigentlich immer nur darauf auf.“ (IP III, 24)

oder

„Also, ich denke, die Frage war ja, welche Auswirkungen hat der Weggang der Spezialisierung zur Generalisierung, da denke ich, wir kommen nicht umhin, weiterhin auch eine Spezialisierung mit der generalistischen Ausbildung zu bieten.“ (IP V, 36)

oder

„Wenn ich mir vorstelle, dass wir eine Basis-Qualifizierung aller beruflich Pflegenden erreichen, dann hat das zur Konsequenz, wenn Menschen in der Altenpflege tätig sind, dass sie das Spezifische der Altenpflege dann nach der Ausbildung praktisch in den, neben den Grundzügen spezifisch kennenlernen. Also, das, was vermittelt werden kann, wir können keinen Experten in der Ausbildung heranbilden. Es ist eh ein Ammenmärchen, wird aber immer wieder hervorgebracht. Das tatsächliche Lernen fängt nach der Ausbildung in den spezifischen Bereichen an. Das, was gelegt werden kann, sind Grundlagenwissen, das sind gerontologische Kompetenzen, die aber auch für die große Krankenpflege relevant ist als auch für die Altenpflege relevant ist.“ (IP I, 19)

oder

„Dieses Spezialwissen müsste irgendwie dazukommen. Entweder sage ich, ja, wenn ich rein generalistisch ..., dann wird es natürlich schwierig, dann müsste ich ja fast irgendwie wieder hinten was dranhängen oder wir müssten eben dann weiterbilden noch.“ (IP VIII, 31)

oder

„aber die Spezialisierung muss nach der allgemeinen Ausbildung folgen, sonst wird das nicht funktionieren. Es fehlt also, wenn das so bleiben soll, wie bisher konzeptioniert, die Tiefe der Ausbildung.“ (IP X, 25)

Dieser Argumentation zufolge gilt ein generalistisches Ausbildungsprofil eher als eine Art Basisqualifikation, die jedoch vor allem den Erfordernissen des Altenpflegearbeitsmarktes nicht ausreichend gerecht wird. Eine Berufsbefähigung in der Altenpflege entsteht offensichtlich erst nach Abschluss der entsprechenden Spezialisierung im Anschluss an die Ausbildung, wodurch sich zumindest indirekt die Gesamtausbildungszeit für diesen Pflegesektor verlängern würde und ihn aus Sicht der Absolventen/-innen unter Umständen noch unattraktiver erscheinen lassen könnte.

Darüber hinaus zeigen die Interviews noch Unsicherheiten der Arbeitgeber hinsichtlich der Kostenübernahme zusätzlicher Bildungsangebote sowie ihrer inhaltlichen Ausrichtung, da das neue Pflegeberufegesetz inklusive der dazugehörigen Verordnungen zum Zeitpunkt der Gespräche noch nicht vorlag.

Unabhängig davon wird die Fort- und Weiterbildung auch als Instrument zur Personalbindung betrachtet sowie als geeignete Strategie, um die Qualität der angebotenen Pflegeleistungen zu steigern:

„wir haben in den letzten zwei Jahren den Bereich der Fort- und Weiterbildung sehr stark ausgebaut für die Mitarbeiter, sehr stark ausgebaut, weil wir das einfach auch sehen als Personalbindungsinstrument.“ (IP XI, 41)

oder

„wenn auch in der Praxis man wirklich diese Qualität auch voranbringt, wenn ein Qualitätsstandard nicht nur als lästige Pflicht wahrgenommen wird, der Experten-Standard wird, weil man es übernehmen muss, sondern man sagt, okay, das ist der Standard, aber was ist noch einmal das, was wir zum individuellen ..., für uns, für unsere Organisation, für unseren Pflegedienst daraus machen, was macht die Güte aus? Weil, die Güte ist das, was uns und unsere Qualität ausmacht. Und da

kann die Fort- und Weiterbildung – glaube ich – ein wichtiger Faktor sein.“ (IP VII, 33)

In diesem Zusammenhang kommt der Pflegewissenschaft eine zentrale Rolle zu, wobei der Erwerb wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht auf die Ausbildung beschränkt wird; vielmehr resultiere daraus ein entsprechender Fort- und Weiterbildungsbedarf:

„Dann haben wir die Pflegewissenschaft, die ja auch mit neuen Erkenntnissen aufwarten kann und immer schneller mit neuen Erkenntnissen aufwarten kann, sei es jetzt zum Beispiel die Expertenstandards und, und, und. Das würde ich sozusagen von der Ausbildung losgelöst sehen. Ich glaube da, sie kommen nicht umhin, diese Fortbildungen, diese Fort- und Weiterbildungen zu machen.“ (IP V, 32)

Daneben besteht die Erwartung, über Fort- und Weiterbildung die Übernahme einer professionellen Rolle bei den Absolventen/-innen zu fördern:

„da erwarte ich, dass jemand, der ganz frisch aus der Ausbildung kommt, immer weiter dazulernt und auch dazulernen kann und insofern immer mehr in die professionelle Rolle auch hineinwächst.“ (IP VII, 37)

Inhalte des Curriculums

Die Inhalte des Curriculums einer generalistischen Pflegeausbildung erscheinen für etwa die Hälfte der befragten Experten/-innen noch unklar und sie formulieren mehrere Forderungen dazu. Insbesondere wünschen sich einige der Befragten, trotz einer generalistischen Ausbildung, Spezialisierungen bzw. Wahlmodule, die eine Schwerpunktsetzung bereits während der Pflegeausbildung erlauben:

„Also, ich denke, dass es immer wieder zu diesen Spezialisierungen dann auch kommen kann. Es kann ja gemeinsame Unterrichte geben, dort wo es um Anatomie geht und wenn es um spezielle Dinge geht, also zum Beispiel Demenz oder bestimmte Alterserkrankungen, also bestimmte Anforderungen, die man im Alter dann erlernen oder für die Versorgung von alten Menschen erlernen muss oder für die Versorgung von Kindern, das muss einfach in die Curricula mit eingebaut werden.“ (IP III, 28)

oder

„Ich fände es dann besser, wenn es nach einer einheitlichen Grundausbildung dann eben noch mal Vertiefungen geben könnte.“ (IP VIII, 33)

oder

„Also, für uns als Verband ist klar, dass, wenn man jetzt hier politisch auf eine Generalistik geht, dass man bei der Gestaltung sehr darauf achten muss, dass eine sehr weitgehende Schwerpunktsetzung trotzdem möglich ist. Also, was jetzt derzeit diskutiert wird, ist ja, dass ich eine Spezialisierungsrichtung wähle. Und also im Prinzip ist ja egal, ob man das Kind jetzt generalistisch oder integrativ tauft, aber aus unserer Sicht muss es die Möglichkeit geben, fachspezifische Inhalte in der Grundausbildung auch schon gezielt auf spätere Einsatzorte hin zu lernen.“ (IP XII, 47)

In diesen Aussagen deutet sich erneut eine gewisse Präferenz für ein eher integratives Ausbildungsmodell an, in dem lediglich einzelne Ausbildungsteile gemeinsam bzw. große Abschnitte – je nach späterem Einsatzfeld – getrennt voneinander absolviert werden.

Daneben benennen die Experten/-innen wichtige Themen, die Bestandteil des Curriculums sein sollten. Dazu zählen einerseits behandlungspflegerische Grundlagen, andererseits sozialpsychologische Vertiefungen und spezielle pflegetherapeutische Aspekte:

„Sie bräuchte einerseits mehr – eine Vertiefung in der Behandlungspflege, das ist richtig und andererseits mehr Soziologie und Psychologie, um besser mit Situationen umzugehen. [...] Aber diese soziale Pflege sollte noch mehr ausgebaut werden. Soziale Pflege, Kinästhetik, Basale Stimulation, Aroma-Therapie, diese ganzen weichen Aspekte der Ausbildung, die müssen einen ganz großen Schwerpunkt bekommen.“ (IP II, 69)

Zudem wird angemahnt, ausreichend Zeit in die Entwicklung des generalistischen Curriculums zu investieren und sich dabei nicht ausschließlich auf Erfahrungen aus Modellversuchen zu verlassen:

„Man müsste vor allen Dingen mehr Zeit investieren, um curriculare Ausgestaltungen zu machen für diese generalistische Ausbildung. Man hat so den Eindruck, dass auf Grund von wenigen Modellversuchen, die insgesamt sehr inhomogen, geschlossen wird, jetzt eine probate Methode gefunden zu haben, eine generalistische Ausbildung zu machen. Das halte ich für zu schnell.“ (IP X, 33)

Ferner legen einige Experten/-innen explizit Wert darauf, dass die Bedürfnisse der Pflegepraxis sowie die beruflichen Ziele der Lernenden berücksichtigt und Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Maße bei der Curriculumentwicklung beteiligt werden:

„Es werden ja Modelle aufgelegt, und also, dass man schon auch in der Praxis auf die speziellen zukünftigen Berufsziele der Einzelnen eingeht. Also, ich denke, dass es immer wieder zu diesen Spezialisierungen dann auch kommen kann.“ (IP III, 28).

oder

„Ich denke ja, ist auch sowas wie Beteiligung wichtig, dass man auch noch mal quasi eine Evaluation macht, wie kommt es bei der Praxis an. Weil, die Praxis, das sind ja auch die Pflegeschulen, die Pflegeeinrichtungen, die ambulanten Pflegedienste, das sind ja diejenigen dann, die ja am meisten mit einer Veränderung belastet sind, und da muss ein Beteiligungsverfahren meines Erachtens, inwieweit ... und die müssen natürlich auch bei so einem Prozess begleitet werden.“ (IP V, 38)

Strukturelle Anforderungen

Unter strukturelle Anforderungen, die für die Experten/-innen mit einer Reform der Pflegeausbildung einhergehen, fallen die Finanzierung der Ausbildung, der Erhalt der Altenpflegeeinrichtungen als Ausbildungsorte, die Verlängerung der Ausbildungszeiten, eine integrierte Ausbildung als Kompromissvariante sowie der Erhalt der Pflegeschulen und der Zugangsmöglichkeiten für – an einer pflegerischen Ausbildung – Interessierte.

Im Hinblick auf die Finanzierung der generalistischen Pflegeausbildung zeigen die Interviews Unsicherheiten seitens der Befragten und belegen, dass eine Umlagefinanzierung, wie sie aktuell im Bereich der Altenpflege in Baden-Württemberg gängige Praxis ist, zumindest teilweise befürwortet wird:

„also, bevor die generalistische, die ersten Absolventen einer solchen Ausbildung, da sind, müsste erst einmal geregelt werden, wie werden sie ausgebildet, wie wird das überhaupt finanziert.“ (IP II, 21)

oder

„Die Finanzierung, so wie wir sie haben hier in Baden-Württemberg, das wäre schön, wenn man die auch so weiter behalten könnte. Also mit einem Umlagesystem, Ausbildungsumlage, das ist schon sehr gut eigentlich.“ (IP XI, 21)

Darüber hinaus bestehen Befürchtungen, Altenpflegeeinrichtungen könnten im Zuge einer Neuausrichtung der Pflegeausbildung ihren Status als Ausbildungsträger verlieren, was als bedrohlich wahrgenommen wird:

„das allerletzte, was aus unserer Sicht passieren darf, dass dann eben wie gesagt, nicht passieren darf, dass das Curriculum dieser generalistischen Ausbildung nachher dann so gestrikt ist, sag ich jetzt mal, dass man dann zum Schluss kommt, haja, das können ja Pflegeeinrichtungen gar nicht, das können ja nur Krankenhäuser. Und das ist was, was das allerletzte ist, was passieren darf.“ (IP VI, 35)

oder

„die Altenpflegeeinrichtungen [dürfen] nicht degradiert werden zu reinen Praktikumsstellen. Das wäre einfach auch ein Riesen-Problem, weil – wir brauchen die Auszubildenden einfach.“ (IP XI, 21)

Um dem vermuteten Wissensverlust generalistisch ausgebildeter Fachkräfte vorzubeugen bzw. um alle notwendigen Kompetenzen in einem generalistischen Ausbildungsprofil abbilden zu können, treten einige Experten/-innen für eine Verlängerung der Ausbildungszeit ein:

„Mehr Zeit braucht man halt. Mit vier Jahren hätte man sicherlich alles abgedeckt. Das fände ich das Ideale.“ (IP IV, 31)

Eine andere sinnvolle Option für die Ausbildungsreform wird wiederum in einer Grundausbildung mit anschließender Spezialisierungsphase im Sinne eines integrativen Modells gesehen:

„Insofern, was eventuell noch ginge, das ist das Modell der integrierten Ausbildung. Allerdings mit verschiedenen Abschlüssen. Und da höre ich: zwei gemeinsame Jahre, ein Spezialisierungsjahr. Das müsste umgekehrt sein. Ein gemeinsames Jahr und zwei Jahre Spezialisierung in dem eigenen Beruf. Und wirklich in dem gemeinsamen Jahr das nehmen, was allen gemeinsam ist, weil selbst eine Spritze, ob mit Pen oder mit einer Nadel, ist anders in der Kinderkrankenpflege, in der Altenpflege oder der Erwachsenenpflege.“ (IP II, 39)

oder

„Wir haben ja jetzt schon eine integrierte Ausbildung – Krankenpflege, Kinderkrankenpflege – und da kann man ja durchaus sagen, in dem speziellen Teil von der Krankenpflege macht man verstärkt, stärker als bislang auch, auf Behandlung von alten, dementen Menschen spezialisierte Inhalte. Dazu brauche ich keine generalistische Ausbildung. Wir sind uns einig, glaube ich, alle Beteiligten, dass sich die Schnittmengen von den einzelnen Ausbildungen vergrößert haben.“ (IP XII, 99)

Zudem vermuten einige Experten/-innen, dass durch eine generalistische Pflegeausbildung nicht nur Pflegeeinrichtungen als Ausbildungsbetriebe ungeeignet erscheinen, sondern dass auch

Pflegeschulen, besonders im Bereich der Altenpflege, geschlossen werden könnten. Eine befragte Person fordert daher nachdrücklich den Erhalt aller Ausbildungsstätten:

„Also, es darf kein Schulsterben geben auf Seiten der bestehenden Pflegeschulen, also unabhängig, ob die jetzt im Krankenhausbereich oder im Altenpflegebereich stattfinden. Wir haben immer so die Befürchtung gehabt, na ja, okay, wie gesagt, es gibt eine Sogwirkung zu den Krankenpflegeschulen, die Krankenhäuser haben vielleicht mehr Potenzial, finanziell, wie auch immer und können das dann halt noch drei Kurse mitmachen und dann sterben die Pflegeschulen.“ (IP XI, 21)

Derzeit absolvieren zahlreiche Personen mit einem Hauptschulabschluss eine Ausbildung in der Altenpflege. Dieser Zugang zur Ausbildung ist in der Gesundheits- und Krankenpflege weit weniger verbreitet, sollte jedoch bei der Ausbildungsreform unbedingt erhalten bleiben, da dieser Personenkreis für Altenpflegeeinrichtungen offenbar eine wichtige Ressource bei der Nachwuchsrekrutierung ist:

„Die Zugangsmöglichkeiten zu dem Berufsfeld Pflege, die dürfen nicht allzu hochgeschraubt werden. Also, wir haben ja heute in der Altenpflege die Möglichkeit, dass auch jemand ..., also grundsätzlich Realschulabschluss, aber jemand der einen Hauptschulabschluss hat, hat die Möglichkeit nach einem Jahr eine Zwischenprüfung abzulegen, um sich dann weiter zu qualifizieren und praktisch direkt dann in die Dreijährige zu gehen. Das sollte auf jeden Fall weiterhin sein.“ (IP XI, 21)

Ausbildungsqualität in den Einrichtungen

Die Experten/-innen thematisieren mit Blick auf Anforderungen an eine gelingende Pflegeausbildungsreform darüber hinaus mehrfach die praktische Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen. Dabei wird die aktuelle Praxis, Auszubildende zumindest anteilig auf den Stellenplan anzurechnen, kritisch reflektiert und ihre Abschaffung gefordert, um bessere Lernmöglichkeiten in der Pflegepraxis zu gewährleisten:

„Ein Stück weit die Diskussion, das, was wir vielfach führen, was auch eine prekäre Entwicklung in dem Bereich ist, haben wir ein Ausbildungsverhältnis bei den Auszubildenden oder haben wir ein Arbeitsverhältnis. Und dieser Gedanke, dass es Richtung Ausbildungsverhältnis geht, muss noch einmal deutlich herausgearbeitet werden. Dass das keine Arbeitskraft ist, sondern, dass da ein Mensch unterwegs ist, der das Handwerk – in Anführungsstrichen – erlernen soll und darf. Und dafür auch den Raum hat, und das ist vielfach nicht gegeben.“ (IP I, 33)

Zu den zentralen Ausbildungsvoraussetzungen zählt aus Sicht der Befragten auch eine ausreichende, systematische Praxisanleitung, so dass ein begleitetes und reflexives Lernen stattfinden kann:

„da klagen viele Schulen, auch Hochschulen, dass in der Praxis die Anleitung nicht wirklich differenziert, strukturiert, systematisiert ist. Lernen in der Praxis braucht Begleitung und auch Reflexion, damit ich aus den Praxis-Kontexten, aus den unterschiedlichen Kontexten auch was mitnehme. Wenn das nicht geschieht, hängt es immer von der einzelnen Person ab, ob sie die Erfahrungen macht, ob sie überhaupt die Spezifika erkennt und dann auch in den neuen Kontext mit hinein nimmt. Und das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt. Also, es braucht sowohl die gestaltete Praxis-Anleitung, die Gestaltung des Lernortes Praxis als auch die Bereitschaft der Person, die Besonderheiten wahrzunehmen und dann auch wieder daraus zu lernen und sie in andere Handlungszusammenhänge zu übertragen.“ (IP VII, 23)

Gleichzeitig werden bereits jetzt Schwierigkeiten in den Einrichtungen konstatiert, die geforderte Anleitung adäquat zu gewährleisten und entsprechende Verbesserungen der Rahmenbedingungen in der Praxis gefordert:

„Natürlich ist ein großes Problem die Praxisanleitung in den Einrichtungen. Es gibt zwar gewisse Vorgaben, wieviel Praxisanleitung ein Auszubildender erhält. Pro Quartal sind das, glaube ich, 25 Stunden oder so was, was die Heimaufsichtsbehörden empfehlen. Das ist für die Einrichtungen sehr schwierig, das umzusetzen, überhaupt. Das zu schaffen. Und wir brauchen auf jeden Fall Rahmenbedingungen, und gerade auch, wenn eine Ausbildung vielleicht noch mal intensiver wird, könnte ich mir vorstellen, dass die generalistische Ausbildung noch mal schon ..., vielleicht noch mal wissensstärker wird oder so. Da ist auch noch wichtig, dass die Praxisanleitung einfach auch sichergestellt werden kann.“ (IP XI, 37)

Als weiteres Problemfeld, das für eine gelingende Umsetzung der Ausbildungsreform optimiert werden müsste, gilt den Interviews zufolge die Kooperation der an der Ausbildung beteiligten Lernorte sowie ihre Kommunikation untereinander:

„Also, die Auszubildenden, die generalistisch ausgebildet sind, müssen oder sollten eine Idee davon haben, was sie in welchen Versorgungssettings erwartet. Ambulant, stationär, akut-stationär. Das wird die Herausforderung sein der Kooperation der Ausbildungseinrichtungen untereinander.“ (IP I, 33)

oder

„Ja, ich glaube, wir müssen uns trennen von dem klassischen Modell – hier Theorievermittlung, da Praxis. Ich glaube, dass Kompetenzen ... Kompetenzen erlernt man nicht alleine auf der Schulbank, sondern Kompetenzen erwirbt man immer in der Auseinandersetzung auch mit der Praxis.“ (IP VII, 31)

Vermutete langfristige Veränderungen durch Pflegekräfte mit einer generalistischen Ausbildung

Mit der abschließenden Frage zum Themenkomplex der generalistischen Pflegeausbildung wurden die Experten/-innen um ihre Einschätzungen evtl. auftretender Veränderungen gebeten, die der Einsatz dieser Fachkräfte mit sich bringen könnte. Die Antworten beinhalten sowohl eine Reihe positiver Vermutungen als auch kritische Aspekte.

Dabei gilt die breitere Qualifikation im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zunächst im Hinblick auf heutige sowie zukünftige Anforderungen in der pflegerischen Versorgung als günstig und verbindet sich mit entsprechenden Erwartungen:

„Also, ich erwarte schon (...) also eine breitere oder eine Kompetenz, die breiter aufgestellt ist im Hinblick auf die Anforderungen von heute.“ (IP III, 40)

oder

„Wenn es gelingt, kompetenzorientiert auszubilden, ist Generalistik für mich die Chance, dass Menschen sich breit qualifizieren im Bewusstsein von lebenslangem Lernen und adäquat eingesetzt werden nach ihren jeweiligen Entwicklungsständen.“ (IP VII, 37)

Zudem erwarten bzw. vermuten die Experten/-innen, dass durch eine Reform der Pflegeausbildung die Attraktivität des Berufsbildes und die Ausbildungsnachfrage gesteigert werden könnten, weil ein generalistisches Ausbildungsprofil, im Vergleich zu den derzeit drei Ausbildungsberufen, mehr Einsatzfelder und Karrierechancen für die Absolventen/-innen eröffnet:

„Ich glaube, dass die Attraktivität dadurch schon gesteigert werden kann, weil ich vielleicht mehr Möglichkeiten sehe, auch einen bestimmten Karriereweg zu haben oder mich auch fort- und weiterzubilden oder überhaupt weiterzuentwickeln innerhalb des Berufes. Es ist vielleicht auch für manche attraktiv, in verschiedenen Feldern eingesetzt zu werden.“ (IP V, 44)

oder

„Also, ich denke, das geht nur wirklich im Zusammenhang mit Möglichkeiten noch anderer Art, dass das Berufsbild generell noch einmal irgendwie ..., dass einfach viele Menschen sich da dafür entscheiden. Könnte vielleicht sein, dass sich vielleicht dann mehr für eine Pflegeausbildung entscheiden.“ (IP XI, 47)

Aus Sicht der Pflegeorganisationen kann eine breiter ausgerichtete Pflegeausbildung zu einer bedarfsorientierteren pflegerischen Versorgung beitragen und auf diese Weise ebenso Effekte für die Nutzer/-innen entfalten:

„Hier erwarte ich schon, dass wir, also hier eine breiter aufgestellte Pflege in diesem ambulanten und stationären Pflegebereichen haben, der gezielter eingesetzt werden kann. Also dort, wo jetzt möglicherweise Altenpflege an die Grenzen käme. Dass wir da eine gezieltere Versorgung des Patienten haben.“ (IP III, 40)

Zugleich entstehen jedoch dann auch Fragen nach der Rollen- sowie Verantwortungsverteilung unter den Pflegenden sowie zur Kooperation mit anderen am Pflegeprozess Beteiligten:

„Insofern müssen wir ja darüber nachdenken, wie wir die Versorgung überhaupt gestalten können. Und also, wie wir zur geteilten Verantwortung und sowas alles kommen und, ja, jetzt so die Frage, wie ... bei solchen geteilten Verantwortungen, wie verändern sich da die Rollen, die Rolle der Profis, was bedeutet das jetzt für die Profis in der Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten, also mit Angehörigen, mit Ehrenamtlichen, mit Nachbarn usw.“ (IP VIII, 44)

Die breitere und umfassendere Ausbildung der Pflegekräfte könnte ferner dazu führen, dass auch die Pflegeempfänger/-innen zufriedener sind:

„Und auch höhere Zufriedenheit, glaube ich. Weil, wenn ich mich mit etwas nicht auskenne, bin ich ja viel leichter überfordert, als wenn ich da ein gewisses Know-how habe.“ (IP IV, 55)

Weiterhin werden von einer stärker wissenschaftsbasierten Ausbildung positive Effekte auf die Professionalität der Pflegenden erwartet:

„Also, nicht ein höheres Maß an Professionalität, weil dann würde ich den bestehenden Pflegekräften unterstellen, dass sie nicht professionell genug wären, aber vielleicht eine andere Form der Professionalität, eben indirekt, mehr pflegewissenschaftliches Know-how.“ (IP XI, 47)

Negativ betrachten einige Experten/-innen, dass sich die Vielfalt an Kompetenzen in einem Team reduzieren könnte, wenn alle Pflegefachpersonen in Zukunft die gleiche Basisqualifikation absolvieren werden:

„Ja, es wird natürlich nicht mehr so interdisziplinär zugehen, was ja auch ein Nachteil sein kann. Klar ist auch, dass Krankenpflegekräfte, das ist so natürlich, und wir haben auch viele, vor allem im ambulanten Bereich, viele Pflegedienste, die sich ausschließlich aus Krankenpflegekräften zusammensetzen oder teils-teils eben. Und natürlich werden alten Menschen nicht nur ... also nicht nur die Demenz nimmt zu, sondern auch der Grad der Behandlungspflegebedürftigkeit nimmt natürlich immer mehr zu. Von daher ist es eigentlich auch ein Punkt, wo wir sagen, dieses interdisziplinäre in einem Team, ja, wo es eben Mitarbeiter gibt, die eben halt eine höhere Kompetenz in dem einen Bereich haben, zum Beispiel Demenzbetreuung, soziale Betreuung und andere Kräfte, die zum Beispiel sich halt, die halt möglicherweise, sag ich mal, etwas fitter sind, was Wundversorgung und solche Dinge anbelangt. Ist eigentlich auch ein Punkt, der aus unserer Sicht eher gegen die generalistische Ausbildung spricht. Also, das Interdisziplinäre geht eigentlich ein Stück weit auch verloren.“ (IP VI, 43)

Eine zweite negative Einschätzung bezieht sich auf die Verlängerung der Ausbildungszeiten. Diese Verlängerung entsteht durch die generalistische Grundausbildung, an die sich für viele Tätigkeitsfelder eine Fort- bzw. Weiterbildung anschließen werde. Die langen Ausbildungszeiten können dazu führen, dass weitere Spezialausbildungen, vergleichbar mit der bereits vorhandenen Ausbildung zum/zur Operationstechnischen Assistenten/-in, entstehen bzw. diese vermehrt nachgefragt werden:

„Man muss sich darüber klar sein, wenn die berufliche Sozialisation über eine generalistische Ausbildung und noch Weiterbildungen, also sich so verlängert, dass die Attraktivität von solchen grundständigen Spezialausbildungen [operationstechnische Assistentin, Intensivkrankenpflegefachkraft, Anm. der Verf.] noch einmal deutlich wächst und die an Bedeutung gewinnen. Das heißt, das Paradox wird entstehen, dass die Kehrseite von der Generalistik sein wird, dass Berufsbilder kommen, wo die Leute tatsächlich nur sehr spartenspezifisch ausgebildet werden und dann auch nur dort arbeiten können. Also, man erreicht eigentlich vielleicht fast das Gegenteil dann für einen gewissen Teil der Berufsgruppe, weil der dann nicht mehr in die allgemeine Ausbildung gehen wird, auch weil er sagt, ich weiß schon genau, was ich machen will. Ich will im OP-Saal

stehen, ich will instrumentieren. Ich möchte gewisse Dinge, Nähte, oder was weiß ich, machen können. Warum soll ich dann erst eine generalistische Pflegeausbildung machen und dann noch mühsam eine Weiterbildung. Ich mache gleich das, was ich als Vorstellung habe.“ (IP XII, 97)

Ein dritter Kritikpunkt bezieht sich auf gerontologisches Fachwissen, von dem vermutet wird, es würde in der generalistischen Qualifizierung weniger Raum einnehmen im Vergleich zur Altenpflegeausbildung. Angesichts des pflegeepidemiologischen Wandels wird dieses Wissen jedoch vermehrt benötigt:

„Die Fragen, [...], wo bleibt noch die Spezialisierung auf gerontologische Fragestellungen, die bleibt, die Frage bleibt [...] mit wirklich vielen, vielen Hochaltrigen, also relativ viele im Verhältnis zu heute und sehr, sehr Hochaltrige und so weiter. Also, diese Frage, was macht eigentlich Alter aus, die bleibt mir ja und jetzt könnte man vielleicht sagen, wenn sich die ganze Demografie verschiebt in Richtung Alter, dann müsste sich eigentlich auch eine Pflegeausbildung in Richtung Alter verschieben, egal ob sie generalistisch ist oder nicht.“ (IP VIII, 44)

4.2.3 Primärqualifizierende Pflegestudiengänge¹¹

Erfahrungen mit Absolventen/-innen bzw. Studierenden

Die Befragten geben an – ähnlich wie im Fall generalistisch ausgebildeter Pflegekräfte – bisher insgesamt nur wenige Erfahrungen mit Absolventen/-innen aus den grundständigen Pflegestudiengängen zu besitzen. Dabei berichtet eine/r der Experten/-innen von negativen Eindrücken:

„Student will nicht unbedingt mit Kot zu tun haben. Student will steuern, organisieren und so weiter, aber die Drecksarbeit sollen andere machen.“ (IP II, 55)

Vergleichbares erlebte diese Person dann auch mit Absolventen/-innen von Pflegemanagement-Studiengängen:

„Ich kann nur erwähnen, dass ich mit Studenten des Pflegemanagements schon schlechte Erfahrungen gemacht habe. Ich habe damals, als ich noch in Ort X2c war, habe ich ein, zwei Versuche gemacht mit Einstellungen, und die haben alle die

¹¹ In den Experten/-innen-Interviews werden primärqualifizierende Pflegestudiengänge als solche verstanden, die den Erwerb der pflegerischen Berufszulassung mit dem Erwerb eines Bachelor-Abschlusses verbinden (vgl. Interviewleitfaden im Anhang)

Probezeit nicht überstanden. Und innerbetrieblich haben wir dann beschlossen: Finger weg.“ (IP II, 53)

Ein/e weitere/r Experte/-in berichtet von positiven Erfahrungen mit Absolventen/-innen primärqualifizierender Studiengänge, die jedoch weniger mit im Studium erworbenen Kompetenzen als vielmehr mit Persönlichkeitseigenschaften der eingestellten Personen in Verbindung gebracht werden:

„Ja, wir haben Erfahrungen. Wir haben an unterschiedlichen Stellen auch Menschen eingesetzt, die diese primärqualifizierenden Studiengänge absolviert haben. Bisher ganz positive Erfahrungen, weil wir aber auch Menschen gefunden haben oder ausgewählt haben, (...) die diese Freude an dem Arbeitsfeld auch mitgebracht haben und die Komplexität, die in diesem Feld Pflege, in diesem Handlungsfeld auch stecken, glaube ich, erfassen und immer wieder auch erfassen. Das heißt, es hat auch etwas mit Personen zu tun und wie sie etwas gelernt haben.“ (IP VII, 63)

Die restlichen Befragten haben bisher keine konkreten Erfahrungen mit Absolventen/-innen aus grundständigen Pflegestudiengängen. Es ist bei den folgenden Aussagen also wiederum davon auszugehen, dass die Experten/-innen vermutete Auswirkungen beschreiben und diese bewerten.

Beurteilung der Einführung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge

Die Experten/-innen wurden zunächst um eine generelle Beurteilung der Einführung primärqualifizierender Pflegestudiengänge gebeten. Die Antworten verdeutlichen, dass zumindest teilweise Wert darauf gelegt wird, dass die primärqualifizierenden Pflegestudiengänge ein höheres Niveau aufweisen als die bereits vorhandenen Ausbildungen¹²:

¹² Der Gesetzentwurf der Bundesregierung des „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe“ beschreibt in § 37 Abs. 3 folgende Kompetenzen, zu denen eine hochschulische Ausbildung im Vergleich zur beruflichen Pflegeausbildung zusätzlich befähigen soll:

„1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen,
2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,

„Für mich ist wichtig, dass sich diese primärqualifizierenden Studiengänge noch einmal unterscheiden von der Fachschul-Ausbildung. Also, es kann nicht sein, lediglich das Niveau der Fachschul-Ausbildung an die Hochschule zu holen.“ (IP VII, 41)

Weiterhin äußern die befragten Experten/-innen mit Blick auf bereits bestehende unterschiedliche Studiengangsmodelle Unsicherheiten hinsichtlich der praktischen Ausbildung im Rahmen des Studiums:

„Also, das, was wir uns auf jeden Fall zukünftig fragen müssen bei der akademischen Qualifizierung, ist, ob wir tatsächlich den praktischen Ausbildungsort, so wie er in der dualen Ausbildung [ist], auch tatsächlich beibehalten können. Ich war einer der ersten Studiengänge bzw. Absolventen in Deutschland, die Pflegewissenschaften studiert haben. Bei uns war es so, dass wir ausschließlich aus der Praxis gekommen sind, was dann auch deutlich zur Akzeptanz beigetragen hat. Frankfurt, Fulda, das sind nach dem Abitur oder Fachhochschulreife das Studium begonnen. Dort haben fast 60 % der Absolventen noch einmal eine praktische Ausbildung hinten nachgeschoben. Man muss schon die Frage stellen, ob das jetzt dem System geschuldet ist oder ob es zukünftig auch so bleiben wird. Ein Ingenieur hat vorher auch kein Haus gebaut, bevor er das Ingenieurs-Studium angefangen hat. Da sehe ich noch einen Justierungs-Aspekt. Das, was schwer zu realisieren sein wird in der Ausbildung, ist die Laborsituation, wie sie viele Hochschulen auch realisiert haben. Das wird natürlich für Praxis-Einsätze schon deutlich besser.“ (IP I, 44)

Darüber hinaus stellen die Identifikation möglicher Aufgabenbereiche der Absolventen/-innen sowie ihre Vergütung und der zu klärende Skill- und Grademix in den Einrichtungen zentrale Herausforderungen dar:

„Wir haben im Moment noch das Problem, dass wir die zukünftigen Aufgabenfelder noch nicht richtig identifiziert haben und den Weg dorthin im Moment in ganz Deutschland definieren müssen und die Aufgaben beschreiben, wie, was ist jetzt der Unterschied. Also, wie setze ich jemand als Gesundheits- und Krankenpflegerin ein mit einem dreijährigen Abschluss und wie

-
3. sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
 4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinanderzusetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können und
 5. an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.“ (Bundesregierung 2016, 26f.)

setz ich jemand mit einem Studiengang ein. Was ist der Unterschied und wie ist die Vergütung?“ (IP III, 44)

oder

„Aus meiner Sicht ist es natürlich immer wichtig, wie kommt es bei den Einrichtungen an oder wie können die Absolventen dann auch eingesetzt werden. Und da ist es meines Wissens ..., sind wir da aber auch noch nicht an einem Punkt, dass wir so viele Erfahrungen haben, dass man sagen kann, das ist super, das ist nicht super.“ (IP V, 52)

Zugleich wird die Entwicklung von Karrieremodellen für die Absolventen/-innen als wichtig erachtet:

„bestimmte Aufgaben in diesen Karrieremodellen dann auch entwickeln müssen, also wir brauchen Karrieremodelle und Aufgaben dazu.“ (IP III, 46)

In den Interviews lassen sich weit überwiegend positive Bewertungen zur geplanten Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge als Regelangebot identifizieren. Demnach stehen nur wenige Experten/-innen dieser Entwicklung generell kritisch gegenüber. Die positiven Einschätzungen beziehen sich 1. auf die erwarteten Kompetenzen und den Wissensstand der Absolventen/-innen, 2. auf Möglichkeiten der Personalgewinnung, 3. auf Veränderungen des Berufsbildes und 4. auf die höhere Vergleichbarkeit der Abschlüsse innerhalb der europäischen Union.

Insbesondere pflegewissenschaftliche Kenntnisse werden nicht nur von den Absolventen/-innen erwartet, sondern als grundsätzlich notwendig für die pflegerische Versorgung erachtet:

„Also, diese wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Pflege, die für uns von größter Bedeutung sind, gehen eher in die Richtung soziale Pflege. Soziales Pflegemanagement. Das heißt, wie gehen wir mit Menschen um? Wie wird die Würde des Menschen geachtet? Was passiert mit einem Mensch mit Demenz, in welcher Welt ist er? Wie kann er erreicht werden?“ (IP II, 59)

Darüber hinaus besteht die Einschätzung, durch forschendes Lernen die Ausbildung analytischer Kompetenzen in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen zu stärken, so dass die hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte die pflegerische Versorgung selbstverantwortlich und theoriegeleitet realisieren. Allerdings verbinden

einige Befragte damit auch entsprechende Forderungen an die Hochschulen:

„Und zwar erwarte ich von den Hochschulen, dass sie ein ..., ich nenne es mal ein forschendes Lernen, befördern und dass sie dafür sich selber qualifizieren, also auch die Rahmenbedingungen schaffen, ein forschendes Lernen und damit die Voraussetzungen auch schaffen für das vorhin angesprochene auch analytische Denken. Also da Situationen, sei es jetzt Pflegekontexte zu analysieren und daraus auch Ableitungen zum Handeln auch zu finden. Und dafür ist es notwendig, auch unterschiedliche Theorien kennenzulernen und auch dieses theoriegeleitete Lernen zu selbstständigen Entscheidungen auch zu führen.“ (IP VII, 41)

oder

„wenn wir damit auch Menschen bekommen, die diese analytische Kompetenz, sowohl die Analyse, die Theoriebildung und Nutzung als auch das theoriegeleitete Handeln und Planen, angeht.“ (IP VII, 43)

Durch die in Baden-Württemberg bereits vorhandenen dualen Pflegestudiengänge wird die theoretische Ausbildung an der Hochschule mit der praktischen Ausbildung verknüpft. So erhalten die Absolventen/-innen zum einen theoretisches Wissen und lernen wissenschaftliches Arbeiten kennen. Zum anderen erfolgt eine Verknüpfung mit der Praxis durch die praktischen Ausbildungsanteile, und die Studierenden sammeln praktische Erfahrungen, wobei dieses Qualifizierungskonzept mit Blick auf die Erfordernisse der Pflegepraxis als prinzipiell günstig erachtet wird:

„Dazu gehört ganz viel praktisches Wissen und auch praktische Erfahrung, und die Kombination einer praktischen Ausbildung mit wissenschaftlichem Arbeiten und Anspruch halten wir für einen sehr guten Weg. Also, das ist auf jeden Fall eine positive Entwicklung.“ (IP XII, 55)

Zugleich wird eine zunehmende Komplexität pflegerischer Versorgungssituationen konstatiert, zu deren Bewältigung neben einer generalistischen Hochschulausbildung, zumindest teilweise, weiterführende akademische Qualifikationen notwendig erscheinen:

„Also, die Versorgungs-Settings werden komplexer und das, was wir brauchen, sind Advanced-Nursing-Practice-Kenntnisse, und das kann in der Grundausbildung in dem Maße nicht vermittelt werden. Also, da zielen auch gezielt auf eine akademische generalistische Qualifizierung mit entsprechenden Masterstudiengängen Gerontologie und so weiter.“ (IP I, 25)

Eine Umsetzung der geplanten Pflegeausbildungsreform führt zukünftig zu unterschiedlichen Kompetenzniveaus Pflegenden auf dem Arbeitsmarkt. Dieser Umstand wird von den Experten/-innen antizipiert und ebenfalls als sinnvoll betrachtet:

„Also, grundsätzlich finde ich das sehr positiv. Ich habe ja vorhin schon einmal davon gesprochen, wir brauchen in der Praxis Kompetenzen auf unterschiedlichen Niveaus.“ (IP VII, 41)

Einen hohen Stellenwert nehmen laut der Interviewergebnisse Erwartungen ein, die Attraktivität des Berufsfeldes Pflege durch die Studiengänge steigern zu können – insbesondere für Abiturienten/-innen. Demzufolge entspricht die Etablierung hochschulischer Ausbildungsmöglichkeiten auch in der Pflege eher ihren Vorstellungen und eröffnet ihnen zudem diverse Karrieremöglichkeiten. Insofern gelten die Studiengänge auch als wichtiges Instrument der Personalgewinnung aus Sicht der Experten/-innen:

„Das heißt, wir haben ein Potenzial, um auf die Pflege den Bogen zurück zu spannen, an Gymnasiasten/Abiturienten, die ein Studium machen möchten, und denen müssen wir in der Pflege ja auch gerecht werden.“ (IP III, 44)

oder

„wir könnten eben damit Leute, zum Beispiel diese 18 Prozent Abiturienten von den Bewerbern, eben ansprechen, dass wir sagen, Mensch, wir haben euch was zu bieten, ihr seid zwar jetzt auch drei Jahre lang hier Schüler, aber da habt ihr noch etwas on-top da und so, da könnt ihr den Pflege-Bachelor machen.“ (IP VIII, 48)

oder

„Und deswegen ist es ganz wichtig, auch ein Studium als Perspektive anzubieten, gerade ... also in der Krankenpflege waren ja früher sehr viele Abiturienten und Abiturienten, die wollen heute ihren Bachelor, ich sag es jetzt mal so einfach und dann ist es gut, wenn man solchen Personen einen Abschluss anbieten kann und sie damit für die Pflege gewinnen kann, die sonst sagen würden, ja nein, eine dreijährige Ausbildung, ich möchte lieber etwas studieren.“ (IP XII, 55)

In diesem Zusammenhang geht es einigen Befragten ferner um eine grundsätzliche Aufwertung der Pflege bzw. um ihre weitere Professionalisierung, die – dieser Ansicht nach – durch akademische Qualifizierungsmöglichkeiten befördert werden kann:

„Also von der Warte der Professionalisierung des Pflegeberufes ist es natürlich zu begrüßen, dass der Pflegeberuf auch oder eine Akademisierung da auch angestrebt wird.“ (IP V, 48)

oder

„das ist ja auch so ein Schlagwort, die Akademisierung der Pflege, was ja auch so ein Baustein sein soll, um die Pflege attraktiver zu machen.“ (IP VI, 47)

oder

„Also, einerseits ist es natürlich schon wichtig, um die Pflege tatsächlich aufzuwerten, dass es eben auch solche Studiengänge gibt.“ (IP VI, 47)

In ähnliche Richtung weisen Aussagen zur erwarteten inhaltlichen Weiterentwicklung pflegerischer Leistungen im Sinne ihrer stärkeren Wissenschaftsbasierung, für die wiederum eine akademische Ausbildung als notwendig erachtet wird:

„Und wenn man es vom Berufsstand her sieht, ist es sicherlich gut, dass es auch Personen gibt, die Pflege eben wissenschaftlich betreiben und auch wissenschaftlich fortentwickeln. Wir haben ja die Entwicklung von den Expertenstandards; man sieht, da ist Bedarf. Das muss sich fortentwickeln. Und dafür braucht man auch entsprechend qualifizierte Personen.“ (IP XII, 57)

Weiterer Optimierungsbedarf besteht offensichtlich bei der konzeptionellen Gestaltung pflegerischer Leistungsangebote, wobei den Absolventen/-innen der Pflegestudiengänge die notwendigen Kompetenzen zugesprochen werden, zukunftssträchtige Versorgungskonzepte mit zu entwickeln:

„Und wo ist Pflege denn notwendig? Und dort, denke ich, spielt dann schon auch die akademische Pflege auch noch eine Rolle, also, diese Entscheidung zu treffen, die zukünftigen Konzepte mit zu entwickeln, eine hohe Bedeutung.“ (IP III, 48)

Mit Blick auf eine gesteigerte Mobilität am Pflegearbeitsmarkt sowie auf den Personalmangel in der deutschen Pflege erhofft sich zumindest ein/e Experte/-in durch deutsche Pflegestudiengänge interessanterweise vorrangig eine vereinfachte Anerkennung entsprechender Abschlüsse, die im Ausland erworben wurden und somit Erleichterungen bei der Personalrekrutierung nichtdeutscher Fachkräfte. Inwieweit umgekehrt ein in Deutschland erworbener Bachelor-Abschluss zu einer wachsenden Abwanderung der so

qualifizierten Fachkräfte ins (europäische) Ausland führen könnte, bleibt dabei weitgehend unreflektiert:

„Andererseits kommt aber auch etwas, was durch die Personalgewinnung aus den europäischen Nachbarländern kommt, also die ganzen aus Pflegenotstand heraus, kommen ja aus anderen europäischen Ländern, werden Fachkräfte angeworben, die aus Italien, Spanien, Griechenland, irgendwo kommen, Philippinen, die alle ihren Bachelor haben, alle. Alle. Die natürlich die sprachliche Hürde haben, also das ist das Problem dann. Aber man muss auch die Ausbildungen und Studiengänge nebeneinanderlegen, ist das in Deutschland, also inwieweit ist das gleich. Das hat man gemacht. Aber, also hier kommt schon auch etwas in deutsche Kliniken, in deutsche Pflegeeinrichtungen rein, die, also was ganz normal ist, also, dass hier ja plötzlich Bachelor als Pflege kommt, die natürlich ihre Anerkennung dann auch bei uns erhalten, wenn das Sprachniveau erreicht ist und das sieht man, also, die Berufsaussichten auch im europäischen Ausland, also, wir holen ja im Moment, durchaus haben. Wäre natürlich umgekehrt auch für deutsche Absolventen, dass sie in anderen Ländern auch Aussichten haben, also aufgrund des Niveaus.“ (IP III, 50)

Die ermittelten Vorbehalte der Befragten gegenüber primärqualifizierenden Studiengängen und ihren Absolventen/-innen basieren vor allem auf vermuteten Schwierigkeiten der Arbeitgeber, sie in der direkten Pflege adäquat einzusetzen. Dabei werden zum einen zu geringe pflegepraktische Erfahrungen der akademisch qualifizierten Fachkräften angenommen sowie Spannungen in Pflorgeteams, deren Mitglieder über unterschiedliche Kompetenzniveaus verfügen. Zum anderen wird vermutet, dass die Absolventen/-innen sich aufgrund ihrer akademischen Ausbildung per se weniger für die direkte bzw. patienten/-innennahe Pflege interessieren würden, oder aber ihre Hochschulausbildung gilt als ungeeignet für einen dortigen Einsatz:

„(...) dann irgendwelche verkopften Menschen, die wir vielleicht gar nicht unbedingt brauchen können. Wir selber haben tatsächlich mit Absolventen solcher Studiengänge jetzt Erfahrungen gesammelt, auch in Leitungsfunktionen, weil natürlich die Leute dann selbstverständlich nach so einem Studium, was sie dann haben, erst einmal nicht in der Pflege noch arbeiten wollen, sondern schon eine Funktion einnehmen wollen.“ (IP XI, 53)

Trotz der dokumentierten insgesamt befürwortenden Haltung gegenüber einem Hochschulstudium für Teile der Pflegefachkräfte (s.

o.), finden sich in den Interviews auch Kommentare, die eine derartige Qualifikation lediglich für Führungspositionen vorsehen und Konflikte durch eine weitere Diversifizierung pflegfachlicher Berufsabschlüsse befürchten. Als Referenz werden entsprechende Erfahrungen mit dem Einsatz von Pflegehilfskräften geschildert:

„Ich denke, dass es sicherlich erforderlich ist für Pflegedienstleitungen, Pflegedirektoren, aber ich glaube im normalen Betrieb würde ich es mir eher nicht wünschen. Ich glaube, da gibt es dann Verwerfungen. Ich kenne das von früher her von Krankenpflege und Pflegehilfe, das war dann zum Teil so, dass unter der Woche die Krankenpflege zuständig war für Medikamente und so weiter und die Pflegehilfe für Waschen, Topf leeren und so. Und am Wochenende, wenn es knapp war, mussten die dann trotzdem wieder alles machen und dann haben die natürlich gesagt, wir sind ja auch nicht blöder unter der Woche als in der Woche.“ (IP IV, 59)

Weitaus weniger thematisieren die Experten/-innen zunächst Anforderungen an das Pflegemanagement und die Personaleinsatzplanung, die sich aus einem zunehmenden Skill- und Grademix unter dem Personal ergeben. Infolgedessen erscheint eine Ergänzung der langjährigen Tradition einer dreijährigen Pflegeberufsausbildung als vorherrschende Qualifizierung in der Pflege nach wie vor schwierig.

Erwartungsgemäß erfüllen die Pflegestudiengänge aus Sicht der Experten/-innen nicht die Funktion, den bestehenden Personalmangel in der Pflege grundlegend zu beheben. Insofern ist die arbeitgeberseitige Akzeptanz akademischer Pflegeausbildungen offensichtlich eng verbunden mit tragfähigen Konzepten zur Bewältigung des grundsätzlich bestehenden Fachkräftemangels.

„wir sehen da überhaupt nicht die Lösung für das Fachkraftproblem.“ (IP XI, 53)

oder

„Trotzdem haben wir ... oder werden wir ein massives Fachkräfte-Problem kriegen und die Lösung, ich sag es jetzt mal platt formuliert, kann eigentlich nicht sein, dass es künftig mehr Häuptlinge als Indianer in der Pflegeeinrichtung gibt.“ (IP VI, 47)

Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung der steigenden Anzahl alter Menschen gehen die Einschätzungen zu den Effekten

primärqualifizierender Pflegestudiengänge deutlich auseinander. Die positiven Folgen für die Altenpflege werden in der besseren Bewältigung komplexer werdender Pflegebedarfe, der Steuerung des Gesamtversorgungsprozesses sowie in der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und der konzeptionellen Weiterentwicklung der Altenpflege gesehen:

„eine Form von Steuerung, die dann stattfindet oder Entscheidung, wer in welcher Form dann mit diesen Interprofessionellen zusammen arbeiten oder diese Versorgungen, wie die dann zusammengestellt werden, also denke ich, ist es wichtig und hier kann Pflege durchaus eine führende Rolle dann einnehmen, wenn sie denn diese gesamten Kontexte im Auge hat und Konzepte auch entwickeln kann. Und ich denke, da braucht es schon ein Studium dazu und auch die akademische Ausrichtung.“ (IP III, 48)

Gleichzeitig wird es für Arbeitgeber offenbar auch darum gehen müssen, die Komplexität der Altenpflege sowie ihren Charakter als anspruchsvolle, pflegerische Tätigkeit den Absolventen/-innen grundständiger Pflegestudiengänge gegenüber darzustellen:

„Weil Altenpflege, da geht es ja nicht nur um die Frage von Lebensalter, sondern hinter Lebensalter steht ja Multimorbidität, Menschen die vielfach Erkrankungen, viele Erkrankungen aufweisen, lebensgeschichtliche Entwicklungen in ihren Krankheitsverläufen haben, oft mit psychischen Komponenten. Also eine sehr komplexe Situation, Lebenssituation, die zu betrachten ist, und dafür braucht es eigentlich ganz hervorragende Pflegekräfte und die höchst anspruchsvolle Aufgaben zu bewältigen haben. Wenn das jemand erkennt und wir das auch als Arbeitgeber erkennen, dann ist das hervorragend für die Altenpflege.“ (IP VII, 43)

Ferner gibt es auch Stimmen, die den Einsatz primärqualifizierter Bachelor-Absolventen/-innen in der Altenpflege kritisch beurteilen. Dies wird unter anderem mit der derzeitigen Zielgruppe für eine Altenpflegeausbildung begründet, für die ein Studium eher keine Alternative zur berufsfachschulischen Ausbildung darzustellen scheint:

„Wir haben, wie gesagt, diese zwei Schüler; ich glaube, dass da der Bedarf bei den Menschen, die zu uns kommen, erst einmal vorrangig gar nicht da ist. Ich glaube, da steht als erstes Ziel Abschluss einer Berufsausbildung. Sie haben ja unsere Schüler gesehen, die kommen von den Schulen, sind 16, 17, 18 Jahre alt. Ich glaube, da ist das erste Ziel, wirklich hier ein Stück weit

einen Beruf zu erlernen, der Lohn und Brot verspricht in der Zukunft.“ (IP X, 54)

Weitere Hemmnisse für Absolventen/-innen der grundständigen Pflegestudiengänge ergeben sich aus arbeitgeberseitigen Vorstellungen zu ihren möglichen Einsatzfeldern, die einerseits primär auf Leitungspositionen fokussieren, andererseits im Bedarfsfall die Bereitschaft zur Mitarbeit in der direkten Pflege voraussetzen. Interessanterweise werden diese Konflikte zwar von den Experten/-innen vorausgesehen, ohne jedoch entsprechende Konsequenzen für sie selbst als Arbeitgeber abzuleiten:

„Wohngruppenleitung, Stationsleitung, Pflegedienstleitung, die aber auch natürlich, zumindest teilweise, auch in der Pflege noch mitarbeiten, und natürlich ist es ein Ansatz zu sagen, okay, Führungskräfte, die müssen zumindest ein Stück weit müssen sie freigestellt sein für leitende Tätigkeiten, das ist klar. Aber es gibt halt immer wieder Situationen natürlich auch erstens, wo es einfach auch gar nicht anders geht, bei Krankheit oder sonstigen Ausfällen, aber auch diese teilweise Freistellung hat natürlich auch den Sinn, [...] vor dem Hintergrund ist es aus unserer Sicht schon wichtig, dass auch Führungskräfte noch ein Stück weit einen Bezug zur Basisarbeit haben und die Gefahr besteht natürlich auch, dass Hochschulabsolventen, wenn sie dann quasi schon in mit einer Führungsposition in einer Einrichtung dann einsteigen, dass sie dann eher sagen, ne, dafür habe ich nicht studiert.“ (IP VI, 49)

Zudem werden hier den Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge ähnliche Aufgabenbereiche wie Absolventen/-innen konsekutiver Pflegemanagementstudiengänge zugesprochen. Ziel der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge ist es jedoch, die pflegerische Versorgung, insbesondere komplexe Aufgabenbereiche, evidenzbasiert kritisch zu prüfen (Wissenschaftsrat 2012) und so die Pflege weiterzuentwickeln (DPR, DGP 2014). Die dabei vom DPR und DGP genannten Aufgaben zielen explizit auf eine Tätigkeit in der patientennahen Versorgung und somit nicht auf Leitungs- und Führungspositionen ab (ebd.).

Auch das Kompetenzmodell des International Council of Nursing (ICN) spricht Absolventen/-innen mit einem Bachelor-Abschluss in Pflege keine Leitungs- und Führungsaufgaben zu. Diese Aufgaben, so der

ICN, bleiben Personen mit einer zusätzlichen Weiterbildung oder einem Masterabschluss vorbehalten.¹³

Allgemeine Berufsaussichten der Absolventen/-innen primär-qualifizierender Pflegestudiengänge

Die allgemeinen beruflichen Aussichten von hochschulisch qualifizierten Pflegekräften werden von etwa der Hälfte der befragten Experten/-innen als günstig eingeschätzt. Diese Prognose beruht jedoch in erster Linie auf grundsätzlichen Personalrekrutierungsproblemen in der Pflege bzw. auf der Tatsache, dass in den Studiengängen neben einem Bachelor-Abschluss auch eine Berufszulassung in der Pflege erlangt wird – und weit weniger auf spezifischen Kompetenzen der Akademiker/ -innen :

„ich denke, grundprinzipiell ist da eine Offenheit in der Pflegebranche da. Bedingt natürlich auch durch die ständige, durch den stetigen Wandel, aber auch natürlich durch den Pflegefachkraftmangel, den wir einfach im Moment haben. Ich schätze die Aussichten eigentlich recht gut ein.“ (IP V, 54).

oder

„ja gut, also wenn ... die sind gut. Es ist halt die Frage, aber das ist ja immer so bei Studienabgängern, die Frage ist, ob sie dann letztlich gleich in so einer Position beginnen können, was sie sich vielleicht vorgestellt haben. Aber wenn die ihren Fachkräfte-Abschluss quasi noch mitbringen, dann müssten die Chancen erst mal grundsätzlich gut sein.“ (IP VI, 65)

oder

¹³ Die Tätigkeitsbeschreibung für Absolventen/-innen eines Bachelor in Pflege sehen folgende Punkte vor:

„Person, die eine umfassende auf europäische Ebene standardisierte Ausbildung für den/die Generalist/in für Gesundheits- und Krankenpflege absolviert hat.

- Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Aufgabenstellungen, Prozesse bzw. Projekte
- Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeitskontexten/ Lernkontexten
- Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen oder Gruppen
- Arbeitet als Selbstständige oder in Gemeinschaft mit anderen in komplexen Arbeitskontexten
- Fachkompetenz (breites, jedoch nicht speziell vertieftes Fachwissen) für alle Bereiche, Settings sowie für Personen aller Altersstufen
- Beherrscht umfassende Pflegetechniken, -methoden und -prinzipien
- Einsatz Evidenz basierter Ergebnisse und Initiieren von Wissenstransfer
- Fachlich Vorgesetzte von Pflegeassistenten und von Unterstützungskräften
- Verfüg über kritisch reflektierendes Verständnis und Handeln“
(Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2011, 13)

„Also, Berufsaussicht heißt ja erst einmal, bekomme ich einen Job in dem Feld, wo ich eine Ausbildung habe. Den haben sie mit Garantie.“ (IP XI, 55)

Gleichzeitig äußern die Experten/-innen mehrfach Bedenken hinsichtlich spezifischer Einsatzfelder für Absolventen/-innen grundständiger Pflegestudiengänge. Einerseits vermuten sie, dass die von ihnen vorgesehenen Tätigkeitsprofile nicht den Wünschen der akademisch ausgebildeten Fachkräfte entsprechen oder aber sie meinen, ihnen keine adäquaten Beschäftigungen anbieten zu können:

„ich glaube, dass noch das Bewusstsein befördert werden muss, um akademisch ausgebildete Pflegekräfte zu beschäftigen. Und zwar in mehreren Richtungen. Das eine, die Arbeitgeber müssen diese Arbeitsplätze zur Verfügung stellen. Da ist oft die Fantasie bei Arbeitgebern, wir können den akademisch ausgebildeten Pflegekräften nicht das bieten, was sie sich wünschen.“ (IP VII, 45)

Andererseits existieren derzeit noch grundsätzliche Unsicherheiten hinsichtlich der Verwendbarkeit akademischer Ausbildungsprofile am Pflegearbeitsmarkt, da es sich hierbei um eine grundlegende Innovation in der deutschen Pflege handelt und bislang wenige Erfahrungen vorliegen:

„Also, da gibt es ... viele werden das noch gar nicht kennen und sagen, huch, was ist denn das, da kommt jetzt ein Pflege-Bachelor. [...] wo die dann landen, werden erst einmal ein bisschen gucken, huch, was ist denn das. Da beginnt jetzt erst die Diskussion, zu überlegen, Mensch, wie können wir die denn einsetzen.“ (IP VIII, 52)

oder

„Wer sich bessere Aussichten oder ein anderes Profil verspricht durch die Akademisierung, der ist noch zu früh. Das gibt es noch nicht.“ (IP X, 57)

In diesen Aussagen deutet sich wiederum an, dass die Entstehung neuer, akademischer Ausbildungsprofile in der Pflege mit spezifischen Herausforderungen für potenzielle Arbeitgeber einhergeht, die sie offensichtlich erst bei einem größeren Aufkommen der entsprechenden Absolventen/-innen angehen werden.

Faktoren, die für den Einsatz von Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge sprechen

Aus Sicht der Befragten steht die Bewertung der Studiengänge sowie der Berufsaussichten der Absolventen/-innen in engem Zusammenhang zu der Identifikation möglicher Einsatzfelder für die neuen Fachkräfte. Dabei formulieren die Experten/-innen sowohl Vorteile als auch Herausforderungen, die sich für sie durch hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte ergeben.

Insgesamt betrachtet, ist ein Vorteil beim Einsatz der Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge – nach Meinung der Experten/-innen – der fundiertere Theoriebezug im Vergleich zur berufsfachschulischen Ausbildung. Hierbei werden eine größere pflegewissenschaftliche Expertise sowie umfassendere Lösungsstrategien, aber auch Pflegemanagementkenntnisse von hochschulisch qualifizierten Pflegekräften erwartet:

„Es ist einfach so, dass, wenn man Pflege studiert hat, einfach noch mal einen ganz anderen Wissenshintergrund hat und auch eine andere Form der Lösungsstrategien parat hat.“ (IP V, 56)

oder

„das eben halt junge Menschen sind, die natürlich durch das Studium gelernt haben, eben halt, die bringen halt eine gewisse Denkweise mit rein, die ich über eine normale Ausbildung, sag ich jetzt mal, natürlich nicht bekomme und das ist erst einmal grundsätzlich positiv natürlich.“ (IP VI, 69)

oder

„und da halt verstärkt, mich in so einem Studiengang eben mehr mit pflegewissenschaftlichen Grundlagen, mit strukturellen Dingen, mit Finanzierungsfragen, vielleicht auch mit, ja, wie finanziert sich so ein Heim.“ (IP XI, 57)

Der Einsatz der Absolventen/-innen in der direkten Pflege kann demnach die pflegerische Versorgung qualitativ verbessern. So vermuten die Befragten, dass hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte gesicherte Pflegepraktiken einsetzen und nach den Maßstäben evidenzbasierter Pflege arbeiten können:

„Die wenigsten denken überhaupt an gesicherte Pflegepraktiken an der Stelle. Also, Eisen und Föhnen ist ja so das Gängige, was immer wieder noch angebracht wird. Das ist immer noch in der Praxis, hält sich vehement.“ (IP I, 50)

Daneben könnten die Absolventen/-innen durch die Entwicklung und Umsetzung innovativer pflegerischer Konzepte zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung beitragen. Damit werde die Qualität der Versorgung gesichert bzw. verbessert und nutzerorientierter gestaltet:

„Also, ich sehe es eindeutig in der Weiterentwicklung von Pflege und Professionalisierung notwendig, zwingend notwendig, weil ich erlebe im Moment – also so in der Pflege – etwas, eine Beharrung, manchmal auch Stillstand, wenn es um die Weiterentwicklung in der Praxis geht von Pflege, in der wirklichen Weiterentwicklung von Pflege. Und ich verspreche mir dann von akademischen oder von den zukünftigen Absolventen, also hier schon, diese Weiterentwicklung und diese Aufstellung und Umsetzung von Konzepten, also nicht nur Konzepte auf dem Papier, sondern auch die Umsetzung von Konzepten, die in der heutigen Zeit notwendig sind, um Pflege voran zu bringen.“ (IP III, 52)

oder

„Das führt zu einer mindestens Qualitätssicherung, wenn nicht Qualitätssteigerung in den unterschiedlichen Handlungsfeldern und das ist wichtig und richtig.“ (IP VII, 47)

Ähnlich wie im Fall der generalistischen Pflegeausbildung wird auch für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte eine flexiblere Einsatzfähigkeit in der Pflegepraxis angenommen und aus Arbeitgebersicht positiv bewertet:

„Ich glaube einmal, dass die Branchen-Anteile, jetzt ambulant, teilstationär, stationär, sowohl Altenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflege, also das ganze Feld, da kann ich mir vorstellen, dass die Menschen eingesetzt werden.“ (IP VII, 49)

oder

„Dann sind die natürlich sehr flexibel in der Pflege auch einsetzbar und haben sicher auch noch mal einen ganz anderen Hintergrund. Dann kann ich mir da viele Einsatzmöglichkeiten vorstellen.“ (IP V, 62)

Faktoren, die gegen den Einsatz der Absolventen/-innen sprechen

Allgemein betrachtet, sehen die Experten/-innen vor allem zwei Herausforderungen beim Einsatz von Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge: Zum einen betrifft dies die Tatsache, dass auch hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte nach ihrem Studium als Berufsanfänger/-innen betrachtet werden, die ggf. sogar eine stärkere praktische Einarbeitung benötigen in einzelnen

Versorgungsbereichen, um sicher und sinnvoll eingesetzt werden zu können:

„wenn diese Auszubildenden in die Praxis kommen, dann sind das trotzdem halt erst mal quasi Berufsanfänger [...], wenn der Berufsanfänger ist, ist der Berufsanfänger und dann muss ich sozusagen erst mal die Praxis kennenlernen. Das unterscheidet, glaube ich, die Ausbildung von dem Studium nicht. Ich kann mir vorstellen, dass die ggf. vielleicht noch mal ein bisschen mehr praktische Anleitung brauchen. Auch noch mal in den einzelnen Versorgungs-Settings.“ (IP V, 64)

Bei dieser Einschätzung bleibt hingegen unberücksichtigt, dass bereits heute Studiengangsmodelle existieren, die zunächst zur Berufsbefähigung in der Pflege führen und erst ein bis drei Semester später zum Bachelor-Abschluss. Da viele der Studierenden bereits nach erfolgreichem Abschluss des Examens berufstätig werden, handelt es sich bei ihnen nach Abschluss des Studiums folglich nicht um Berufsanfänger/-innen im klassischen Sinne.

Zum anderen bezweifeln einige Experten/-innen, dass ein ausbildungsintegrierendes Studium im Vergleich zur Pflegeausbildung zur notwendigen beruflichen Sozialisation sowie Identifikation mit dem Pflegeberuf führt, da u. a. mehr Lernorte an Ausbildung/Studium beteiligt sind:

„Also für die, die dual studieren, ist es vielleicht fast noch schwieriger, weil ich glaube, dass die berufliche Sozialisation, die der Schüler erfährt, ihn stärker an den Beruf bindet, in seiner Identität. Und das ist, glaube ich, ein Schwachpunkt der dualen Ausbildung, dass keine berufliche Identität entwickelt werden kann.“ (IP X, 76)

oder

„Das ist dann eher die Frage, ob es nachher vielleicht einen Praxisschock gibt.“ (IP VI, 65)

Teilweise gilt das primärqualifizierende Pflegestudium auch als zu theoretisch, so dass Zweifel im Hinblick auf die pflegepraktischen Kompetenzen der Absolventen/-innen entstehen:

„Und andere klopfen Jahre an der Uni, kennen alle Theorien und plötzlich sind sie vor einem Menschen und sie können damit nicht umgehen.“ (IP II, 59)

oder

„Also Herausforderungen, wie gesagt, ist dieses, in diesem Pakt, wenn sich so jemand bewirbt, ist halt die Frage, ist das praktische Know-how da.“ (IP XI, 79)

Ferner erläutern die Experten/-innen, dass die Akademisierung in der Pflege bislang nicht mit der direkten Pflege in Verbindung gebracht wurde und spezifische Aufgabenfelder für Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge bisher nicht vorhanden sind. Aufgrund der größer werdenden Anzahl dieser neuen Fachkräfte müssten die Einrichtungen daher zeitnah neue Strukturen und Konzepte entwickeln, um die Bachelor-Absolventen/-innen für die pflegerische Praxis gewinnen zu können.

„Bedauerlicherweise war das also bislang so, also, wir haben immer, wenn man von Pflege und Studium gesprochen hat, die Pädagogik gemeint, das Pflegemanagement gemeint und die Pflegewissenschaft und hatten nie den Fokus auf die direkte Versorgung. Und hier, denke ich, haben wir noch ein Problem, weil wir den Boden noch nicht bereitet haben. Also hier entwickeln wir noch und können die Fragen der zukünftigen Absolventen noch nicht definitiv beantworten. Und haben Vorstellungen davon, aber wenn man Vorstellungen davon hat, dann sagt mir heute ein junger Mensch oder ein Absolvent, ich will es konkret wissen, was ich machen kann und nicht irgendeine Vorstellung.“ (IP III, 50)

oder

„Das heißt anders am Bett stehen, als wir es jetzt gewohnt sind. Also, da muss einiges an Konzepten und Strukturen auch in den Einrichtungen neu gedacht werden.“ (IP I, 62)

Potenzielle Einsatzfelder

Obwohl die befragten Experten/-innen eine Reihe möglicher Einsatzfelder für die Absolventen/-innen benennen, besteht weiterhin diesbezüglicher Entwicklungsbedarf, denn vielfach sind die Einsatzfelder noch nicht etabliert. Infolgedessen werden den hochschulisch qualifizierten Pflegekräften nicht selten ähnliche Aufgaben zugeschrieben wie den berufsfachschulisch ausgebildeten, wenn auch mit höherem Anspruchsniveau:

„Also, noch mal, wenn die einen Fachkräfte-Abschluss quasi schon mitbringen, fände ich es jetzt trotzdem erst mal nicht verkehrt, wenn man auch da eine Weile erst einmal arbeitet, weil, die Ausbildung zu machen ist das eine, aber dann tatsächlich in einer Pflegeeinrichtung zu arbeiten, ist was anderes.“ (IP VI, 71)

oder

„Ich glaube, dass sie sich erst einmal nicht per se unterscheiden, sondern dass es immer darum geht, wie finden wir die richtigen Leute für den richtigen Platz oder für die richtige Aufgabe, besser gesagt. Und wenn ich akademisch ausgebildete Kräfte habe, die eher regelgeleitet arbeiten, dann können die nur mit regelgeleiteten Aufgaben erst einmal betraut werden.“ (IP VII, 51)

Die grundsätzlichen Unsicherheiten der Experten/-innen hinsichtlich des möglichen Einsatzes akademisch ausgebildeter Fachkräfte zeigen sich auch daran, dass, sie neben o. g. Ideen, vorwiegend für Leitung- sowie Führungspositionen vorgesehen werden. Obwohl die diskutierten Studiengänge aus bildungs- und berufspolitischer Perspektive nicht vorrangig für solche Funktionen eingerichtet wurden und auch die meisten grundständigen Pflegestudiengänge kein dementsprechendes Profil aufweisen, scheinen die Absolventen/-innen aus Sicht der Experten/-innen besonders geeignet dafür. In einigen Fällen erwarten die Befragten im Vorfeld einer leitenden Position Berufserfahrung im Sinne einer Tätigkeit in der direkten Pflege. Zudem werden sie ansatzweise als besondere Ressource betrachtet und kommen für Personalentwicklungsmaßnahmen in Frage:

„Ja gut, wenn ich dann letztlich in so einer, sag ich mal, Führungsposition oder verantwortlichen Position bin, dann letztlich wird sich es nicht mehr arg unterscheiden, aber ich gehe halt tatsächlich davon aus, dass jemand mit so einem Abschluss schneller in so eine Position kommt.“ (IP VI, 73)

oder

„Die werden eher zu Schreibtischarbeiten, Planungsarbeiten miteinbezogen werden und vielleicht dann, wenn Not am Mann ist. Also die, die wir kennen, sind in der Regel in der Funktion von Stationsleitungen oder Heimleitung und sind damit eigentlich dem tatsächlichen Bereich der Pflege, des Pflegens entzogen worden.“ (IP X, 67)

oder

„Pflegedienstleitung ist selbstverständlich, Einrichtungsleitung, es gibt Wohnbereichsleitungen.“ (IP XI, 63)

oder

„Soweit ich weiß, werden die vom Grundsatz her erst einmal nicht anders behandelt als eine normale, jemand mit einem normalen Abschluss, dreijährig, aber man hat diese Leute im Auge, um sie entsprechend fortzuentwickeln und ihnen Perspektiven aufzuzeigen in Richtung Stationsleitung zum Beispiel und langfristig Pflegedienstleitung.“ (IP XII, 63)

Insbesondere Einrichtungen der akut stationären Versorgung sind offenbar in der Lage, Stabstellen für die Absolventen/-innen zu schaffen und halten dies für notwendig:

„Also, viele Krankenhäuser machen das ja mittlerweile, Stabsfunktionen, Stabsstellen geschaffen haben. Wenn ich Freiburg mir anschau mit ihren Pflegeexperten, die diese Funktion dann auch wahrnehmen. Das macht ja deutlich, dass die Versorgungssettings es schon begründen, auch, dass solche Menschen zum Einsatz kommen.“ (IP I, 54)

Weiterhin können Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge, aus Sicht der Experten/-innen, Vorbehaltsaufgaben nach § 63 SGB V übernehmen. Dieser befasst sich mit der „Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt“ (§ 63 Abs. 3c SGB V). Ebenso kann „die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer“ (§ 63 Abs. 3b SGB V) übertragen werden, wenn „es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt“ (ebd.). Die Absolventen/-innen müssen dabei eine in § 4 Abs. 7 des Kranken- bzw. des Altenpflegegesetzes geregelte Qualifizierung absolviert haben. Obwohl die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten schon seit 2008 im Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung geregelt ist, findet sie bislang kaum statt. Die befragten Experten/-innen sehen deshalb die Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge grundsätzlich für diese Tätigkeiten als geeignet an, wobei teilweise entsprechend weiterführende Studiengänge gewünscht werden und die Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben durch die akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte vor allem im ländlichen Raum als sinnvoll erachtet wird:

„Ich wünsche mir auch, dass Pflegekräfte sich heilkundlich weiterbilden. Also ich wünsche mir auch weiterbildende Studiengänge, wo die heilkundliche Kompetenz entwickelt wird.“ (IP VII, 49)

oder

„Wo aus meiner Sicht ganz dringend eine Entwicklung erforderlich ist, ist im Bereich eigenständige Ausübung von

Heilkunde, dass in diesem Bereich endlich einmal eine Entwicklung kommt. Da haben wir ja seit Jahren die Modellklausel, der GBA hat seine Richtlinie gemacht, und passiert ist nichts. Und im Versorgungssystem ist es aus meiner Sicht langfristig unerlässlich, dass es eine akademische ... also, das wäre jetzt für mich der akademische ... der Job von einer Akademischen. Dass wir hier gewisse Bereiche haben, wo wir sagen, das kann eine akademische Pflegefachkraft auch in eigener Verantwortung machen und eben nicht nur als Delegations-Hiwi vom Arzt.“ (IP XII, 101)

oder

„Dann müssen wir uns in versorgungsschwachen Regionen ja schon die Frage stellen, wie es mit der gesundheitlichen Betreuung dort zukünftig aussehen wird.“ (IP I, 46)

Immer wieder fragen sich die Experten/-innen auch, inwieweit hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte überhaupt eine berufliche Tätigkeit in der direkten Pflege in Betracht ziehen:

„Das ist ja immer so was, was die Versorgungslandschaft beschäftigt: Was machen wir dann mit diesen ganzen Akademikern? Wollen die denn überhaupt noch praktisch arbeiten? Und, also jetzt von meinem Gefühl her, wer jetzt bislang Pflege studiert hat und noch in der Pflege ist, ist das natürlich verschwindend wenig. Und da muss man natürlich der Praxis auch Recht geben, ja stimmt, wir haben dann lauter Akademiker, die dann sagen, ja, aber ich will nicht mehr in der Pflege arbeiten.“ (IP V, 56)

Vor diesem Argumentationshintergrund kommen dann eher pflegeferne Tätigkeitsfelder oder Aufgaben im Qualitätsmanagement sowie an Schnittstellen im Versorgungsprozess in Frage:

„beispielsweise bei einem Verband oder so was oder anderen Organisationen. Halt im Umfeld der Pflege oder Selbstverwaltung.“ (IP VI, 65)

oder

„Trägerpositionen, Verbandspositionen.“ (IP XI, 61)

oder

„dass man zum Beispiel für ein Krankenhaus ein Zentrum hat ‚Pflegeüberleitung‘.“ (IP IV, 67)

oder

„wenn es darum geht, sich mit den Ärzten sich auseinander zu setzen, wenn es darum geht, sich mit den Angehörigen auseinanderzusetzen, mit den Leuten vom ambulanten Hospizdienst und was weiß ich, wer alles noch irgendwie beteiligt ist an der pflegerischen Versorgung eines Bewohners und Patienten.“ (IP VIII, 56)

Zudem könnten sich Arbeitsfelder im Bereich der Wissenschaft und Forschung ergeben. Dieser Bereich ist momentan, nach Meinung eines/r Experten/-in, in Deutschland noch sehr wenig ausgeprägt:

„dass Menschen mit akademischen Weihen dann auch in Lehre und Forschung gehen. Das ist ein weißes Gebiet in Deutschland noch.“ (IP X, 60)

Vermutete Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung

Weitere Einsatzmöglichkeiten für die Absolventen/-innen von Pflegestudiengängen sehen die Experten/-innen in spezialisierten Arbeitsbereichen und nennen hier Beispiele aus dem angloamerikanischen Raum:

„Advanced-Nursing-Practice-Funktionen [...] und spezialisierte Diabetes-, gerontologische Fachkräfte, [...] Pain-Nurse als weiteres Feld.“ (IP I, 46)

oder

„Ich denke, da braucht es die Konzepte, also sprich auch Advanced Nurse.“ (IP III, 52)

oder

„Primary Nurse, als Erstverantwortliche.“ (IP III, 54),

„Primary Nursing.“ (IP V, 62)

oder

„so in Richtung Primary Nurse.“ (IP XI, 63)

Konkretere Vorstellungen bestehen mit Blick auf die beiden Berufsbilder Primary Nurse und Advanced-Nurse-Practitioner¹⁴ bzw. hinsichtlich der Übernahme vergleichbarer Expertenaufgaben durch die Absolventen/-innen:

„Pflegeexperten, der dann sozusagen den Behandlungs- und Versorgungsprozess steuert, das wäre sicher eine denkbare Möglichkeit.“ (IP V, 62)

oder

„Ich glaube darüber hinaus, dass wir in der koordinierenden Pflege, sei es als Pflegeexperten oder auch für die, die jetzt den Pflegeprozess koordinieren, akademisch ausgebildete Pflegekräfte benötigen.“ (IP VII, 49)

¹⁴ Der ICN beschreibt 2002 das Berufsbild der Advanced-Nurse-Practitioner wie folgt: „A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master level degree is recommended for entry level.“ (ICN 2002, zitiert nach Mendel, Feuchtinger 2009, 209).

oder

„dass man so was wie spezielle Themen hat, spezielle Bereiche, wo die sich gut auskennen, wo die eben ansprechbar sind für die Kolleginnen und Kollegen, auch für die Pflegedienstleitung ansprechbar sind und Schulungen machen können.“ (IP VIII, 56)

Darüber hinaus spricht die zunehmende Komplexität pflegerischer Arbeitsabläufe offensichtlich für den Einsatz akademisch qualifizierter Fachkräfte, da sie, so die Experten/-innen, über höhere analytische Kompetenzen verfügen, Zusammenhänge besser verstehen und Prioritäten setzen können:

„Also, für den Einsatz spricht, wenn sie dieses forschende Lernen verinnerlicht haben und auch weiter als Grundhaltung in ihre Professionalität mit hineinnehmen und pflegen, dann glaube ich, können wir komplexe Sachverhalte bearbeiten lassen.“ (IP VII, 47)

oder

„Also, wir brauchen Leute, die das Ganze noch verstehen, die ganzen Zusammenhänge noch verstehen und entsprechende Prioritäten setzen können und nicht einfach sagen, jetzt machen wir halt eins nach dem anderen. Das geht nicht. Man muss auswählen, sich entscheiden, was macht man, was lässt man weg. Weil, alles zu machen, geht gar nicht. Und das können nur Leute, die das richtig gut verstanden haben, machen und deswegen werden wir auch solche Leute dafür brauchen.“ (IP VIII, 54)

Demnach entspricht das akademische Ausbildungsprofil grundsätzlich den steigenden Anforderungen in der Pflegepraxis und kann zur Sicherstellung sowie Optimierung der pflegerischen Versorgung beitragen:

„Die Zunahme der komplexen Versorgungssettings. Also dadurch, dass die Menschen älter werden, haben wir es schon mit einer Kompression von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen zu tun. Und das sind komplexe Versorgungssettings, die auch im Sinne des Advanced-Nurse-Practitioner Handlungen letztendlich zur Folge haben müssen und das können die jetzigen Ausbildungen nicht realisieren.“ (IP I, 50)

oder

„wenn man sieht, wie pflegebedürftiger das Klientel immer mehr wird. Und wir reden jetzt zwar von Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, aber es wird immer komplexer, und dazu brauchen wir auch gut ausgebildete Fachkräfte an der Basis. Und nicht nur an der Spitze.“ (IP VI, 79)

Weitere Aufgabenfelder könnten aus wachsenden Ansprüchen an die Pflege resultieren, etwa im Bereich der Beratung:

„Angehörigenberatung’ im großen Stil und dass es da Leute gibt, die entsprechend qualifiziert sind und dann fürs ganze Haus tätig sind.“ (IP IV, 67)

Insgesamt fällt bei den Äußerungen der Experten/-innen auf, dass zahlreiche der genannten Einsatzgebiete durchaus Zusatzqualifikationen benötigen bzw. nicht ohne weiteres für Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss zugänglich sind.

Vermutete langfristige Veränderungen in der Pflege

Die Experten/-innen vermuten, dass sich durch den Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte langfristig vielfältige Veränderungen in der Pflege ergeben. Diese beziehen sich insbesondere auf die (gesellschaftliche) Wahrnehmung des Berufsbildes sowie die pflegerische Versorgung. Allerdings finden sich in den Interviews auch Aussagen, die von keinerlei Veränderungen durch die akademischen Ausbildungsprofile ausgehen.

(Gesellschaftliche) Wahrnehmung des Pflegeberufs

Die Experten/-innen-Interviews lassen überwiegend die Einschätzung erkennen, dass die Einführung der Pflegestudiengänge zu einer positiveren Wahrnehmung und höheren Wertschätzung des Berufsbildes beitragen wird. Die Befragten begründen dies mit höheren Kompetenzen der Absolventen/-innen im Bereich Kommunikation, Entscheidungsfindung sowie Reflexionsfähigkeit. Zudem wird vermutet, dass die Ergebnisse und Effekte pflegerischer Arbeit adäquater als bislang dargestellt werden durch die hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte:

„Wertschätzung steigen wird, da auch anders über den Beruf kommuniziert werden kann.“ (IP I, 64)

oder

„unsere Pflege hat hohe Kompetenzen, aber ich denke schon, dieses noch mehr andere Entscheidungen treffen können, andere Sichtweisen, Perspektiven und vor allen Dingen diese Auffassung von der Ergebnisorientierung und auch was ich an Ergebnissen auch darstellen kann, das fehlt uns einfach. Und

da hat ein Studium, hat Akademisierung einen eindeutigen Vorteil.“ (IP III, 66)

Daneben existiert jedoch auch die Auffassung, in Deutschland würden akademische Abschlüsse per se höhere Wertschätzung genießen als klassische Berufsabschlüsse:

„Ich glaube, das ist so ein typisch deutsches Phänomen, dass wir in Deutschland immer Zertifikate, Benotungen und Abschlüsse besonders wichtig finden und man achtet auf die Sterne auf der Schulter. Und akademisch ausgebildete Pflegekräfte könnten in diesem kulturellen Kontext eine andere Würdigung erfahren als nicht akademisch Ausgebildete.“ (IP VII, 61)

Ferner stellen Studienmöglichkeiten aus Sicht der Experten/-innen eine Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes dar, weil sich daraus vielfältige Karriere- und Entwicklungsoptionen für junge Menschen ergeben. Dies erscheint vor allem im Hinblick auf die Nachwuchsgewinnung von besonderer Bedeutung:

„Ich finde, es ist für die Auszubildenden eine gute Chance, tatsächlich in eine akademische Laufbahn hineinzukommen. Was auch ein Stück weit das Berufsbild attraktiver gestalten wird oder auch gestaltet.“ (IP I, 42)

oder

„Und ich denke, ein Beruf ist immer dann attraktiv, wenn ich sozusagen Weiterentwicklungsmöglichkeiten habe.“ (IP V, 68)

oder

„wenn man weiß, man kann das auch studieren, dann ist das schon per se eine Aufwertung, das ist so.“ (IP VI, 83)

oder

„dass die Attraktivität steigen wird, dadurch, dass die Berufsaussichten deutlich attraktiver werden wie sie jetzt sind.“ (IP I, 64)

oder

„Ich hoffe es, dass es sozusagen ..., dass es eine Wirkung hat auf das Ansehen des Berufes, auf die Attraktivität, in diesen Beruf zu gehen.“ (IP V, 68)

oder

„was noch dafürspricht, ist auch, dass wir diese ... das die Akademisierung, die ja damit verbunden ist, schon sich positiv auswirken wird auf das Image. Das ist noch einmal ein positiver Aspekt und deswegen denke ich, wir brauchen, wir können das wirklich gut vertragen, ein besseres Image, auch bei Leuten, die wir gewinnen wollen für die Ausbildung.“ (IP VIII, 62)

Zumindest ansatzweise gehen unterschiedliche Qualifikationsprofile für einige Experten/-innen aber auch mit unterschiedlichen

Wertschätzungsgraden in der Pflege einher, ggf. zu Lasten der dreijährigen Pflegeberufsausbildung:

„Und akademisch ausgebildete Pflegekräfte könnten in diesem Kontext eine andere Würdigung erfahren als nicht akademisch Ausgebildete.“ (IP VII, 61)

oder

„Wenn ich einen Bachelor habe, habe ich halt ein anderes Standing wie wenn ich nur eine dreijährige Ausbildung habe.“ (IP XII, 77)

Daraus möglicherweise erwachsende Konflikte werden an dieser Stelle jedoch nicht weiter thematisiert.

Von den persönlichkeitsbildenden Aspekten eines Studiums werden ebenfalls positive Effekte für das Berufsbild angenommen im Sinne eines größeren Selbstbewusstseins der hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte, das sich wiederum positiv auf die interprofessionelle Kooperation sowie die eigene berufliche Weiterentwicklung auswirken könnte:

„Die Menschen haben ein anderes Selbstbewusstsein. Indem sie durch das Studium mehr gelernt haben, das, was sie tun, zu belegen.“ (IP I, 66)

oder

„Vielleicht, dass das Selbstbewusstsein etwas steigt, was ja manchmal noch nicht so gut ausgeprägt ist.“ (IP IV, 73)

oder

„Ich wünsche mir oder ich erhoffe mir mehr Selbstbewusstheit von akademisch ausgebildeten Pflegekräften und zwar vor allen Dingen, um auch bewerten zu können, dass andere Akademiker im multiprofessionellen Team auch nur dann gut sind, wenn sie wirklich einmal ein fachliches Fundament haben und weiterlernen.“ (IP VII, 57)

Für einige Befragte sollten sich eine höhere Qualifikation und Wertschätzung jedoch auch in einem höheren Einkommen niederschlagen, und sie sehen hier entsprechenden Entwicklungsbedarf:

„Die [Bezahlung] muss natürlich anders aussehen. Das hat auch was mit der Attraktivität zu tun.“ (IP I, 54)

oder

„dass ich sozusagen eine gesellschaftliche Anerkennung, auch eine Wertschätzung erhalte, wenn mein Gehalt stimmt.“ (IP V, 68)

Veränderung der pflegerischen Versorgung

Die befragten Experten/-innen erwarten positive Veränderungen in der pflegerischen Versorgung durch hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte. Demnach könnte es zu einem wirkungsvolleren Theorie-Praxis-Transfer und damit zu einer qualitativen Verbesserung der pflegerischen Versorgung kommen. Laut Meinung der Experten/-innen kann der Theorie-Praxis-Transfer durch die Anwendung gesicherter Pflegepraktiken, die durch evidenzbasiertes pflegerisches Fachwissen begründet werden, gelingen. Dies würde dann wiederum ineffektive pflegerische Maßnahmen reduzieren. Daneben trägt der ausgeprägtere Theorie- und Wissenschaftsbezug dazu bei, dass Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge passgenaue und evidenzbasierte Problemlösungen entwickeln. In diesem Zusammenhang erwähnen die Experten/-innen jedoch auch, dass für einen gelingenden Theorie-Praxis-Transfer ausreichend zeitliche Ressourcen vorhanden sein müssen:

„Also, dass gesicherte Pflegemaßnahmen zur Anwendung kommen. Nicht nur Pflegemaßnahmen und dadurch auch die Arbeitskompression, wie sie derzeit ist, ein Stück weit reduziert wird, in dem Sinne, dass nichteffektive Praktiken tatsächlich dann auch unter den Tisch fallen.“ (IP I, 66)

oder

„Ja, indem sie eben Erfassung machen können, die lernen ja eben dann auch, Studien zu bewerten und so, können jetzt checken, wie sieht es aus, wie viele Wunden haben wir, wie viele Dekubiti und was müssen wir da erfassen, wie können wir dem präzise nachgehen, um das zu optimieren, solche Sachen. Dazu haben die normalen Schwestern auf der Station gar keine Zeit.“ (IP IV, 75)

oder

„Ich denke, dieses für die Praxis von der Praxis kann da noch einmal einen ganz anderen Hintergrund bekommen. Dass da vielleicht noch einmal die Rückkopplung der Praxis in die Pflegewissenschaft noch einmal besser wird und wir dadurch vielleicht die Versorgungslandschaft dann auch wieder verändern können, weil, wenn ich einen Bedarf der Versorgungslandschaft eher aufnehmen kann und das sozusagen auch evidenzbasiert unterstützen kann, dann würde sich das natürlich verändern.“ (IP V, 70)

oder

„Es braucht auch ein Erkenntnisinteresse, ein Interesse, nach einer guten Lösung zu suchen. Und dafür Theorien, Modelle zu Rate zu ziehen und vielleicht auch neu zu entwickeln, um zu besseren, angemesseneren Lösungen für den Klienten zu kommen. Da glaube ich, kann die akademische Pflege helfen, wenn sie diese Menschen anwirbt, anlockt und die Hochschule da in der Lage ist, das zu erfüllen.“ (IP VII, 59)

oder

„Durch aktuelles Wissen. Wenn es möglich ist, dieses Wissen auch tatsächlich im Transfer weiterzugeben, anzubringen.“ (IP X, 78)

Weiterhin werden positive Auswirkungen für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege erwartet, wobei den hochschulisch qualifizierten Pflegekräften eine besondere Bedeutung bei der Evaluation und Outcomeorientierung pflegerischer Versorgungsprozesse zugeschrieben wird. Aus Sicht der Experten/-innen verfügen sie nicht nur über das dazu notwendige organisationale, pflegewissenschaftliche und -praktische Wissen, sondern sind auch in der Lage, pflegerische Leistungen aus einem erweiterten Blickwinkel heraus zu reflektieren. Solche Kompetenzen erscheinen für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen sinnvoll und notwendig:

„Indem sie die Qualität auch sichern. Also, das heißt, und hier lande ich auch wieder bei Pflegeplanung. Also der letzte Schritt ist ja im Pflegeprozess die Evaluation, also evaluieren. Und auch hier haben wir das noch nicht durchdrungen. Und ich meine, wenn wir bei den akademischen Pflegekräften, hat es hier eine andere Ausrichtung auf Ergebnissicherung und Evaluierung, also Qualitätssicherung. Das ist meine starke Erwartung.“ (IP III, 64)

oder

„Ja gut, ich denke schon, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte, dass das natürlich dazu beitragen kann, ja, Pflege auch noch besser zu machen.“ (IP VI, 81)

oder

„wie können wir eine adäquate Versorgung unter vielleicht auch immer schwieriger werdenden Rahmenbedingungen gewährleisten. Aber das ist ja auch Qualität, zu verhindern, dass die Qualität sinkt.“ (IP VIII, 68)

oder

„Ja, vielleicht mit dem, wie gesagt, besseren Know-how in den pflegefachlichen, pflegewissenschaftlichen Grundlagen, strukturelle Dinge, auch noch mal Organisations-Know-how, also das könnte ich mir vorstellen, dass das da einfach breiter aufgestellt ist, Qualitätsmanagement, also diese Dinge und vielleicht dieser ... noch mal ein besseres Verständnis auch für

... ja einen anderen Blickwinkel, vielleicht auch den Blickwinkel mal in der Ausbildung genossen zu haben, den der Vogelperspektive, also nicht nur Pflegefachkraft, die halt pflegt auf einem Bereich, sondern mal so das Gesamtsetting drum herum, das auch im Blick zu haben. Was gerade für jemand, der eine Funktion hat, manchmal nicht schlecht ist. Also, wenn ich dann halt auch weiß, keine Ahnung, was ist denn der Hintergrund von einer MDK-Prüfung, nur so als Beispiel.“ (IP XI, 67)

oder

„Ja, die haben mehr gelernt, die können mehr und damit können sie auch die Qualität der Versorgung verbessern.“ (IP XII, 75)

Aus der Perspektive von Nutzer/-innen pflegerischer Leistungen assoziieren die Experten/-innen mit akademischen Kompetenzprofilen eine bedarfs- und personenzentriertere Versorgung sowie adäquatere Bewältigung komplexer Pflegesituationen:

„Eine gezieltere individuelle Versorgung. Also, ich kann es nur so sagen, im Moment ist, schwächeln wir in Deutschland immer noch bei Pflegeplanung, Pflegeprozess und ich meine, dass wir hier gezielter vorangehen, also auch eine bedürfnisorientierte Pflege.“ (IP III, 62).

oder

„Ich glaube schon, dass adäquater mit komplexen Versorgungssettings umgegangen wird.“ (IP I, 66)

Wünschenswert wäre für die Experten/-innen ferner, dass sich die akademisch qualifizierten Fachkräfte an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Pflege beteiligen, die für notwendig erachtet wird. Dabei werden von den Absolventen/-innen besondere Problemlösungs- und Reflexionsfähigkeiten erwartet:

„Also, über Innovationen nachzudenken und zu sagen, überhaupt wie man ... so wie sich Hausgemeinschafts-Konzeptionen entwickelt hat, auch andere Konzeptionen entwickeln können, weil die Leute eben dann ein bisschen über den dings [Tellerrand] rausgucken können und eben anders denken und anders solche Probleme bearbeiten und lösen können.“ (IP VIII, 66)

oder

„Und dass wir in der Lage sind, tatsächlich unsere eigenen Konzepte auch zu leben. Was ja jetzt in der Praxis relativ schwierig ist.“ (IP I, 64)

Letztlich stehen die Effekte einer akademischen Pflegeausbildung in engem Zusammenhang zur Art und Weise, in der die neuen Fachkräfte

ihre Aufgaben erfüllen werden. Dabei vermutet ein/e Experte/-in bereits jetzt ein hohes Niveau in der Pflege, das mit dem Bildungsstand der Ärzte verglichen werden kann, jedoch quantitativ noch nicht ausreichend vorhanden ist:

„Das Aufgabenfeld, was dann durch akademisch ausgerichtete Pflegekräfte übernommen wird und auch fundiert und kompetent übernommen wird, wird zu dieser, zu einem Team führen, was auf Augenhöhe dann auch arbeiten kann. Es ist nicht nur das Wort akademisch, sondern die Aufgabenerfüllung und hier, also, hat, ich glaube wir haben das Niveau, also schon, was den ärztlichen Dienst betrifft, auch erreicht, aber noch nicht, uns fehlen noch die Köpfe. Also die Menschen, die als Personen hier auftreten und die wirklichen Konzepte in den Stationen dann implementieren.“ (IP III, 66)

Die Untersuchungsergebnisse aus den Interviews zeigen jedoch auch weitaus skeptischere Einschätzungen zur Wirkung der Pflegestudiengänge. So geht etwa ein/-e Experte/-in von keinen nennenswerten Veränderungen aus, da dem Erfahrungswissen langjährig tätiger Pflegekräfte eine entscheidende Rolle zukommt:

„Da ist für mich eigentlich eher wichtig, die Pflegepraxis ist aus meiner Sicht bestimmt zum einen Teil aus Pflegewissenschaft, zum anderen Teil aber halt auch durch Erfahrungswissen. Und dieses Erfahrungswissen haben halt einfach erfahrene Pflegende, die ggf. jetzt auch gar nicht so viele Regularien brauchen. Das ist so ein bisschen so ein für und wider auch.“ (IP V, 72)

An anderer Stelle wird die vermutete Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung des Berufsbildes durch grundständige Pflegestudiengänge bezweifelt, weil es dazu inhaltlicher Berührungspunkte mit der Pflege bedürfe:

„Ich glaube nicht, dass das jetzt irgendwie ein Schub gibt. Also, ich glaube auch nicht, dass es einen Schub gibt nach außen, weil, wenn jemand mit dem Berufsbild inhaltlich nichts zu tun hat, der hat da auch kein Verständnis.“ (IP XI, 69)

Ein/e weitere/r Experte/-in führt das negative Image der Altenpflege primär auf die dort stattfindenden Kontrollen¹⁵ zurück, deren Ergebnisse einseitig in den Medien dargestellt würden. Dieser Ansicht zufolge fehlen dagegen Informationen bezüglich der Entstehung von Personalschlüsseln in deutschen Pflegeeinrichtungen und des Personalmangels, der in der stationären Langzeitpflege besonders ausgeprägt sei. Im Gegensatz dazu werden Kliniken nach Meinung des Befragten weitaus weniger kontrolliert:

„Das Bild der Altenpflege in der Gesellschaft ist nicht gut. Weil, die Altenpflege, das ist eine Arbeit von Mensch zu Mensch, und wenn ein Fehler passiert, ist es irreversibel. Das Image ist aber nicht gut, weil wir extrem kontrolliert werden und diese Kontrollen kommen nach draußen. Ich wünschte mir, dass Krankenhäuser genauso kontrolliert werden, dann käme was ganz anderes raus. Das Bild der Altenpflege krankt nicht an den Altenpflegern, an den Fachkräften. Das Bild der Altenpflege krankt daran, dass wir zu wenig Personal haben. Das Bild krankt daran, dass die Öffentlichkeit nicht weiß, wie der Personalschlüssel zusammengestellt wird.“ (IP II, 61)

Darüber hinaus gibt es die Auffassung, dass weniger die Pflegeausbildungsstruktur reformbedürftig ist als vielmehr die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet. Infolgedessen werden die Chancen auf positive Veränderungen ohne Reform der Rahmenbedingungen eher kritisch eingeschätzt:

„Wir denken, dass primär die Rahmenbedingungen verändert werden müssen in diesen Pflegeberufen, und alles andere ist nachgeordnet, ohne zu sagen, es wäre unwichtig, ganz im Gegenteil. Aber wenn man an den Rahmenbedingungen nichts verändert, wird sich in der Pflege auch nichts bewegen.“ (IP X, 81)

Gleichzeitig befördern dieser Ansicht nach die ungünstigen Rahmenbedingungen die Abwanderung insbesondere von Pflegekräften mit breiterem Kompetenzprofil aus der direkten pflegerischen Versorgung in andere Bereiche:

„die verschwinden bei Krankenkassen und ähnlichen und das ist eher ein Brain-Train, der einsetzt mit der Akademisierung, dass die Leute, die bestimmte Skills und Fähigkeiten haben, nicht

¹⁵ Beispielhaft sind hier die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder die Kontrollen der Heimaufsicht zu nennen.

*mehr in der Pflege auftauchen, sondern sich in anderen Nischen
..., da gibt es ja immer mehr, auch da bewegen.“ (IP X, 74)*

Tarifliche Eingruppierung der Absolventen/-innen von Pflege- studiengängen

Da zwei Experten/-innen, die bereits Erfahrungen mit hochschulisch qualifizierten Pflegekräften besitzen, keine Angaben zur aktuellen Vergütung machen, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf Vorstellungen der Experten/-innen zur tariflichen Eingruppierung der Absolventen/-innen grundständiger Pflegestudiengänge im Allgemeinen.

Dabei ist festzustellen, dass das neue Qualifikationsniveau im Tarifvertrag nicht hinreichend abgebildet wird. Das erschwert eine adäquate Eingruppierung hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte und letztlich deren Einstellung. Ein/-e Experte/-in sieht momentan lediglich eine Bezahlung analog herkömmlich ausgebildeter Pflegekräfte mit den Tarifverträgen vereinbar und erwartet nicht, dass das abgeschlossene Studium für Arbeitgeber bei Vergütungsfragen eine Rolle spielen wird:

„die Berufsaussichten sind gut, wenn man bereit ist, für den Preis zu arbeiten, wie das in den Tarifverträgen vorgesehen ist.“ (IP X, 56)

oder

„Der Tarifverband [...] kennt noch nicht einmal Pflegelehrer. Also ich denke, es ist machbar, aber es ist ein langer Weg und ich glaube, ich würde das anders tun, aber ich glaube nicht, dass man bereit ist, das Studium zu berücksichtigen im Entgelt.“ (IP X, 85)

Ein/-e weitere/-r Experte/-in vergleicht die niedrige Bezahlung von Pflegekräften mit dem teureren Stundenlohn im Handwerk und bewertet daraufhin die Vergütung von Pflegenden im Allgemeinen als niedrig. Eine höhere Vergütung für Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge scheint daher nur durch eine bessere finanzielle Ausstattung des gesamten Pflegesystems möglich:

„Kleiner Exkurs wieder – wir verhandeln zurzeit gerade Zeitvergütung für Pflegefachkräfte und dort sind wir auf einem Niveau, wenn wir hier in Baden-Württemberg von einem Stundensatz von 60 Euro. Das ist ganz unpopulär. Wenn ich einen Handwerker kommen lasse, dann ist das kein Problem. Es

hat schon was mit der Wertigkeit zu tun. Das hakt, das Beispiel, das ist mir schon bewusst. Nichtsdestotrotz muss man sich darüber schon an vielen Stellen Gedanken machen. Das heißt, in das System muss auch deutlich mehr Geld hineingepumpt werden, um letztendlich auch diese Konzepte fahren zu können.“ (IP I, 54)

Weiterhin belegen die Äußerungen der Experten/-innen, dass die Einrichtungen offensichtlich dennoch Spielräume für eine adäquate Vergütung hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte besitzen und bereits heute für andere Fachkräfte nutzen. Allerdings spielt dabei das Aufgabengebiet die entscheidende Rolle und nicht die akademische Qualifikation per se:

„Die Entscheidung, wir müssen gucken, in manchen Bereichen gehen wir auch über Tarif, wenn es um Ausfallkonzepte geht, wenn es um z. B. onkologische Pflege geht, die ihre Fachweiterbildung haben, die wie die normale Gesundheits- und Krankenpflege eingestuft ist, gruppieren wir eine Entgeltgruppe höher ein, die übernehmen ja auch ein anderes Aufgabenfeld.“ (IP III, 60)

oder

„Also, ich kann das nur allgemein beantworten, die tarifliche Eingruppierung, letztlich die Entlohnung, weil unsere Einrichtungen jetzt nicht tarifgebunden formal sind, die richtet sich nach der Tätigkeit nachher. Also die richtet sich nicht nach einem Titel. Und wenn ich jemand mit einem akademischen Abschluss relativ schnell in eine leitende Position bringe, dann muss der natürlich entsprechend seiner Verantwortung ein gutes Geld verdienen. Das ist völlig klar.“ (IP VI, 91)

oder

„Wenn ich differenzierter mein Handeln aufstelle und sage, wir haben auf unterschiedlichen Niveaus für unterschiedliche Aufgaben Menschen, die diese Aufgaben bewältigen, dann kriegen die, die komplexe Aufgaben bewältigen, mehr Geld und dann gibt es dort auch Beschäftigungsmöglichkeiten für akademisch Ausgebildete. Wenn sie in der Lage sind, diese analytische Kompetenz auch zu haben.“ (IP VII, 45)

oder

„Dann natürlich zu gucken, dass das irgendwie auch von der Bezahlung, von der Vergütung her noch adäquat ist zu dieser anderen und etwas herausgehobeneren Aufgabe, adäquat und auch wieder attraktiv für Leute, die das gemacht haben, [ist].“ (IP VIII, 78)

Daneben können sich die Befragten vorstellen, die Pflegekräfte gemäß ihres Qualifikationsniveaus beziehungsweise ihrer Kompetenzen zu vergüten:

„Aber ich meine, dass wir es gut erklären können, dass wir durch unterschiedliche Qualifikationsprofile, unterschiedliche Karriereschritte, auch unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen können, auch unterschiedliche, ein Gehaltsgefälle haben dürfen und müssen.“ (IP III, 68)

oder

„diese Kompetenzorientierung muss eigentlich die Grundlage für unsere Tarife sein und nicht die Abschlussorientierung.“ (IP VII, 67)

Einige wenige Experten/-innen können sich ein besseres Gehalt vorstellen, um die längeren Ausbildungszeiten der Absolventen/-innen zu honorieren:

„Wenn ich akademisch ausgebildete Menschen vor mir habe, dann sind die Ausbildungszeiten ja schon länger – Bachelor-Niveau mindestens sieben Semester, in der Regel wird gleich der Durchgang zum Master gemacht oder ein großer Teil“ (IP I, 54)

oder

„Wir haben ein Beispiel, die Kollegin ist anders eingestuft. Also so wie Akademiker, mal so in diese Richtung aufgenommen worden.“ (IP III, 60)

oder

„ich denke, irgendeinen Benefit müssen die ja schon haben, finanziell, wenn sie das alles da auf sich nehmen.“ (IP IV, 83)

Ferner können die Absolventen/-innen der Studiengänge wie herkömmlich ausgebildete Pflegepersonen honoriert werden. Die Experten/-innen begründen dies mit dem häufig identischen Tätigkeitsfeld und befürchten Konflikte im Team, wenn hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte höher bezahlt werden würden:

„Wir haben es jetzt im Moment noch nicht bei den Pflegenden, die aus Italien kommen; hier haben wir ca. 16 neue Kolleginnen mit Bachelor-Abschluss, die machen aber im Moment noch ihre Anerkennung und die sind eingruppiert bzw. eingestuft wie die Pflege, Gesundheits- und Krankenpflege, sind aber auch in deren Tätigkeitsfeld. Also es ist identisch.“ (IP III, 60)

oder

„Nur weil ich einen akademischen Titel habe und zum Beispiel in der Pflege halt arbeite, kann ich daraus jetzt nicht eine höhere Vergütung ..., das wäre ja auch nicht vermittelbar gegenüber einem anderen langjährigen, dreijährig examinierten mit diversen Fort- und Weiterbildungen ausgestatteten ..., das wäre nicht vermittelbar. Der Titel alleine kann es nicht sein.“ (IP VI, 91)

oder

„Das per se diese akademisch ausgebildeten Kräfte, wenn sie jetzt praktisch – nur in Führungsstrichen – erst mal Fachkraft sind, mehr verdienen als eine andere Fachkraft oder auch wenn sie QB sind, anders verdienen als eine klassisch ausgebildete QB, sehe ich nicht.“ (IP XI, 71)

oder

„Wenn die beginnen, dann beginnen die ganz normal und die werden so bezahlt wie alle anderen auch.“ (IP XII, 81)

Herausforderungen im Einsatz von Absolventen/-innen der Pflegestudiengänge

Für die Experten/-innen ist ein möglicher Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte mit zahlreichen Herausforderungen verbunden, die unterschiedliche Bereiche betreffen:

Arbeitsfelder der Absolventen/-innen

Die Experten/-innen sehen besonders häufig das Problem, dass geeignete Stellen für diese Berufsgruppe noch nicht vorhanden sind. Einerseits scheint die Schaffung entsprechender Arbeitsfelder im Pflegesystem grundsätzlich schwierig:

„Aber meine Erfahrung ist, dass halt auch das System, auf das dann die ausgebildeten Menschen treffen, ein starres System ist, was sehr wenig Spielraum zulässt, nicht nach Veränderung ruft.“ (IP X, 87)

Andererseits wird dies für dringend notwendig erachtet, um die Absolventen/-innen überhaupt für die direkte Pflege und somit für die Patienten/-innenversorgung gewinnen zu können:

„Also, da die richtigen Stellen zu finden, das attraktiv, auch für die attraktiv, zu machen.“ (IP VIII, 76)

oder

„und, also in Zukunft diese interdisziplinären Teams zu formen, die ergebnisorientiert mit den Patienten arbeiten. Nicht beim Patienten, sondern mit dem Patienten, bitte. Sehen wir es, was kommt beim Patienten an, was kommt da raus dabei? Und das ist jetzt diese direkte Pflege und ich denke, die Herausforderung ist, die akademische Pflege an die direkte Pflege heranzubringen, zum Patienten hinzubringen.“ (IP III, 70)

Nach Ansicht mehrerer Experten/-innen birgt der Einsatz von Pflegekräften mit einem Studienabschluss verschiedene Chancen für

die Weiterentwicklung von Pflegeeinrichtungen, die jedoch von diesen auch erkannt werden müssen:

„Die Einrichtungen, die jetzt, also große Einrichtungen ab 80 Betten, täten gut, wenn sie bereits so einen Menschen im Einsatz hätten. Da bestimmte Versorgungssettings dadurch ganz anders realisiert werden können. Und es braucht eigentlich aus meiner Sicht jetzt nichts. Es braucht Arbeitgeber, die bereit sind, das zu tun.“ (IP I, 62)

Daneben schwingt in den Antworten der befragten Experten/-innen auch die Befürchtung mit, dass Absolventen/-innen eines Studienganges nicht in der Pflege arbeiten möchten, da sie die ihnen dort entgegengebrachte Wertschätzung als zu gering einschätzen könnten:

„Na ja gut, die Schwierigkeit entsteht halt da in der Vorstellung, dass Akademiker natürlich Akademiker auch sein wollen. Damit ist ein bestimmtes Prestige und das ist auch ein Status. Es ist die Frage, wie sich ..., entscheide ich mich für diese akademische Ausbildung, um dann nachher in der Pflege zu arbeiten.“ (IP V, 82)

Darüber hinaus sehen die Befragten teils noch deutliche Vorbehalte gegenüber hochschulisch qualifizierten Pflegekräften in der Pflegepraxis sowie in anderen Gesundheitsberufen und befürchten entsprechende intra- und interprofessionelle Spannungen:

„Und es braucht dann auch noch eine Akzeptanz des eignen Berufsfeldes, und da mangelt es an der Stelle sehr viel.“ (IP I, 62)

oder

„Wenn ein Teil Studierende sind, denke ich, im Alltag wird es eine Zwei-Klassen-Gesellschaft geben, mit entsprechenden Spannungen in den Teams. Die schlauen Köpfe und die, also überspitzt gesagt, die Drecksarbeiter. Das Bild der Altenpflege in der Gesellschaft ist nicht gut.“ (IP II, 61)

oder

„Da ist es wichtig, dass die Teams begleitet werden, dass nicht die gekränkten Seelen, die selber keine akademische Ausbildung genießen konnten oder nicht geschafft haben, dass die dann ihre eigenen ..., ihren eignen Frust projizieren, indem sie die Anforderungen an die akademischen Pflegekräfte zu hoch schrauben. Führung ist da gefordert.“ (IP VII, 69)

oder

„Ja, so viele akademische Player gibt es nicht in unserem Gesundheitssystem. Es ist nach wie vor dominiert von Medizinern, und das wird ein interessantes Spannungsfeld möglicherweise eröffnen.“ (IP X, 90)

oder

„Das habe ich auch schon erlebt, merke ich schon an mir selber. Man ist dann vielleicht auch schon so lang dabei. Also, man hat ja auch mal studiert, aber es ist schon ganz lang her und sieht sich halt mittlerweile als Praktiker; und mir begegnet ja ab und zu auch mal ein junger Kollege frisch von der Uni oder eine Kollegin, wo man auch denkt, Junge, Mädels ... Das ist aber dann eher natürlich auch schon manchmal ein bisschen negativ, wenn man dann schon zu sehr ... Da muss man aufpassen. Und wenn das dann ... Und wie gesagt, man hat ja zumindest auch mal studiert und hat vielleicht nicht mal die Komplexe, sag ich jetzt mal, aber wenn ich dann selber nicht studiert habe, und da kommt so ein junger Mensch, der mir dann erst einmal die Welt erklären will, dann sind das ganz normale psychologische Vorgänge.“ (IP VI, 101)

Für die stationäre Langzeitpflege wird zudem gefordert, die Fachkraftquote neu zu regeln, wobei unklar bleibt, inwieweit dies die hochschulischen Ausbildungsprofile betreffen könnte:

„Also, in der stationären Pflege beispielsweise braucht man eine andere Fachkräfteregelung, eine andere Definition der Fachkraftquote.“ (IP VI, 103)

Abwertung der berufsfachschulischen Pflegeausbildung

Ebenso befürchten einige Experten/-innen eine Abwertung der Ausbildung durch die Studienmöglichkeiten und betrachten dies als weitere Herausforderung beim möglichen Einsatz von Bachelor-Absolventen/-innen. In diesem Kontext wird befürchtet, dass die Nachfrage nach einer dreijährigen Altenpflegeausbildung zurückgehen könnte. Der sich verändernde Skill- und Grademix wird jedoch interessanterweise durch einen Zuwachs an hochschulisch qualifizierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften charakterisiert:

„das ist jetzt auch zum Beispiel eine Frage, wenn Sie einen FH-Abschluss haben und keinen Master, das ist die ähnliche Frage, wird das FH-Diplom durch die Master-Entwicklung abgewertet? Wird sie abgewertet? Das ist ja die Frage. Wahrscheinlich stellen sich das alle FH-Absolventen jetzt, die noch ein Diplom haben momentan und so wird das wahrscheinlich ähnlich sein, auch bei der Altenpflege, das vielleicht Altenpflegekräfte das Gefühl haben, bin ich jetzt weniger wert? Das ist natürlich, eine akademische Ausbildung ist im allgemeinen gesellschaftlichen ... in der Gesellschaft mehr anerkannt.“ (IP V, 84)

oder

„Als, die Abwertung könnte so aussehen: Wenn es immer weniger Nachfrage nach der dreijährigen Ausbildung gibt, wird man auf die Idee kommen, dass dann diese Lücken durch Akademiker geschlossen werden, weil die ja mehr Wissen haben und das ergänzende Wissen der Fachkräfte dadurch ersetzt wird und man auf das große Heer ungelerner Kräfte zurückgreift.“ (IP X, 92)

Ein/-e Experte/-in befürchtet, ein primärqualifizierendes Pflegestudium könnte einer fachschulischen Pflegeausbildung gleichkommen und daher keine Innovationen mit sich bringen, bzw. lediglich zu einer Abwertung der Pflegeausbildung beitragen. Den zentralen Unterschied zwischen einer Fachschulausbildung und einem Hochschulstudium sieht diese/r Experte/-in im Kompetenzerwerb durch forschendes Lernen.¹⁶ Dies sei jedoch nicht automatisch durch ein Pflegestudium garantiert. Findet an der Hochschule kein forschendes Lernen statt, dann, so die Einschätzung, handele es sich um eine herkömmliche Ausbildung, die durch die Institution Hochschule anstelle einer Berufsfachschule durchgeführt wird. Eine Verbesserung der pflegeberuflichen Bildung könne so nicht erreicht werden.

„Und da hofft vom Populismus mancher Hochschulvertreter, die oft in einer Selbstüberschätzung behaupten, sie würden schon dieses forschende Lernen und alle ihre Absolventen würden dieses forschende Lernen können und oft wird aber nichts anderes gemacht, als auf Fachschulniveau auszubilden. Ich glaube, dass es so klassische Pendelbewegungen sind. Wenn etwas Neues ist, dann gibt es immer auch Leute, die da überziehen oder die auch noch nicht das Wesentliche herausfiltern. Und dann macht man eben klassische Ausbildung auf Fachschulniveau, nur an der Hochschule. Das ist oft der Schlüssel dafür, dass man andere, nämlich das Fachschulniveau, abwertet.“ (IP VII, 71)

Daneben wird die Gefahr gesehen, dass sich die Aufstiegsmöglichkeiten dreijährig (herkömmlich) ausgebildeter

¹⁶ „Forschendes Lernen zeichnet sich vor anderen Lernformen dadurch aus, dass die Lernenden den Prozess eines Forschungsvorhabens, das auf die Gewinnung von auch für Dritte interessanten Erkenntnissen gerichtet ist, in seinen wesentlichen Phasen – von der Entwicklung der Fragen und Hypothesen über die Wahl und Ausführung der Methoden bis zur Prüfung und Darstellung der Ergebnisse in selbstständiger Arbeit oder in aktiver Mitarbeit in einem übergreifenden Projekt – (mit)gestalten, erfahren und reflektieren.“ (Huber 2013, 10).

Pflegekräfte mit der steigenden Anzahl von Absolventen/-innen grundständiger Pflegestudiengänge reduzieren. Ein Grund dafür könnte sein, dass Leitungs- und Führungsaufgaben oder Aufgaben der Qualitätssicherung zukünftig einen Studienabschluss voraussetzen:

„Ein Stück weit wird es natürlich die Aufstiegsmöglichkeiten von Pflegekräften ohne akademische Ausbildung ein Stück weit begrenzen. Insofern kann es auch eine Abwertung ..., also für die Pflege insgesamt ist es eine Aufwertung, aber es kann für normal dreijährig examinierte Pflegekräfte ein Stück weit schon eine Abwertung bedeuten.“ (IP VI, 97)

Die befürchtete Abwertung der herkömmlichen Pflegeausbildung könnte wiederum zu Spannungen zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen führen:

„[...] dass nicht die gekränkten Seelen, die selber keine akademische Ausbildung genießen konnten oder nicht geschafft haben, dass die dann ihre eigenen ..., ihren eigenen Frust projizieren, indem sie die Anforderungen an die akademischen Pflegekräfte zu hoch schrauben.“ (IP VII, 69)

Vermehrter Führungsbedarf

Aus diesem Grund sehen einige der befragten Experten/-innen einen höheren und anderen Führungsbedarf, um die hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte ihrem Profil entsprechend einsetzen zu können und ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu steuern sowie zu planen. Infolgedessen gewinnt eine passgenaue Personalentwicklung für die Pflegeeinrichtungen an Bedeutung:

„und auch jemand, der akademisch ausgebildet ist, braucht eine Begleitung und eine Führung, und die muss fachlich und organisatorisch sein, damit jemand sich weiterentwickeln kann. Das ist wichtig und da darf nicht unterstellt sein, dass, wer akademisch ausgebildet ist, müsste alles können und wissen und von Anfang an ‚Schlaubi Schlau‘ sein. Das kann niemand erfüllen.“ (IP VII, 69)

oder

„Also ich würde sehr viel gezielter einzelne Leute dann fortbilden zu Themen und die auch dann adäquat einsetzen.“ (IP IV, 87)

oder

„Und im Personalmix oder im Kompetenzmix braucht es ein feines Gespür, was muss, was sollte die Person noch dazulernen, was sind die nächsten Entwicklungsschritte. Und dafür braucht es eben auch kluge Leitungen.“ (IP VII, 73)

Mit der geplanten Etablierung grundständiger Pflegestudiengänge als ein Regelangebot erweitert sich das Spektrum der am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden pflegerischen Qualifikationen. Nach Ansicht der Experten/-innen erwachsen daraus in mehrfacher Hinsicht nicht zu unterschätzende Herausforderungen für Arbeitgeber. Dies betrifft zum einen die Zusammensetzung und Führung von Teams mit passgenauem Skill- und Grademix:

„Dann, das hatte ich schon gesagt, die Aufgaben zu beschreiben, also dieses Change-Management, Veränderungen auf den Weg bringen. Und, also in Zukunft, diese interdisziplinären Teams zu formen.“ (IP III, 70)

oder

„Und es stellt natürlich an die Leitung eine Herausforderung, die über Einsatz hinweggehen, bis die Kombination, also die Dynamik, es werden mehr Skills notwendig sein in der Personalführung.“ (IP X, 94)

oder

„Also, da haben wir jetzt schon in den letzten Jahren geübt und das wird dann ... und das ist ja dann noch einmal ein bisschen komplizierter, weil wir in dem Pflegedienst noch Differenzierungen, noch stärkere ... eine dritte Differenzierung zumindest kriegen, also neben Pflegehelfern, Pflegefachkräfte und dann die Bachelor-Leute. Also haben wir schon mal ... und dann noch von mir aus noch die Pflegedienstleitung oder die anderen Leitungen. Also da müssen wir dann schauen und weiter differenzieren und, wie gesagt gucken, wie da jeder seinen Platz findet und das Ganze sich gut zusammenfügt.“ (IP VIII, 82)

Zum anderen müssen pflegerische Aufgaben ggf. neu verteilt und Organisationsstrukturen weiterentwickelt werden im Sinne der zu erbringenden Pflegeleistungen:

„wer kann oder wer darf etwas machen, einzelne Leistungen, und dann müssen sie das in irgendeiner Weise in einen Dienstplan übertragen. Das ist eine unglaubliche hohe Anforderung, die wir jetzt da einfach schon haben. Das braucht sehr viel mehr Steuerung, auch Organisation, auch Personalentwicklung, Förderung.“ (IP V, 88)

oder

„Das erhöht die Komplexität in der Organisation, auch in den Besetzungen, weil, wenn eine Stelle unbesetzt ist, brauche ich ja wieder die gleiche Qualifikation und genau die, um mein Team wieder zu komplettieren. Also, es macht es komplizierter und schwieriger.“ (IP XII, 89)

oder

„Es geht nicht um besser oder schlechter, sondern es geht darum, dass man insgesamt eine Dienstleistung um den Menschen herum auf allen Niveau-Stufen gut ineinander greifen und abgestimmt organisiert, und da hat jeder im Team seinen Beitrag zu leisten und hat auch seinen Sinn.“ (IP VII, 73)

Anleitung bzw. Einarbeitung während bzw. im Anschluss an das primärqualifizierende Pflegestudium

Die pflegepraktische Anleitung während des Studiums und die Einarbeitung der Absolventen/-innen während der Berufseinmündungsphase stellen aus Sicht der Experten/-innen weitere Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen dar. Aufgrund der Tatsache, dass aktuell noch wenig hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte in der Pflegepraxis tätig sind, müsse die Anleitung von Studierenden grundständiger Studiengänge weiterhin von dreijährig ausgebildetem Pflegepersonal übernommen werden. Dabei könnten sich durch die unterschiedlichen Sozialisierungen Spannungen entwickeln:

„Eine Herausforderung, der man sich akut stellen müsste, ist also schon während der Ausbildung, weil wir darauf auch nicht so richtig vorbereitet waren, die Praxisanleitung, also, wie gehen wir dann damit um, dreijährige Examinierete leiten jetzt die zukünftigen akademischen Pflegekräfte an. Wie handeln wir das? Also, das ist eine Herausforderung.“ (IP III, 70)

oder

„Ja, Herausforderung wird sicher sein, dass ja bisher die wenigsten ..., die müssen ja dann trotzdem eingearbeitet, angeleitet und so weiter werden, und die Herausforderung ist dann natürlich, dass das natürlich Mitarbeiter sein werden, die tendenziell keine akademische Ausbildung haben und ..., da prallen dann schon ein Stück weit, vielleicht auch am Anfang erst einmal, zwei Welten aufeinander.“ (IP VI, 93)

Zwei Experten/-innen erwarten hingegen durch den zunehmenden Qualifikationsmix kaum Schwierigkeiten und verweisen hierbei auf die bereits bestehende Heterogenität in Pflgeteams hinsichtlich beispielsweise der Herkunft und Ausbildung:

„Das, ja ich glaube, das ist jetzt schon so, da wird sich wahrscheinlich dadurch keine, also die Frage ist ja, ob sich durch die Akademisierung und durch diesen entstehenden Berufsmix dann auch noch mal neue Neuerungen ergeben. Das glaube ich eigentlich nicht, weil die Einrichtungen das jetzt schon gewohnt sind. Also, sozusagen mit unterschiedlichsten Qualifikationen,

mit unterschiedlichsten Mitarbeitern, unterschiedlichster Herkunft, unterschiedlichster Biografie umzugehen und zu arbeiten. Und diese Herausforderungen müssen die jetzt schon bestehen. Das ist jetzt schon schwierig und das wird sich nach meiner Einschätzung wahrscheinlich jetzt ..., nur das noch mal einer dazukommt, nicht groß verändern.“ (IP V, 88)

oder

„aber ich seh da jetzt kein Problem so. Also, wie gesagt, wir haben heute schon auch in den Pflgeteams multiprofessionelle Teams, da arbeiten Krankenpfleger, da arbeiten Altenpfleger, da arbeiten Ergotherapeuten, wie auch immer und da kommen jetzt auch generalistisch Modellausgebildete, da kommen auch andere irgendwann dazu.“ (IP XI, 85)

4.2.4 Weitere Entwicklung der Qualifizierungen der Pflegeberufe

Abschließend wurden die Experten/-innen um ihre grundsätzliche Einschätzung der weiteren Entwicklung pflegeberuflicher Qualifikationsmöglichkeiten gebeten. Zusammenfassend lässt sich dabei feststellen, dass sich vier Experten/-innen generell gegen eine generalistische Ausbildung aussprechen. Sie vermuten, dass die Pflegeausbildung – gegliedert in Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege – zu einem passenderen, weil spezialisierterem Kompetenzerwerb führt bzw. eine generalistische Ausbildung mit weiterem Qualifizierungsbedarf für Pflegeeinrichtungen einhergeht. Fortbildungsmaßnahmen im Anschluss an die Ausbildung könnten so reduziert werden. Ein weiterer Grund, der gegen eine generalistische Pflegeausbildung spricht, ist das besondere Profil der Altenpflege, das in einer vereinheitlichten Ausbildung verloren gehen würde:

„Das Dreier-System auf jeden Fall behalten.“ (IP II, 73)

oder

„Ich würde die generalistische Ausbildung einstampfen.“ (IP VI, 107)

oder

„Also, ich wäre dafür, die Ausbildung in der Form, die drei, beizubehalten, die zu vertiefen, mit den notwendigen Herausforderungen, die die Bevölkerungsentwicklung da auch fordert.“ (IP X, 98)

oder

„Wenn es eine Generalistik gibt, dann werden die Leute breit ausgebildet sein und die können nichts. Die Träger werden in die Situation kommen, dass sie den Menschen noch einmal ein, zwei Jahre Nachschulung geben müssen, um sie wirklich adäquat für ihre eigenen Bedürfnisse zu haben. Und dann frage ich mich

dann, was ist das für ein Unsinn, volkswirtschaftlich, dass man hier Geld noch mal – von den Trägern, das muss ja wieder aus dem Pflegesatz herausgenommen werden – einsetzt.“ (IP X, 103)

oder

„Auf jeden Fall muss das Profil ... darf das Profil der Altenpflege in der künftigen Form der Ausbildung, darf nicht unter die Räder kommen.“ (IP XI, 87)

Drei Experten/-innen befürworten eine generalistische Basisqualifikation. Diese gilt als zielführend, um zukünftige gesellschaftliche Entwicklung, wie beispielsweise die Alterung der Gesellschaft, im Rahmen des demografischen Wandels bewältigen zu können.

„Also, ich bin für die generalistische Ausbildung. Ich glaube, dass es eigentlich, damit können wir nur den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden.“ (IP I, 73)

oder

„Also, ich würde einmal das System der Kompetenzorientierung weiter ausdifferenzieren, einmal als Basis für oder als Orientierung auf unterschiedlichen Niveaus und würde diese Qualifizierung wahrscheinlich generalistisch voranbringen.“ (IP VII, 75)

Weitere vier Experten/-innen zeigen sich unschlüssig im Hinblick auf die Bewertung einer generalistischen Pflegegrundausbildung. Sie sehen zwar die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Pflegeberufe, die jedoch eher mit Hilfe einer integrativen Ausbildung adressiert werden sollten. Um das Profil der einzelnen Ausbildungen dennoch weiterhin nutzen zu können und um generelle Kompetenzeinbußen in der Pflegeausbildung zu verhindern, plädieren sie im Anschluss an ein erstes integriertes Ausbildungsjahr für eine Vertiefung beziehungsweise Spezialisierung im Sinne der drei herkömmlichen Pflegeberufe:

„Aber ich würde weiterhin das trennen. Eventuell ein gemeinschaftliches Jahr, in Richtung integrierte Ausbildung, aber mit Bewahrung der Eigenständigkeit der einzelnen Berufe.“ (IP II, 73)

oder

„Also, ich finde es schon einmal sehr gut, dass eben zusammen das kommt, das finde ich hervorragend, aber ich würde mir eben ausreichend Zeit dafür wünschen, nicht dass generell gekürzt wird und dann alles irgendwie untermixt wird.“ (IP IV, 89)

oder

„bei der generalistischen Ausbildung, wie gesagt, wie ich es vorher schon einmal gesagt habe, würde ich mir wünschen, dass es einen Teil noch gibt, wo eine Spezialisierung stattfinden kann.“ (IP VIII, 84)

oder

„Also, ich würde sie lenken in eine integrative Ausbildung.“ (IP XII, 91)

Lediglich zwei Experten/-innen sprechen sich prinzipiell gegen hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte aus. Begründet wird dies mit den im Rahmen eines grundständigen Pflegestudiums erworbenen Kenntnissen und Kompetenzen. Diese werden in der Praxis nicht benötigt und behindern eher die Arbeit der Pflegenden als dass sie ihnen nutzen könnten, so die Einschätzung eines/er Experten/-in. Pflege wird hier als überwiegend praktischer Beruf verstanden, für den wissenschaftliche Grundlagen wenig sinnvoll und hilfreich erscheinen:

„Ich lebe sehr gut ohne akademische Pflegekräfte.“ (IP II, 57)

oder

„Die späteren Bachelor-Studiengänge sind jetzt reduziert auf ein [Außenpraktikum]. Das finde ich schwierig, das sagen die zum Teil auch. Also Praxis ist schon ... Pflege ist ein sehr, sehr praktischer Bereich und ich kenne auch als Führungskraft oder als Akteur kann ich leider vor dem Hintergrund der ganz praktischen Menschen in der Arbeit nicht bestehen, wenn ich zu wissenschaftlich verkopft da herangehe.“ (IP XI, 87)

Zwei Drittel der befragten Experten/-innen stehen Absolventen/-innen primärqualifizierender Pflegestudiengänge jedoch positiv gegenüber. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen stellen die Studiengänge eine Möglichkeit dar, den Pflegeberuf für Abiturienten/-innen attraktiver zu gestalten. Zum zweiten können durch ein grundständiges Pflegestudium – ergänzt um eine sinnvolle Spezialisierung – besondere Arbeitsbereiche qualitativ hochwertig abgedeckt werden. Zum dritten sei eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung wichtig für professionelles Pflegehandeln:

„Also, eine Stellschraube wäre jetzt schon die mit der Akademisierung der Pflege, das auf alle Fälle. Ich meine auch, dass das auch ein prozentualer Anteil ist und dass der berufliche Weg, also in Deutschland, auch aus Personalgewinnungsgründen der richtige Weg auch ist.“ (IP III, 72)

oder

„Und auch das finde ich sehr gut, diesen Studiengang, um ebenso spezielle Felder, die man in dem Bereich gar nicht erlernt, auch abdecken zu können.“ (IP IV, 89)

oder

„aber ich wünsche mir auch, dass es für unterschiedliche Niveaus Orte gibt, und dass Menschen immer weiter lernen können, und da ist die Hochschule genauso wie die Berufsfachschule in dem heutigen Sinne ein Baustein im Gesamtsystem.“ (IP VII, 77)

oder

„Studiengänge Pflege, so dass für die viel mehr spricht, weil wir da diese Spezialisierung oft noch drin haben. Die muss vielleicht jetzt nicht so stark sein, dass man sagt, die müssen jetzt drei Jahre spezialisiert werden auf eine bestimmte Richtung, sondern da gäbe es auch Kompromisse [...] und hier auch weiterhin bei dem Pflege-Bachelor auch eine Spezialisierung integriert ist, wie gesagt, die muss nicht unbedingt die drei Jahre sein, sondern ich könnte ja jetzt auch die generalistische mit einer einjährigen Spezialisierung da verbinden mit dem Studium.“ (IP VIII, 84)

Maßnahmen für eine gelingende Pflegeausbildungsreform

Neben dieser Gesamteinschätzung geben die Experten/-innen auch vielfältige Maßnahmen und Möglichkeiten an, um die Pflegeausbildung weiterzuentwickeln, bzw. um die Reform der Pflegeausbildung möglichst erfolgreich zu gestalten.

Finanzierung

Einige Experten/-innen fordern eine Finanzierung der Pflegeausbildung analog des Berufsbildungsgesetzes. Durch eine solche Finanzierungspraxis könnten die Unabhängigkeit der Pflegeausbildung von Partikularinteressen der Pflegeeinrichtungen gewahrt und Kranken- und Pflegekassen entlastet werden.

„die Schulorte tatsächlich ins steuerfinanzierte System hineinbringen, um die Unabhängigkeit der Ausbildung zu gewährleisten.“ (IP I, 70)

oder

„eine Vereinheitlichung der Finanzierung der Altenpflege-Ausbildung über alle 16 Bundesländer. Die Finanzierung der Krankenpflege-Ausbildung über das SGB V ist mir auch sehr suspekt. Warum sollten die Krankenkassen das finanzieren?“ (IP II, 73)

Durchlässigkeit

Weiterhin wird eine Erhöhung der Durchlässigkeit der verschiedenen Qualifikationsstufen in der Pflege für notwendig erachtet, weil sich hierdurch die Attraktivität des Berufsfeldes maßgeblich verbessern ließe:

„und die Pflege muss halt ..., diese Pflegeberufe, das muss insgesamt durchlässiger werden.“ (IP VI, 109)

oder

„Ich würde mir wünschen, dass wir ein System der beruflichen Bildung entwickeln, das ineinander greift, das eine Durchlässigkeit vorsieht, dass jemand von Teilqualifikationen sich immer weiterentwickeln kann, bis hin zum forschenden Lernen und dass es dafür auch entsprechende Orte und Bildungsinstitutionen gibt.“ (IP VII, 75)

Zusammenarbeit der Bildungsinstitutionen und Ausbildungsbetriebe

Aus diesem Grund erscheint es ebenso wichtig, dass unterschiedliche Bildungsinstitutionen zusammenarbeiten und im Rahmen der Ausbildung kooperieren:

„Ich wünsche mir auch eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bildungsinstitutionen. Also, so wie diese ..., so wie ich meine, diese Abschlussorientierung eigentlich überholt ist. Ich finde sie unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten noch okay, um zu sagen: Gut, wir brauchen so Vorbehaltstätigkeiten, solange wir keinen anderen Platz haben für Vorbehaltstätigkeiten, ist der Berufsabschluss in der Pflege okay. Aber ich wünsche mir auch, dass es für unterschiedliche Niveaus Orte gibt und dass Menschen immer weiter lernen können, und da ist die Hochschule genauso wie die Berufsfachschule in dem heutigen Sinne ein Baustein im Gesamtsystem.“ (IP VII, 77)

Die gewünschte Zusammenarbeit sollte sich dabei nicht nur auf verschiedene Bildungsinstitutionen untereinander erstrecken, sondern auch auf Pflege- und Bildungseinrichtungen. Durch diese Kooperationen könnten beispielsweise Studiengänge realitätsnah gestaltet und pflegebezogene Spezialisierungen weiter- sowie neu entwickelt werden:

„[...] und ansonsten Hochschule mit starken Kooperationen in die Praxis hinein. Und eine Differenzierung nach grundpflegerischer generalistischer Ausbildung, Ausbildung für Management-Funktionen und Ausbildung für spezielle, z. B., Pädagogik oder spezielle Advanced-Nurse-Practitioner-Aspekte.“ (IP I, 70)

Ein/e weitere/r Experte/-in wünscht sich eine gemeinsame Sozialisation der Berufe im Gesundheitswesen. So könne die Berufsausbildung beziehungsweise das Studium beispielsweise von Mediziner/-innen, Therapeuten/-innen und Pflegenden teilweise gemeinsam stattfinden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis zu verbessern:

„Eine Stellschraube, ich denke das ist auch noch mal so eine Idee oder ein wichtiger Punkt, dass wir die Berufe im Gesundheitswesen – Medizin, die Therapeuten, die Pflege – an einem Campus hätten. Dieses gemeinsame Aufwachsen, die gemeinsame Sozialisation, um auch eine gemeinsame Ausbildung in Zukunft oder die ganzen Berufe stärker aneinander zu bringen.“ (IP III, 72)

Berufsidentität Pflegender

Einige Befragte befürchten allerdings, dass die Pflegeausbildungsreform und ein generalistisches Ausbildungsprofil die Entwicklung einer ausreichenden beruflichen Identität der Absolventen/-innen negativ beeinflussen könnte, da sie während ihrer Ausbildung mehr praktische Ausbildungseinsätze durchlaufen müssen bzw. weniger Zeit als heute in der jeweiligen Pflegeeinrichtung verbringen bzw. mehr Lernorte an der Ausbildung beteiligt sind:

„Die Nachteile können tatsächlich mit einer starken Berufsidentität kompensiert werden. Und ich glaube, das wird hier aufgeweicht. Und wenn diese Bindung nicht stattfindet, wird man auch tatsächlich das versäumen.“ (IP X, 103)

Ausbildungsinhalte

Zudem wird eine stärkere Vermittlung elementarer Grundkenntnisse gefordert, damit Pflegende in der Praxis bestehen können. Nach Einschätzung eines/-r Experten/-in ist dies in den letzten Jahren bereits aus dem Blick geraten:

„Da sind diese elementaren, praktischen Dinge. Da ist so mein Empfinden, dass das in den letzten Jahren etwas abgenommen hat oder vielleicht da so eine Umkehr stattgefunden hat, und das fehlt der Praxis dann wieder.“ (IP V, 92)

Verbesserung des Selbstwertgefühls Pflegender

Durch den Erwerb passgenauerer Grundkompetenzen für die pflegerische Versorgung, so die Experten/-innen, kann zudem das Selbstwertgefühl von Pflegekräften erhöht werden. Vor allem für Pflegende in der stationären Langzeitversorgung, die unter einem negativen Image leidet, erscheint dies bedeutsam, um die gesellschaftliche Anerkennung für diesen Pflegesektor zu steigern:

„Die Altenpflege-Ausbildung dahin lenken, wo ich es gesagt habe, also mehr Selbstwert, mehr Selbstbewusstsein. Ins Bewusstsein bringen, dass sie ganz ganz wichtig sind. Und sie sind die Experten.“ (IP II, 73)

Nachwuchsgewinnung

Eine zentrale Zukunftsherausforderung ist und bleibt aus Sicht der Experten/-innen die Nachwuchsgewinnung sowie die Steigerung des Berufsverbleibs in der Pflege. Hierbei könnte eine Diversifizierung der Qualifikationsmöglichkeiten einen wertvollen Beitrag leisten, weil dadurch ein größerer Interessenten/-innenkreis zu erreichen ist, der zur Bewältigung des Personalmangels benötigt wird:

„Und der große Zauberstab ist, dass man eben hofft, dass man genügend attraktive Angebote machen kann für unterschiedliche Gruppen, um genügend Personen für diesen Bereich zu interessieren und auch zu halten.“ (IP XII, 91)

4.2.5 Zusammenfassung und Fazit

Mithilfe der Experten/-innen-Interviews konnten erstmals in Baden-Württemberg detaillierte Erkenntnisse erhoben werden zu Reaktionen des pflegespezifischen Arbeitsmarktes auf die geplante Pflegeausbildungsreform – das heißt auf generalistische Ausbildungsprofile sowie primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierende Studiengänge.

Die Ergebnisse zeigen zusammenfassend zunächst, dass Pflegeverbände bislang nur über wenig konkrete Erfahrungen mit Absolventen/-innen der oben genannten beiden neuen Qualifizierungsformen verfügen, da die Zahl dieser Personen erst allmählich anwächst. Darüber hinaus lag der Gesetzestext zur Ausbildungsnovellierung zum Zeitpunkt der Befragungen noch nicht abschließend vor.

Unabhängig davon lassen die Interviewbefunde differenzierte Einschätzungen der befragten Schlüsselpersonen erkennen, aus denen wiederum wertvolle Hinweise für die Umsetzung des Gesetzes auf Landesebene ableitbar sind.

Generalistische Pflegeausbildung

Die geplante Ablösung der derzeitigen drei – am Lebensalter der zu Pflegenden orientierten – Ausbildungen durch ein generalistisches Pflegeausbildungsprofil erfährt grundsätzlich eine breite Zustimmung in den Interviews. Grundlage dafür sind die von den Experten/-innen antizipierten breiteren und flexibleren Einsatzmöglichkeiten dieser Absolventen/-innen, mit denen sowohl Vorteile für Arbeitgeber als auch für die Betroffenen selbst assoziiert werden. Ferner gilt die Vergleichbarkeit eines generalistischen Ausbildungsprofils mit Pflegeberufsabschlüssen innerhalb der EU sowie die Kompatibilität dieser neuen Qualifizierungsform mit veränderten pflegeberuflichen Anforderungen als vorteilhaft.

Parallel dazu ist jedoch auch ein hohes Maß an kritischen Haltungen feststellbar, vor allem mit Blick auf spezifische Arbeitsfelder wie etwa die Altenpflege. Hier vermuten die Befragten einen Rückgang notwendiger Kompetenzen und damit einhergehende längere Einarbeitungszeiten der neuen Fachkräfte. Ferner wird auf die unterschiedlichen Lernvoraussetzungen und sozialen Strukturen in den bisherigen drei Pflegeberufen verwiesen sowie die Vermutung geäußert, dass die Pflegeausbildungsreform nicht zu einer Attraktivitätssteigerung des Berufes führt. Infolgedessen gibt es Befürchtungen, dass sich der Kreis möglicher Interessenten/-innen für eine Pflegeausbildung verkleinert, weil vor allem diejenigen, die heute eine Altenpflegeausbildung absolvieren, sich nicht für eine generalistische Pflegeausbildung entscheiden werden. Von daher stehen insbesondere Experten/-innen aus der Altenpflege der generalistischen Pflegeausbildung skeptisch gegenüber. Ihrer Ansicht nach entspricht dieses Ausbildungskonzept nicht dem Charakter des

Altenpflegeberufes, der wiederum Gefahr läuft, im Rahmen dieser grundlegenden Ausbildungsreform verloren zu gehen. Dies würde den bereits bestehenden Fachkräftemangel vor allem in der stationären Altenpflege verschärfen, da Krankenhäuser und ambulante Dienste aus Sicht der Absolventen/-innen die attraktiveren Arbeitgeber sein könnten. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen während der pflegepraktischen Ausbildung als unpassend für Altenpflegeeinrichtungen bewertet, da eine stärkere Rotation Auszubildender im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung das Konzept der Beziehungspflege fraglich erscheinen lässt. In diesem Kontext wird vereinzelt sogar die Forderung vorgetragen, die Altenpflegeausbildung nach deutschem Modell in Europa zu etablieren, weil sie sich als sehr effizient erwiesen hätte.

Speziell aus Sicht der Altenpflege bringt eine generalistische Pflegeausbildung – den Befragten zufolge – lediglich zwei zentrale Vorteile mit sich: 1. die Förderung des lebenslangen Lernens sowie 2. die Bereitstellung von Kompetenzen aus der akuten und ambulanten Pflege für die stationäre Langzeitpflege sowie umgekehrt.

Gleichwohl werden die allgemeinen Berufsaussichten generalistisch qualifizierter Fachkräfte überwiegend positiv beurteilt und mehrere Faktoren genannt, die für ihren Einsatz sprechen. Demnach entspricht diese Ausbildungsform weitgehend den veränderten Anforderungen in der Pflegepraxis, die sich aufgrund des demografischen Wandels mit einer zunehmenden Nachfrage nach pflegerischen Leistungen bei gleichzeitig bereits bestehendem Pflegepersonalmangel konfrontiert sieht. Das breitere Ausbildungsprofil, verbunden mit der Erwartung an eine noch deutlichere Wissenschaftsorientierung auf Seiten der neuen Fachkräfte, gilt als weiterer Indikator für günstige Arbeitsmarktprognosen. Begleitend hinzu kommen, nach Ansicht der Experten/-innen, leichtere Aufstiegschancen und größere Karrieremöglichkeiten für die Absolventen/-innen einer generalistischen

Ausbildung. Allerdings würde dies die Existenz eines gestuften durchlässigen Pflegebildungssystems voraussetzen.

Zu den ermittelten Vorbehalten gegen den Einsatz dieser Pflegefachkräfte zählt ein vermuteter hoher Fort- und Weiterbildungsbedarf, da eine dreijährige Ausbildungszeit als zu kurz für ein generalistisches Ausbildungsprofil betrachtet wird und zudem notwendige Spezialisierungen erst anschließend erlangt werden können. Hieraus könnten wiederum insgesamt steigende Kosten für Arbeitgeber erwachsen, wenn sie sich an der Finanzierung weiterführender Bildungsmaßnahmen beteiligen oder das Pflegepersonal dafür freistellen.

Im Hinblick auf die erwarteten Auswirkungen einer generalistischen Pflegeausbildung auf die pflegerische Versorgung betonen die Befragten wiederum die Möglichkeit eines flexibleren Einsatzes der Absolventen/-innen sowie die damit einhergehende Chance, Personalengpässe in einzelnen Bereichen besser kompensieren zu können. Interessanterweise verbinden einige Experten/-innen mit dem neuen Ausbildungsprofil auch die Erwartung, dass die so Qualifizierten heilkundliche Tätigkeiten beispielsweise im ambulanten Sektor übernehmen könnten, da sie über entsprechende Kompetenzen verfügen. Gesetzgeberischen und berufsverbandlichen Vorstellungen zufolge sind diese Aufgaben jedoch eher für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte vorgesehen, so dass sich weiterer Aufklärungsbedarf bzgl. der in den verschiedenen Ausbildungsformen zu erlangenden Kompetenzprofile erkennen lässt.

Grundsätzlich ermöglicht eine generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung den Absolventen/-innen eine Berufstätigkeit in jedem der einzelnen Pflegesektoren, wobei einige Experten/-innen annehmen, dass die Entscheidung für einen bestimmten Tätigkeitsbereich nunmehr bewusster erfolgt und auf diese Weise Qualität sowie Arbeitszufriedenheit in der Pflege positiv beeinflusst werden.

Für die Altenpflege wird hingegen wiederum eine Reihe negativer Effekte für die pflegerische Versorgung erwartet. Dieser Argumentation zufolge wird vor allem die Vermittlung sozialpflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung zurückgehen und die Pflegequalität durch mangelndes altenpflegerisches Fachwissen leiden. Ferner existieren Befürchtungen, dass das Arbeitsfeld Altenpflege noch weiter an Attraktivität verliert, wenn Pflegekräften eine Vielzahl von Beschäftigungsmöglichkeiten auch in anderen Feldern offenstehen. Diese Entwicklung würde den Personalmangel in der pflegerischen Versorgung alter Menschen verschärfen.

Nach Auffassung der Experten/-innen könnte weiterhin eine Reihe von Maßnahmen zum Gelingen der geplanten Pflegeausbildungsreform beitragen bzw. sollte dabei bedacht werden. So hält zunächst etwa die Hälfte der Befragten eine Spezialisierung in Form von Fort- und Weiterbildung oder eines Studiums nach der generalistischen Ausbildung für notwendig, um die Absolventen/-innen möglichst passgenau einsetzen zu können, die Qualität der pflegerischen Arbeit zu verbessern sowie die Professionalität der Pflege zu stärken. Zugleich bestehen bislang ungeklärte Fragen der Kostenübernahme dieser Fortbildungsmaßnahmen und ihrer inhaltlichen Konzeption. Gleichzeitig werden Fort- und Weiterbildungsangebote jedoch auch als Personalbindungsinstrument angesehen.

Da zum Zeitpunkt der Befragung wenig konkrete Angaben zum geplanten Curriculum der generalistischen Ausbildung vorlagen, konnten die Befragten hierzu keine Einschätzung abgeben. Gleichwohl forderten einige von ihnen ausreichende Möglichkeiten der Spezialisierung und Schwerpunktsetzung. Darüber hinaus wurde die Befürchtung geäußert, dass die Curricula aus den Modellausbildungsgängen unreflektiert für die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung übertragen werden bzw. nicht genügend Zeit für die Entwicklung eines fundierten und begründeten Curriculums zur

Verfügung steht. Dabei gelten behandlungspflegerische Grundlagen und sozialpflegerische Vertiefungen, die mit soziologischen und psychologischen Fachwissen untermauert sind, als unabdingbar. Zudem wird gefordert, die Ausbildung an die Bedürfnisse potenzieller Arbeitgeber und an die Berufsziele sowie späteren Arbeitsbereiche der Absolventen/-innen anzupassen.

Da auch die konkrete Finanzierung der generalistischen Ausbildung zum Erhebungszeitpunkt unklar war, befürchten einige Experten/-innen, dass Altenpflegeeinrichtungen als Ausbildungsorte verloren gehen könnten. Von daher wird das in Baden-Württemberg in der Altenpflege vorherrschende Umlagefinanzierungsprinzip auch für die neue Ausbildung favorisiert.

Weiterhin hätten einige der Befragten eine Pflegeberufereform im Sinne einer integrativen Ausbildung als Kompromissvariante bevorzugt, da sie bereits eine Spezialisierungsphase vorsieht und auf diese Weise der Fortbildungsbedarf verringert werden könnte.

Eine weitere Forderung bezieht sich auf den Erhalt von Altenpflegeausbildungsstätten, die aus Sicht einzelner Befragter Gefahr laufen, die neu entstehende Konkurrenz zur Krankenpflegeschule in der Trägerschaft von Kliniken, zumindest teilweise, nicht zu bestehen. Weiterhin plädieren insbesondere Vertreter/-innen aus der Altenpflege dafür, die generalistische Pflegeausbildung auch für Personen mit Hauptschulabschluss zugänglich zu machen.

Mit Blick auf die praktische Ausbildung fordern die Experten/-innen eine adäquate Gestaltung des Lernortes Praxis inklusive ausreichender Praxisanleitung. Aus ihrer Sicht sollten Auszubildende nicht mehr bzw. zu einem anderen Anteil auf den Personalschlüssel angerechnet werden, um die Ausbildungsqualität in der Praxis zu erhöhen. In ähnliche Richtung weisen Forderungen nach einer besseren Kommunikation zwischen den Lernorten Schule und Pflegeeinrichtung

sowie zwischen den an der praktischen Ausbildung beteiligten verschiedenen Akteuren.

In den Interviews wurde zudem danach gefragt, welche langfristigen Veränderungen in der pflegerischen Versorgung mit einer generalistischen Ausbildung einhergehen könnten. Dabei vermuten die Experten/-innen einerseits, dass die breitere Qualifikation der Absolventen/-innen zusammen mit einem wachsenden Qualifikationsmix in der Pflege zu einer adäquateren pflegerischen Versorgung führen kann. Zugleich wird davon ausgegangen, dass ein generalistisches Ausbildungsprofil das Ausmaß von Überforderungen im Arbeitsalltag reduziert, was sich wiederum positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt.

Andererseits wird bedauert, wenn zukünftig anstelle der bisher aus verschiedenen Pflegequalifikationen bestehenden Teams diese Form der Interdisziplinarität wegfällt. Weiterhin wird die Gefahr gesehen, dass neben der generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung teils hochspezialisierte (neue) Berufsbilder entstehen bzw. vermehrt nachgefragt und angeboten werden, da sie aufgrund ihres klar umrissenen Aufgabengebietes für junge Menschen attraktiver erscheinen könnten. Schließlich befürchten Vertreter/-innen der Altenpflege wiederum Verluste gerontologischer Inhalte in dem neuen Ausbildungsprofil, die den pflegeberuflichen Anforderungen im Rahmen des demografischen Wandels deutlich entgegenstehen und bereits heute zu wenig vorhanden seien.

Primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierende Pflegestudiengänge

Die Beurteilung der Einführung ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge wird für die befragten Experten/-innen erkennbar durch Unklarheiten hinsichtlich der praktischen Ausbildung und Ungewissheiten in Bezug auf mögliche Aufgabenfelder sowie Einsatzbereiche dieser Absolventen/-innen erschwert. Grundsätzlich

wird diese hochschulische Form der Pflegeausbildung als Ergänzung zur berufsfachschulischen begrüßt. So werden den hochschulisch qualifizierten Fachkräften breitere und tiefere Kompetenzen – vor allem im Bereich wissenschaftsorientierter Expertise – zugesprochen sowie Fähigkeiten, diese in die Praxis zu integrieren, wodurch die pflegerische Versorgung optimiert und (wissenschaftlich) weiterentwickelt werden könnte. Des Weiteren werden stärker ausgeprägte analytische Kompetenzen vermutet, die in ein theoriegeleitetes Pflegehandeln münden und die Absolventen/-innen insbesondere für die Bewältigung komplexer Versorgungssituationen befähigen.

Ferner vermuten die Experten/-innen, dass die Studiengänge das Berufsfeld insbesondere für Gymnasiasten/-innen attraktiver erscheinen lassen und die Nachwuchsrekrutierung erleichtern. Im Gegensatz dazu stellt ein akademisches Ausbildungsprofil für den Personenkreis, der momentan eine Altenpflegeausbildung absolviert, tendenziell kaum eine Option aus Sicht der Befragten dar, da hier mehrheitlich andere Lernvoraussetzungen vorherrschen.

Als schwierig bewerten die Experten/-innen hingegen den Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegekräften in der direkten Pflege, da erstens ihre pflegepraktischen Kompetenzen skeptisch betrachtet werden und zweitens vermutet wird, eine solche Berufstätigkeit würde nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Drittens befürchten einige der befragten Schlüsselpersonen, der zunehmende Skill- und Grademix in der Pflege könne zu Spannungen in der ganzen Berufsgruppe und/oder in einzelnen Teams führen.

Ähnlich wie im Fall generalistisch ausgebildeter Pflegekräfte gelten auch die allgemeinen Berufsaussichten der Absolventen/-innen grundständiger Studiengänge, laut Interviewergebnissen, als grundsätzlich günstig. Die Experten/-innen erwarten hier jedoch ein höheres Kompetenzniveau, vor allem im Hinblick auf das Verstehen sowie die Analyse komplexer pflegerischer Sachverhalte, die Sicherheit

im Rahmen des Pflegeprozesses und evidenzbasiertes Pflegehandeln. Infolgedessen erscheinen die Absolventen/-innen – vor allem im Hinblick auf den Theorie-Praxis-Transfer sowie die wissenschaftliche Fundierung – interessant für Pflegeeinrichtungen. Allerdings gehen die Befragten aufgrund ihrer Meinung nach theorielastigen Studiums von einem höheren und anderen Bedarf an praktischer Anleitung der Studierenden aus bzw. von längeren Einarbeitungszeiten nach Abschluss des Studiums. Demnach ist dies nicht nur für den sinnvollen Einsatz der Absolventen/-innen notwendig, sondern dient auch dem Erwerb der erforderlichen beruflichen Identität, die im Studium offensichtlich nicht hinreichend vermittelt werden kann.

Hinsichtlich möglicher Einsatzfelder und der damit verbundenen tariflichen Eingruppierung akademisch qualifizierter Fachkräfte lassen sich in den Interviews noch weitreichende Unsicherheiten auf Seiten der Arbeitgeber erkennen, wobei die Befragten selbst weiteren Organisationsentwicklungsbedarf einräumen. Des Öfteren orientieren sich die Vorstellungen der Experten/-innen auffallenderweise an den bereits länger bestehenden, bekannten Studiengängen, die bereits auf eine Pflegeausbildung aufbauen, wie z. B. Pflegemanagement, und sehen die neuen Absolventen/-innen ebenfalls in Führungs- bzw. Leitungspositionen, obgleich dies nachweislich nicht den Zielen ausbildungsintegrierender Studiengänge entspricht. Mögliche Aufgaben hochschulisch qualifizierter Fachkräfte in der direkten oder zumindest patientennahen Versorgung verbinden die Experten/-innen zum einen mit spezialisierten Tätigkeiten wie z. B. dem Schnittstellen- oder Qualitätsmanagement, der Übernahme heilkundlicher Aufgaben, der Beratung und Schulung sowie dem Primary Nursing. Alternativ dazu käme zum anderen eine klassische pflegerische Tätigkeit in Frage, so wie sie von der Mehrheit der heute Pflegenden ausgeführt wird. Darüber hinaus kommen Verbände und Institutionen der Pflegewissenschaft und -forschung als Arbeitgeber in Frage.

Trotz der Tatsache, dass gängige Tarifverträge eine Beschäftigung der hochschulisch qualifizierten Pflegekräfte derzeit nicht abbilden, sehen die Experten/-innen durchaus Möglichkeiten, die Absolventen/-innen adäquat zu vergüten. Diese Vergütung ist dann aber primär am Verantwortungsbereich ausgerichtet und nicht am formalen Ausbildungs- oder Qualifikationsniveau, woraus sich wiederum Konflikte beim Einsatz der Absolventen/-innen in der direkten Pflege ergeben könnten. Zudem wird eine grundsätzlich bessere finanzielle Ausstattung des gesamten Pflegesystems gefordert und die Klärung von Fragen nach Einsatz- sowie Vergütungsoptionen als wichtige Personalentwicklungsstrategie betrachtet.

Die von den Befragten vermuteten langfristigen Veränderungen pflegerischer Versorgung durch die neuen Studienangebote stehen in direktem Zusammenhang zu den Kompetenzen der Absolventen/-innen. Im günstigsten Fall könnten sie demnach den Theorie-Praxis-Transfer in der Pflege befördern, zur Steigerung der Personen-, Bedarfs- und Bedürfnisorientierung beitragen sowie zur Entwicklung und Realisierung tragfähiger, zukunftsträchtiger Pflegekonzepte und auf diese Weise die Qualität der pflegerischen Versorgung maßgeblich steigern. Darüber hinaus wird durch ihren Einsatz eine bessere Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen erwartet sowie ein stärkeres Selbstbewusstsein und ein höhere gesellschaftliche Wertschätzung des Berufsbildes.

Einzelne Experten/-innen gehen gegenteilig davon aus, dass die Studiengänge kaum Veränderungen der pflegerischen Praxis mit sich bringen werden, da hier vor allem Erfahrungswissen bedeutsam ist, welches in erster Linie durch langjährige Pflgetätigkeit zu erwerben ist. Zudem gibt es die durchaus berechtigte Forderung, in erster Linie die Rahmenbedingungen in der direkten Pflege zu verbessern, da ansonsten die Gefahr besteht, dass hochschulisch qualifizierte Fachkräfte, trotz hoher Motivation, diesen Arbeitsbereich meiden und in andere Gebiete abwandern werden. Eine solche Entwicklung würde

den Zielsetzungen der Pflegeausbildungsreform jedoch widersprechen und die eingesetzten Ressourcen kämen, wenn überhaupt, nur indirekt den Nutzern/-innen pflegerischer Leistungen zu Gute.

Vor diesem Hintergrund stellt der mögliche Einsatz von Absolventen/-innen ausbildungsintegrierender Studiengänge Pflegeeinrichtungen vor weitreichendere Herausforderungen als derjenige generalistisch qualifizierter Pflegekräfte: Den Experten/-innen zufolge müssten im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung Aufgabenfelder identifiziert oder ggf. geschaffen werden – inklusive der Vergütungsstrukturen. Darüber hinaus verändern die akademischen Abschlüsse das Qualifikationsspektrum und -gefüge in der Pflege. Hieraus erwachsen wiederum steigende Anforderungen an das Personalmanagement, um die unterschiedlich ausgebildeten Fachkräfte entlang ihrer Kompetenzen einzusetzen und zugleich eine drohende Abwertung der klassischen Pflegeberufsausbildung sowie entsprechende Konflikte zu vermeiden. Dies scheint umso wichtiger, da die Akzeptanz der Studienabschlüsse in der eigenen Berufsgruppe sowie seitens anderer Gesundheitsberufe nach wie vor nur bedingt gegeben ist, woraus sich – nach Auffassung der Experten/-innen – weitere Spannungen zu Ungunsten der pflegerischen Versorgung ergeben könnten. Letztlich sehen die Experten/-innen teilweise auch die Gefahr, dass die Studiengänge lediglich zu einer Verlagerung der Pflegeausbildung an Hochschulen führen, ohne sie dort nachhaltig inhaltlich weiterzuentwickeln, so dass auch in Zukunft kaum höhere Kompetenzen – als derzeit vorhanden – für die pflegerische Versorgung entstehen.

4.3 Synopse der Positionspapiere pflegerischer Verbände in Baden-Württemberg

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurden Positionspapiere von zehn Trägerverbänden, das heißt von potenziellen Arbeitgebern der Absolventen/-innen, analysiert. Im Mittelpunkt des Interesses stand dabei die Frage danach, wie diese Verbände die allgemeinen

Entwicklungen im Berufsfeld Pflege, die generalistischen Ausbildungskonzepte und die primärqualifizierenden Studiengänge beurteilen und welche Anforderungen sie an eine Reform der Pflegeausbildung haben.

4.3.1 Allgemeine Entwicklungen im Berufsfeld Pflege mit Blick auf die Ausbildungsreform

Aus Sicht des Landesverbandes Baden-Württemberg des Deutschen Roten Kreuzes ist die „wichtigste gesellschaftliche Aufgabe [...], den demografischen Wandel durch eine vorausschauende Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik aktiv zu gestalten. [...] Für diese aktive Gestaltung [ist es] von elementarer Bedeutung, den Fokus auf die Menschen zu legen, die den steigenden und qualitativ veränderten Bedarf an pflegerischer Versorgung sicherstellen sollen. Professionelle Pflegekräfte nehmen eine gesellschaftliche Schlüsselrolle ein, denn die Grundvoraussetzung für die Deckung des Bedarfes unterschiedlicher Pflegeleistungen sind gut qualifizierte und motivierte Pflegekräfte.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 2). Gleichzeitig stellt dieser Verband fest, dass „durch die wachsende Komplexität der Pflegesituationen [...] Kompetenzen aller Pflegesparten gleichermaßen benötigt“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. 2012, 2) werden. Dabei ergeben sich die größten Anforderungen aus „Interdisziplinarität, Vernetzung, Management- und Steuerungsfunktionen, Ökonomisierung und [der] Berücksichtigung neuer Technologien“ (Pawils 2011) und verlangen eine höhere Fachlichkeit in der Pflege.

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) geht sogar noch weiter, indem er die Notwendigkeit von Steuerungs- und Führungskompetenzen bei allen Pflegenden konstatiert und eine entsprechende Ausbildung fordert: „Die diversen lebensweltlichen und gesundheitlichen Anforderungen, vor allem in der vielfältigen Verknüpfung von Selbstpflege, Laienpflege, ehrenamtlicher Tätigkeit, Hilfs- und Assistenzfunktionen sowie in der Abstimmung und Koordination inter- und transdisziplinärer Art, erfordern Steuerungs- und

Führungskompetenzen. Diese sind bereits in der Grundausbildung (und nicht erst im akademischen Anschluss) zu vermitteln, da Fachkräfte in erster Linie in der Steuerung des Alltags tätig und wirksam sind.“ (bpa 2014, 11).

Der Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. verweist zusätzlich darauf, dass die Anzahl der Schulabgänger/-innen zurückgeht und somit die Zahl potenzieller Pflegekräfte sinkt. Dieser Faktor zeige, dass eine Reform der Ausbildung notwendig ist, nicht zuletzt, weil sich die Tätigkeiten in der Kranken- und Altenpflege zunehmend annähern: „Seit Ende der 80er Jahre rückt das Thema Pflegenotstand immer wieder in den Fokus der Öffentlichkeit und ist derzeit aktueller denn je. Der Rückgang von Schulabgänger(inne)n und damit potenziell Interessierten am Pflegeberuf hat bereits eingesetzt. Parallel dazu steigt der Pflegebedarf an. Dies macht die Debatte um eine Reform der Pflegeausbildung umso dringender, zumal sich die Erfordernisse in der Kranken- und Altenpflege zunehmend überschneiden.“ (Germeten-Ortmann 2011, 1).

Auch der Bundesverband Pflegemanagement vertritt die Auffassung: „[...] der demografische Wandel hat bereits zu einem Wandel der Anforderungen an den Pflegeberuf in den verschiedenen Leistungsbereichen geführt. So erfordern beispielsweise die Zunahme multimorbider älterer Patienten und die kürzere Verweildauer in Krankenhäusern schon heute Qualifikationen, die längst nicht mehr nur für einen Leistungsbereich – zum Beispiel den Bereich der Altenpflege oder der Akutversorgung – typisch sind. Dabei wird deutlich, dass eine möglichst breite Ausbildungsbasis in Kombination mit entsprechenden Vertiefungsmöglichkeiten in bestimmten Einsatzfeldern nicht nur die Versorgung der Patienten optimieren, sondern auch für die Pflegenden weitaus flexiblere und damit auch bessere Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten bieten würde.“ (Bundesverband Pflegemanagement e.V. 2013, 1) und spricht sich für eine generalistische Pflegeausbildung aus.

Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt sieht insbesondere eine steigende Nachfrage der Pflege alter bzw. sehr alter Menschen und bezeichnet diese als das künftig bedeutsamste Arbeitsfeld der Pflege, welches durch eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität, altersbedingten Funktionseinbußen sowie Behinderung bei gleichzeitigem Pflegebedarf gekennzeichnet ist (AWO 2014).

Nach Auffassung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands kann durch eine Pflegeausbildungsreform die Attraktivität des Pflegeberufes sowie die Durchlässigkeit im Pflegebildungssystem erhöht und auf diese Weise der zunehmende Fachkräftebedarf gedeckt werden: „Die Pflegebranche ist eine Wachstumsbranche mit zunehmendem Bedarf an qualifizierten und motivierten Fachkräften. Bei der Ausbildung von Fachkräften wird die Konkurrenz unter den Pflegeeinrichtungen sowie mit anderen Ausbildungsberufen und Branchen um immer weniger Schul- und Hochschulabgänger zunehmen. Dabei ist die Ausgangslage der Pflege aufgrund ihres eher negativen Images und der hohen physischen und psychischen Anforderungen des Berufes eher ungünstig. Die Attraktivität einer Tätigkeit in der Pflege wird – betrachtet man die Entlohnung und jetzigen Rahmenbedingungen – vor dem Hintergrund der Anforderungen und Verantwortung weiterhin reduziert. Demgegenüber steht jedoch eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in dieser Branche entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die Durchlässigkeit verbessert werden.“ (Pawils 2011). Hierbei zeigt sich, dass es sich um Positionen von Verbänden handelt, die gleichzeitig auch Arbeitgeber in der Pflege sind und deshalb offensichtlich einer erhöhten Entlohnung und Verbesserung der Rahmenbedingungen im Berufsfeld zurückhaltend gegenüberstehen, da beides unter Umständen für sie zu Mehrkosten führen würde. Inwieweit die bis dato konstatierte hohe Identifikation Pflegenden mit ihrem Beruf sowie eine höhere Attraktivität

der Pflege und Durchlässigkeit im Bildungssystem allein ausreichen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, bleibt abzuwarten.

Der Deutsche Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen fordert im Zuge des demografischen Wandels – und damit einer zunehmenden Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen – eine stärkere Fokussierung der Pflege auf Begleitung sowie Unterstützung und beschreibt, dass diese Tätigkeitsbereiche bereits in der Behindertenhilfe im Mittelpunkt stehen. Aus diesem Grund erscheint aus Sicht des Verbandes eine Orientierung an der Behindertenhilfe sinnvoll für die weiteren Entwicklungen im Berufsfeld Pflege und für zukünftige Versorgungskonzepte: „Die Altenhilfe muss zukünftig neu beantworten, wie weit über eine Million Menschen mit Hirnleistungsstörungen im Alltag (24 Stunden!) angemessen begleitet werden und dort, wo notwendig, Unterstützung in der grundpflegerischen Versorgung erfahren können. Der Blickwinkel ‚Begleitung‘ eröffnet deutlich die Nähe zu Tätigkeitsfeldern der Behindertenhilfe – nicht aber zu denen der Krankenpflege! [...] Vielmehr geht es um Begleitung [...] und Unterstützung in den Bereichen, in denen das erforderlich ist.“ (Dürrmann 2012, 1). Vor diesem Hintergrund spricht sich der Verband ähnlich wie der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. für den Erhalt der Altenpflegeausbildung aus: „Wir verkennen auch nicht, dass die zunehmenden chronischen Erkrankungen und die demografischen Entwicklungen von den Pflegenden im Krankenhaus einerseits mehr gerontologisches Wissen verlangen und andererseits in der Altenpflege mehr medizinische Kompetenz erfordern. Der Schlüssel hierfür liegt in der Multiprofessionalität sowie in der Weiterentwicklung des Berufsbildes der Altenpflege“ (bpa 2014, 6).

4.3.2 Generalistische Ausbildungskonzepte

Insgesamt sprechen sich sechs der zehn Trägerverbände für eine generalistische Pflegeausbildung aus. Die verbleibenden vier favorisieren die bislang eigenständigen Berufsausbildungen in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege. Gleichwohl setzen sich inzwischen auch diese Verbände teilweise mit einem generalistischen Ausbildungskonzept in der Pflege auseinander und formulieren entsprechende Anforderungen.

Vermutete Vorteile der generalistischen Pflegeausbildung

Die Argumente der Verbände, die sich für eine generalistische Pflegeausbildung einsetzen, sind vielfältig. Im Vordergrund steht dabei eine verbesserte Versorgung der Patienten/-innen sowie flexiblere Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten der Absolventen/-innen durch die Generalistik (Bundesverband Pflegemanagement e. V. 2013). „Eine gemeinsame Pflegeausbildung muss so gestaltet werden, dass ihre Absolventen unabhängig von Alter und Krankheitsbildern der Pflegebedürftigen/Patienten in allen allgemein-pflegerischen Bereichen nach SGB V und SGB XI gleichermaßen eingesetzt werden können. [...] Schaffung einer neuen, gemeinsamen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss, die so gestaltet wird, dass die besonderen Kompetenzen der Alten-, der Gesundheits- und Kinderkranken- und der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt werden.“ (DRK e.V. 2014, 1).

Aus dieser Perspektive ermöglicht die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung eine Orientierung an aktuellen Veränderungen im Pflegebereich und somit eine Ausbildung, die durch die Salutogenese, also ein gesundheits- und ressourcenorientiertes Pflegeverständnis, geprägt ist. Der Deutsche Caritasverband fordert zudem, die Ausbildung neu zu konzipieren und sie an den Strukturveränderungen in der Pflege – sowie an einem gesundheits- und ressourcenorientierten Pflegeverständnis auszurichten (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 2).

Vermutete Nachteile einer generalistischen Pflegeausbildung

Die Gegner einer generalistischen Pflegeausbildung befürchten insbesondere den Verlust spezifischer Kompetenzen in den drei Pflegeberufen zugunsten einer breiteren Grundqualifikation und halten eine solche Entwicklung für schädlich. „In einer gemeinsamen

dreijährigen Ausbildung werden alle Pflegeberufe einen Verlust an spezifischen Fähigkeiten hinnehmen müssen. Breite statt Tiefe wird dann gelten. Alle drei Pflegebereiche sind heute in hohem Maße ausdifferenziert und verlangen spezifische Fachkenntnisse von den Pflegekräften. Eine reine Basisqualifizierung wird hier schnell zur beruflichen Überforderung führen.“ (bpa 2014, 5).

Ähnlich argumentiert der deutsche Verband der Führungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen: „Die geplante generalisierte Ausbildung beinhaltet Wissensvermittlung in der Krankenpflege, in der stationären wie ambulanten Altenpflege, in der Kinderkrankenpflege, in der Psychiatrie/Jugendpsychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie sowie in drei Wahlpflichtfächern aus Rehabilitation, Palliativmedizin, Beratung, Prävention, Intensivmedizin, Anästhesie, Endoskopie, OP. Da die Ausbildung weiterhin drei Jahre dauern soll, müssen die einzelnen fachlichen Wissensvermittlungen jeweils entsprechend reduziert werden. Dieses ginge aber zu Lasten des Hauptfaches, in welchem der Auszubildende später arbeiten will. Alten- und Krankenpfleger benötigen für ihre Einsatzbereiche ein segmentiertes, tiefgreifendes Wissen.“ (DVLAB 2012, 2)

Vermutete Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung für die Altenpflege

Vor allem Trägerverbände der Altenpflege betrachten die geplante generalisierte Pflegeausbildung kritisch. Die unklare Umsetzung der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung lässt sie zumindest bis 2014 misstrauisch werden. „Obwohl laut Koalitionsvertrag noch in dieser Legislatur[periode] eine Umsetzung dieses Vorhabens [Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung] erfolgen soll, gleicht es bis heute einer *black box*. Das schürt Ängste, Befürchtungen und Skepsis in immer größeren Fachkreisen, v. a. im Bereich der Altenpflege.“ (AWO 2014, 1).

Hier gilt interessanterweise weniger die Ausbildung als reformbedürftig, sondern vielmehr der Rahmen, in dem altenpflegerische Tätigkeiten erbracht werden.

Nach Ansicht des DVLAB bedarf es hierzu Lösungen, die durch eine Veränderung der Pflegeausbildung nicht erreicht werden können: „Die Altenpflege krankt nicht an ihrer Ausbildung, sondern an schlechten Arbeitsbedingungen, überbordender Bürokratie, magerer Bezahlung und viel zu knappen Personalschlüssel. Diese Probleme kann eine Zusammenlegung der Pflegeausbildung nicht lösen. Im Gegenteil – die Generalistik würde zu bedrohlichen Defiziten in allen Versorgungsbereichen führen und nur neue Probleme schaffen!“ (DVLAB Bundesverband e. V. 2015, 8).

Ähnlich argumentiert der bpa, nach dessen Ansicht vor allem die aktuellen Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu Belastungen und Unzufriedenheiten führen. Infolgedessen fürchtet dieser Verband, dass generalistisch ausgebildete Pflegekräfte nicht in der Altenpflege tätig werden wollen, wenn eine Reform der dortigen Rahmenbedingungen unterbleibt (bpa 2014).

Das Deutsche Rote Kreuz plädiert ebenfalls dafür, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, spricht sich aber vorrangig für eine Neuakzentuierung pflegerischer Tätigkeiten und Erweiterung der Kompetenzen sowie einer klinischen, edukativen und versorgungssteuernden Funktion der Pflege aus (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009). Dieses Berufsbild führe neben einer Imageverbesserung der Pflege dann zu einem „[...] Paradigmenwechsel der Pflegeberufe. Weg von einem vornehmlich medizinerorientierten Berufsverständnis, das den Pflegeberuf zum Hilfsberuf degradiert, hin zu einer eigenständigen, auf den Pflegeempfänger orientierten Disziplin, die auf gesicherten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und dementsprechend auch eine permanente Weiterentwicklung erfährt.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 10f). Weitere maßgebliche Themen der professionellen Pflege sind aus dieser Perspektive inzwischen eine zurecht eingeforderte Patientenorientierung, die Erhöhung der Qualität und Transparenz pflegerischer Leistungen sowie ihre passgenaue Abstimmung auf die Bedarfe des zu Pflegenden (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 6). Dies

impliziert ein verändertes Pflegeverständnis, das seinen Fokus weniger auf eine Krankheits- oder Defizitorientierung legt, sondern gesundheitsförderlich und ressourcenorientiert ausgerichtet ist (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 3). Darüber hinaus sieht der Verband eine Differenzierung der Qualifikationsprofile aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts voraus (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 6).

Von einer generalistischen Pflegeausbildung wird vielfach gefordert, dass dabei die Ausbildung in den Kernkompetenzen der Altenpflege ausgeweitet werden, um geriatrische Patienten/-innen bzw. Bewohner/-innen adäquat versorgen zu können. „Es ist wichtig, dass in der Ausbildung der Pflege die Kernkompetenzen der Altenpflege ausgebaut und geschärft werden. Anderenfalls drohen gravierende Nachteile für die fachgerechte Versorgung hochalter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern“ (Pawils 2011).

Zu diesen altenpflegerischen Grundkompetenzen zählt beispielsweise, dass den Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine soziale Teilhabe ermöglicht wird. „Mit wachsendem Anteil chronischer Erkrankungen und der Maxime, Lebensqualität auch mit gesundheitlichem und funktionalem Handicap zu schaffen und soziale Teilhabe zu ermöglichen, bedarf es weiterhin eines hierauf ausgerichteten Berufsbildes.“ (bpa 2014, 8). Im Kern befürchtet dieser Verband jedoch den Verlust eines Großteils altenpflegerischer Ausbildungsinhalte bzw., dass eine generalistische Pflegeausbildung im hohen Maße der heutigen Gesundheits- und Krankenpflege entspricht. Von daher wird wiederum für den Erhalt der Altenpflege plädiert: „Ansonsten lernen die Pflegekräfte in der Zukunft zuerst vieles, was sie nicht brauchen, und müssen sich um ihre so wichtige Spezialisierung anschließend selbst kümmern“ (bpa 2015).

Der DVLAB spricht sich ebenfalls für eine Professionalisierung der Altenpflege aus, um ihr Image zu verbessern, wobei die Entwicklung und Implementierung eines neuen Berufes im Sinne der Generalistik

dazu als nicht notwendig erachtet wird. (Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012, 3)

Vermutete Berufsaussichten der Absolventen/-innen und Effekte der generalistischen Pflegeausbildung

Trotz der vermuteten Kompetenzverluste der Absolventen/-innen einer generalistischen Pflegeausbildung werden ihnen grundsätzlich gute Berufsaussichten und flexible berufliche Tätigkeitsfelder zugesprochen: „Eine generalistische Ausbildung mit einem gemeinsamen Berufsabschluss sowie einer möglichen Schwerpunktsetzung ermöglicht flexible berufliche Einsatzmöglichkeiten.“ (Pawils 2011).

Allerdings vermutet der bpa Schwierigkeiten beim Wechsel von der Langzeit- in die akut-stationäre Pflege und begründet dies wie folgt: „Allerdings werden auch generalisiert ausgebildete Pflegekräfte – wenn sie ihre Praxiseinsätze schwerpunktmäßig in der Altenpflege wahrgenommen haben – wegen des spezifischen Bedarfs des Krankenhauses zur Akutversorgung und des hierfür erforderlichen Spezialwissens nur selten eingestellt werden.“ (bpa 2014, 6)

Von daher fordern mehrere Verbände: „Dieses Berufsgesetz [mit generalistischem Berufsabschluss] muss sicherstellen, dass Absolventen ihren Beruf ohne Einschränkungen in allen Arbeitsfeldern der Pflege ausüben können.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 3)

Andere befürchten (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012), dass generalistisch ausgebildete Pflegekräfte nicht mehr in ausreichendem Maße über spezifische Kompetenzen verfügen werden, die für die pflegerische Versorgung bestimmter Personengruppen notwendig sind. Infolgedessen wird ein Absinken der Pflegequalität in einzelnen Sektoren befürchtet: „Wenn das notwendige spezifische Wissen beispielsweise über Demenzerkrankungen, ihre Symptome, Behandlungsmöglichkeiten, Therapie- und Pflegekonzepte nicht ausreichend vorhanden ist, kann eine Pflege nicht qualitätsgesichert erbracht werden. Während dreijährig ausgebildete Altenpflegekräfte dieses Wissen erwerben, wird

diese Fachtiefe in der generalistischen Basisqualifikation künftig nicht mehr erreicht.“ (AWO 2014, 4). Ähnlich kritisch wird der praktische Ausbildungsteil in der generalistischen Pflegeausbildung betrachtet: „Damit wird der fachspezifische praktische Einsatz der Altenpflegeschüler in der neuen Ausbildung in etwa halbiert. Wir bezweifeln, dass dieses einer Steigerung der Fachkompetenz dient“ (DVLAB 2012, 3). Infolgedessen werden nachhaltige Defizite in allen Versorgungsbereichen befürchtet (ebd.).

Im Gegensatz dazu begrüßt beispielsweise das Deutsche Rote Kreuz die Breite des Fachwissens, das durch eine generalistische Ausbildung vermittelt wird und verweist darauf, dass spezifisches Fachwissen nach der Ausbildung parallel zur praktischen Tätigkeit erworben werden kann. Ziel der Pflegeausbildung wäre es somit, „Pflegekräfte mit einem breit angelegten Fachwissen zur Verfügung zu stellen, die darüber hinaus über die Kompetenz verfügen, sich bei Bedarf spezifisches Wissen anzueignen“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 15). Diese übergreifenden Kompetenzen sind nach Auffassung des Verbandes insbesondere für Pflegefachkräfte notwendig, die eigenverantwortlich tätig sind (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009).

Weitere Argumente für eine generalistische Pflegeausbildung ergeben sich dieser Auffassung nach aus den demografisch und epidemiologisch bedingten Veränderungen des Pflegebedarfs in den einzelnen Pflegesektoren: „Patienten und Bewohner kommen mit hohem Pflegebedarf nach Hause und müssen weiter medizinisch und pflegerisch betreut werden. Damit steigt gerade auch bei den ambulanten Diensten und in der stationären Pflege der Bedarf an Pflegekräften, die alle Aspekte der Pflege abdecken und umfassend einsetzbar sind.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 4). „Im Krankenhaus werden für die Pflege hochbetagter Menschen verstärkt gerontologische und gerontopsychiatrische Kompetenzen erforderlich; in der ambulanten Pflege und der stationären Altenhilfe werden mehr krankenpflegerische oder medizinisch-pflegerische Kompetenzen benötigt. Traditionell

ausgebildete Kranken- oder Altenpfleger(innen) verfügen in aller Regel nicht über ein Kompetenzprofil, das alters- und sektorenübergreifenden Anforderungen gerecht wird.“ (Germeten-Ortmann 2011, 1).

Im Gegensatz und wenngleich die Verbände bislang nur wenige Erfahrungen mit Absolventen/-innen sammeln konnten, fallen diese tendenziell eher positiv aus: „Die Modellabsolvent(inne)n beweisen sich in der beruflichen Praxis als kompetente Pflegekräfte, indem sie ihr Handlungswissen auf unterschiedliche pflegerische Situationen übertragen sowie eigeninitiativ und flexibel arbeiten. Sie verfügen über das Potenzial, umfassend zu denken und komplexe Zusammenhänge im pflegerischen Alltag schnell zu begreifen. Zudem zeigen sie in schwierigen beruflichen Situationen ausgeprägte personale und soziale Fähigkeiten.“ (Rottländer 2009).

Rolle von Fort- und Weiterbildung

Weitgehender Konsens herrscht über die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen in der Pflege, insbesondere für spezifische Arbeitsfelder und Funktionen wie z. B. Intensivpflege oder Leitung einer Pflegeeinheit (Germeten-Ortmann 2011). Zugleich werden jedoch Möglichkeiten zur Schwerpunktbildung in der generalistischen Ausbildung gefordert: „Auch bei einem einheitlichen Berufsabschluss muss ausreichend Raum für die Schwerpunktsetzung in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege bleiben. Dies gilt für die praktische, aber auch für die theoretische Ausbildung.“ (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. 2015). Ferner wird argumentiert, dass eine solche Schwerpunktsetzung die Dauer anschließender Weiterbildung reduzieren könnte (Pawils 2011).

Im Gegensatz dazu verweist der bpa auf eine insgesamt verlängerte Ausbildungszeit, wenn Spezialisierungen erst im Anschluss an die generalistische Pflegeausbildung erfolgen. Darüber hinaus sieht er durch diese Praxis höhere Bildungskosten auf die Pflegefachkräfte zukommen, da sie mehr finanzielle Mittel aufwenden müssen für spezialisierende Fort- und Weiterbildungen (bpa 2014). Interessanterweise sieht der AWO Bundesverband in diesem Kontext erhebliche Nachqualifizierungskosten auf die Einrichtungen und Dienste in der Pflege zukommen (AWO 2014) und verweist auf die Notwendigkeit der Etablierung materieller und immaterieller Förderstrukturen sowie Anreize für spezialisierende Weiterbildungen der Pflegenden (ebd.).

Mehrere Verbände sprechen sich für die Entwicklung eines umfassenden Pflegebildungskonzeptes aus, das eine Durchlässigkeit der verschiedenen Qualifikationsstufen gewährleistet: „Aus-, Fort- und Weiterbildung: Sie müssen als aufeinander bezogenes Bildungskonzept gedacht und entwickelt werden. Sie sind sowohl im beruflichen als auch im Hochschulbereich anzusiedeln und müssen einen Wechsel zwischen den Arbeitsfeldern als auch den Zugang zum tertiären Sektor ermöglichen.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 3). Das Deutsche

Rote Kreuz plädiert dafür, bereits bei der Etablierung des neuen Pflegeberufegesetz eine Weiterbildungsordnung festzulegen (DRK 2014).

Implikationen für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung

Neben diesen Forderungen beschreiben die Verbände in ihren Positionspapieren Implikationen für eine gelingende Reform der Pflegeausbildung. Diese betreffen zum einen die theoretische Ausbildung: Dabei sollten „übergreifende Kompetenzbereiche, wie z. B. Beratung, Prävention, Pflege alter Menschen, Akutversorgung chronisch erkrankter Menschen [...] in der Ausbildung besondere Berücksichtigung finden.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 3). Somit könnte eine zielgruppenspezifische fachgerechte Versorgung insbesondere auch alter Menschen gewährleistet werden (AWO 2014). Mit Blick auf die praktische Ausbildung sollte zum anderen sowohl die Praxisanleitung „im gesamten Bildungsprozess einen höheren Stellenwert einnehmen“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 15), als auch genügend Lernmöglichkeiten in der Praxis geschaffen werden, um „[...] ausreichend Gelegenheit für vertiefende und intensive Lern- und Arbeitserfahrungen in den allgemeinen pflegerischen Bereichen“ (Rottländer 2009) zu gewährleisten, sowie das Kennenlernen weiterer pflegerischer Handlungsfelder (Rottländer 2009). Zudem fordert der AWO Bundesverband die „Herstellung von Rahmenbedingungen in der Ausbildung, die die Entwicklung von Beruflichkeit ermöglichen und unterstützen“ und sogar eine „Verringerung der Anzahl der Praxisorte und Praxiseinsätze während der Ausbildung“ (AWO 2014, 13) bzw. eine Verlängerung der Praxis-Pflichteinsätze, um die Fachlichkeit und Bindung der Lernenden an die Ausbildungsbetriebe zu erhöhen (AWO 2014).

Solche Vorschläge basieren auf der Befürchtung einer hohen Lernenden-Rotation in den Ausbildungsbetrieben, da mehr als die Hälfte der praktischen Ausbildungszeit in externen Einrichtungen zu

absolvieren ist (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012).

Finanzierung

Der Deutsche Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen sowie die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. 2015 sprechen sich zudem für eine ausreichende Finanzierung der generalistischen Pflegeausbildung aus, wobei die Forderung auch „die Finanzierung des Umbaus der Schulen“ (AWO 2014, 2) einschließt. Der DVLAB schlägt vor, die Ausbildungsfinanzierung durch Kostenträger, wie aktuell in der Gesundheits- und Krankenpflege, auf die neue generalistische Ausbildung zu übertragen (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012, 3). Eine weitere Alternative bietet aus Sicht des DPWV die steuerfinanzierte Pflegeausbildung (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. 2011, 3) und der AWO Bundesverband betont, dass der Mehraufwand, der durch eine Ausbildungsreform entsteht, nicht nur finanziell, sondern auch personell aufgefangen werden müsse.

Ferner antizipieren einige Verbände, dass die Veränderungen der Pflegeausbildung von einer Alten-, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegeausbildung hin zu einer generalistischen Pflegeausbildung auch die Landschaft der Ausbildungsstätten verändern könnte. Dabei wird der Forderung Ausdruck verliehen, alle bisherigen Ausbildungsinstitutionen in Zukunft zu erhalten (AWO 2014, 2): „Die jetzigen Ausbildungsinstitutionen (Altenpflege- und Krankenpflegeschulen) müssen als gleichwertige Schulen zur zukünftigen Ausbildung von Pflegefachkräften ohne Einschränkungen anerkannt werden. Durch den Erhalt bewährter Strukturen können die jahrzehntelangen Erfahrungen und Erfolge der Ausbildung auch in einer generalistischen Ausbildung weitergeführt werden“ (Pawils 2011). Aus Sicht der AWO ist der Erhalt aller bestehenden Ausbildungsplätze und Lehrpersonalkapazitäten sowie einer wohnort- nahen

Ausbildungsinfrastruktur weitere Prämisse für eine erfolgreiche Umsetzung der Ausbildungsreform (AWO 2014, 2).

Abschließende Bewertung der generalistischen Pflegeausbildung

Erwartungsgemäß fällt die abschließende Bewertung der generalistischen Pflegeausbildung durch einige Verbände, deren Angebotsprofil auf die Altenpflege fokussiert, besonders kritisch aus: So vermutet der Bundesverband Pflegemanagement (2014): „Die Vereinheitlichung der Ausbildung in den Bereichen der Alten- und Kranken-/ Kinderkrankenpflege wird zu einem neuen Berufsverständnis führen.“ (Bundesverband Pflegemanagement 2014, 5). Dieses neue Berufsverständnis berücksichtige die Bedürfnisse der Altenpflege jedoch zu wenig und führe in der Konsequenz letztlich zu ihrer Abschaffung (bpa 2014b, 1). Infolgedessen spricht sich beispielsweise Bernd Tews, der Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V., für eine Weiterentwicklung des Altenpflegeberufes aus, um seiner existenziellen Bedrohung durch die Generalistik entgegenzuwirken (ebd.).

Ähnlich äußert sich der Deutsche Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. (2012) und befürchtet: „Sollte es zur ‚Eingemeindung‘ der vermeintlich unstrukturierten Altenpflege in die Krankenpflege kommen, werden andere Berufsbilder die Lücken schließen müssen, die die generalistisch ausgebildete Krankenpflege hinterlassen wird. Zukünftig werden dann z. B. Fachkräfte für die Alltagsbegleitung bzw. psychosoziale Betreuung mit einer dreijährigen Ausbildung als Ergänzung zu den Pflegefachkräften nötig sein.“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012, 2f.).

Die vielfach verbreitete Hoffnung auf eine Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes durch eine generalistische Pflegeausbildung sowie auf eine Reduzierung des Personalmangels teilt zumindest der bpa nicht, spricht in diesem Zusammenhang von reiner Spekulation und verweist darauf, dass flexiblere Einsatzmöglichkeiten der Pflegekräfte nicht automatisch zu mehr Personal im System führen (bpa 2014, 7).

4.3.3 Primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierte Pflegestudiengänge

Die vorgesehene Reform der Pflegeausbildung umfasst auch die bundesweite Einführung primärqualifizierender Pflegestudiengänge. Diese Entwicklung wird von den Verbänden wiederum sehr unterschiedlich und differenziert beurteilt.

So sieht der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband in den Studiengängen zwar eine sinnvolle Ergänzung zur beruflichen Bildung in der Pflege sowie zur Unterstützung des dortigen Akademisierungsprozesses, jedoch keinen Ersatz für die klassische Pflegeausbildung (Pawils 2011). Hierbei ist zu bemerken, dass seit Beginn der politischen Diskussionen um eine Pflegeausbildungsreform keinerlei Ambitionen erkennbar sind, die dreijährige Berufsausbildung durch die Studiengänge zu ersetzen.

Die derzeit schon bestehenden Studiengänge haben – nach Auffassung des Bundesverbandes Pflegemanagements e. V. – bereits zu einem veränderten sowie selbstbewussteren Berufsverständnis geführt (Bundesverband Pflegemanagement e. V. 2014, 5), entsprechen – laut Caritas – den komplexer werdenden Anforderungen in der pflegerischen Versorgung und leisten einen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Berufes (Thielhorn 2011).

„Durch eine akademische Berufsausbildung in der Pflege ist – vor dem Hintergrund des gesamtgesellschaftlich gesehen steigenden Pflegebedarfs – zu erwarten, dass neue Qualitätsimpulse für die Ausbildung und Praxis gesetzt werden, die Ausbildung international anschlussfähig wird und schließlich ein Beitrag zur Professionalisierung in den Pflegeberufen geleistet wird“ (Thielhorn 2011).

Ähnlich allgemeine Erwartungen an die Studiengänge teilt auch das Deutsche Rote Kreuz und verweist zudem auf die Möglichkeit durch den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte, das „Praxisfeld wissenschaftlich fundiert“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 17) weiterzuentwickeln.

Der bpa hingegen hält ein Studium zur „Spezialisierung und Qualifikation von zukünftigem Führungspersonal“ (bpa 2014, 12) für geeignet, jedoch nicht für Pflegende im Allgemeinen und steht dem vorgesehenen Doppelabschluss in Form des Pflegeexamens und Bachelors skeptisch gegenüber (ebd.). Begründet wird diese Haltung einerseits mit bislang unklaren Einsatzbereichen der so qualifizierten Fachkräfte, mit den nicht vorhandenen Vergütungsstrukturen sowie einer fehlenden Akzeptanz bei den Kostenträgern pflegerischer Leistungen. Andererseits wird vermutet, dass die akademisch qualifizierten Fachkräfte nicht für die direkte pflegepraktische Versorgung zur Verfügung stehen (könnten): In der patienten- bzw. klientennahen Pflege gibt es „gegenwärtig [...] für diese Art qualifizierter Berufsangehöriger bisher weder Funktionen noch Vergütungsstrukturen noch die Akzeptanz der Kostenträger zur entsprechenden Berücksichtigung im Stellenschlüssel oder den Pflegesätzen“ (bpa 2014, 12).

Der deutsche Caritasverband betont hingegen spezialisierte Aufgabenbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, etwa in der Organisations-, Führungs- und/oder Prozessverantwortung (Deutscher Caritasverband et al. 2011, 3).

Auch das Deutsche Rote Kreuz hält spezialisierte Einsatzfelder für die Absolventen/-innen für denkbar, allerdings aber offensichtlich erst nach Abschluss weiterführender Masterstudiengänge: „Über Master-Studiengänge können Anforderungen der Intensiv- oder Langzeitversorgung, aber auch besondere Anforderungen an Beratung, Begleitung oder Begutachtung oder auch aus spezifischen Aufgaben der Organisation, des Managements oder der Koordination aufgegriffen werden.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2009, 17).

4.3.4 Fazit

Die Synopse der Positionspapiere von Trägerverbänden in der Pflege zur geplanten Pflegeausbildungsreform zeigt insgesamt ein sehr

heterogenes Bild und verweist damit auf eine gewisse Interessensvielfalt bzw. die Existenz von Partikularinteressen auf dem Pflegearbeitsmarkt. Des Weiteren sind Verunsicherungen erkennbar, die darauf zurückzuführen sind, dass zum Zeitpunkt der Veröffentlichungen der Positionspapiere der Gesetzestext noch nicht abschließend bzw. nur in Form des sog. Eckpunktepapiers der Bund-Länder-Kommission vorlag.

Gleichwohl werden die allgemeinen Entwicklungen im Berufsfeld Pflege weitgehend einheitlich bewertet. Demnach mündet der demografische Wandel in wachsende und komplexer werdende Pflegebedarfe im Sinne von u. a. chronisch degenerativen Erkrankungen, Multimorbidität, demenziellen Veränderungen sowie Behinderungen bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit. Aus diesen Entwicklungen resultieren für die Verbände zum einen steigende Anforderungen an die pflegerische Versorgung sowie eine zunehmende sektorenunabhängige Annäherung der geforderten Kompetenzen im Bereich der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege. Demzufolge sieht sich die Gesundheits- und Krankenpflege zunehmend mit alten und sehr alten Patienten/-innen beispielsweise im akutstationären Sektor konfrontiert und die Altenpflege immer häufiger mit umfassenden krankenpflegerischen Fragestellungen etwa im Heimbereich. Von daher stellen die Verbände eine steigende Nachfrage an leistungsbereichsunabhängigen Kompetenzen fest. Zum anderen entstehen – dieser Perspektive zufolge – neue fachliche Anforderungen im gesamten Berufsfeld Pflege, die sich aus zunehmender Interdisziplinarität, Vernetzung und Ökonomisierung ergeben und in einen erhöhten Bedarf an pflegerischen Steuerungskompetenzen münden.

Weiterer Konsens besteht hinsichtlich der personellen Ressourcen in der Pflege, denn sie gelten aus Sicht der Verbände bereits jetzt weithin als angespannt und werden durch Probleme der Rekrutierung von Nachwuchskräften bei gleichzeitig wachsender Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungsangeboten – die unweigerlich mit einem steigenden Fachkräftebedarf verbunden ist – offensichtlich noch

verschärft. In diesem Kontext wird am Arbeitskräftemarkt eine zunehmende Konkurrenz der Pflegeeinrichtungen untereinander sowie zu anderen Branchen bemerkt, wobei das tendenziell negative Image der Pflege sowie die optimierungsbedürftigen Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit als zentrale Hemmnisse bei der Personalgewinnung gelten. Von daher sprechen sich mehrere Verbände für eine grundsätzliche Reform der Pflegeausbildung sowie für eine stärkere Durchlässigkeit des Systems pflegeberuflicher Bildung aus.

Generalistische Pflegeausbildung

Im Ergebnis der synoptischen Analyse zeigt sich, dass sechs von zehn Verbänden eine generalistische Pflegegrundausbildung befürworten. Dies wird vorrangig mit den oben genannten Entwicklungen in den einzelnen Versorgungssegmenten begründet sowie mit breiteren Einsatzmöglichkeiten generalistisch ausgebildeter Fachkräfte und der Forderung nach einer grundlegenden Neuakzentuierung des Pflegeberufes inklusive neuer sowie vorbehaltlicher Tätigkeiten der Berufsangehörigen. Des Weiteren erwarten die Befürworter/-innen von der Ausbildungsreform positive Effekte für die Qualität der pflegerischen Versorgung sowie – aus Sicht der Absolventen/-innen – eine potenziell höhere Varianz ihrer Arbeitsfelder. Letzteres wird interessanterweise auch von den Gegnern/-innen einer generalistischen Ausbildung nicht grundsätzlich in Abrede gestellt. Teilweise werden jedoch Schwierigkeiten für die Absolventen/-innen, in Abhängigkeit von den absolvierten Praxiseinsätzen, befürchtet, von einem Versorgungssektor in den anderen zu wechseln, beispielsweise von der stationären Langzeitpflege in die Akutpflege, da das hier erforderliche Spezialwissen fehlen würde. Solche Befürchtungen münden in die Forderung, das neue Berufsgesetz so zu gestalten, dass die Absolventen/-innen ohne Einschränkung in allen Arbeitsfeldern der Pflege tätig werden können. Allerdings determiniert letztlich das Einstellungsverhalten der Arbeitgeber die Einsatzmöglichkeiten der Absolventen/-innen, selbst wenn sie theoretisch und qua Gesetz für alle

Pflegebereiche gleichermaßen qualifiziert sind. In diesem Zusammenhang deutet sich bereits Konfliktpotenzial an, denn es wird mehrfach auf die Gefahr des Verlustes spezifischer Kompetenzen zugunsten der generalistisch ausgerichteten Ausbildung verwiesen, die jedoch für die Versorgung bestimmter Personen notwendig erscheinen. In der Konsequenz werden wiederum Qualitätseinbußen in spezifischen Pflegebereichen befürchtet.

Gegenteilige Auffassungen begrüßen allerdings ein breites Fachwissen, verbunden mit der – bei den neuen Pflegefachkräfte auszubildenden – Kompetenz, sich parallel zur berufspraktischen Tätigkeit spezifisch benötigtes Fachwissen anzueignen und halten ein generalistisches Kompetenzprofil sogar für geeigneter, um den heutigen alters- und sektorenübergreifenden Pflegebedarfen gerecht zu werden. Erste, vereinzelte Erfahrungen mit Absolventen/-innen generalistischer Ausbildungsmodelle scheinen diese Einschätzung zu untermauern.

Die größten Vorbehalte gegen eine generalistisch ausgerichtete allgemeine Pflegeausbildung stammen von Verbänden der Altenpflege. Sie plädieren in Teilen dafür, anstelle der Ausbildung die Rahmenbedingungen zu verändern, unter denen Altenpflege derzeit stattfindet, und fürchten einen Verlust dieses spezifischen Berufsbildes mit entsprechenden Konsequenzen bei der pflegerischen Versorgung alter Menschen, wenn die Generalistik eingeführt wird. Weitere Befürchtungen gelten der vermeintlichen Dominanz der Gesundheits- und Krankenpflege im Zuge der Ausbildungsreform zu Ungunsten altentpflegerischer Inhalte mit der Folge, dass dann u. a. für heute altentpflegerische Tätigkeiten neue Berufsbilder benötigt würden, da die dafür notwendigen Kompetenzen in einer generalistischen Pflegeausbildung nicht (mehr) vermittelt werden. Infolgedessen reichen die Forderungen dieser Verbände von einem Erhalt bzw. einer Weiterentwicklung eines eigenständigen Berufsbildes für die Altenpflege bis hin zu einer stärkeren Berücksichtigung altentpflegerischer Inhalte bei der Konzeption einer generalistischen Pflegeausbildung bzw. der Schaffung von ausreichend Möglichkeiten, während der theoretischen und der praktischen Ausbildung

Schwerpunkte setzen zu können. Allerdings deutet sich hier ein Plädoyer an für ein eher integratives als generalistisches Ausbildungsmodell, denn im Extremfall würden diese Forderungen in eine gemeinsame Grundausbildung münden, der sich dann eine Spezialisierungsphase hin zu einem eigenständigen beispielsweise (Alten-)Pflegerberuf anschließt.

Nahezu alle Verbände halten Fort- und Weiterbildungen – wie sie heute für die Übernahme spezifischer Funktionen in der Pflege bestehen – nach wie vor für notwendig; einige sehen angesichts einer generalistischen Grundausbildung jedoch einen wachsenden Bedarf an spezialisierten Fort-/ und Weiterbildungen entstehen, wobei die Verantwortung dafür sowie für die Übernahme der daraus entstehenden Kosten uneinheitlich teils den Arbeitnehmer/-innen, teils den Arbeitgebern zugeschrieben werden. Von daher lassen die Positionspapiere hier kein klares Bekenntnis der Verbände erkennen zu einem größeren Engagement bei der Personalentwicklung, die gleichwohl als notwendig erachtet wird: mehrere sprechen sich für die Entwicklung eines umfassenden Pflegebildungskonzeptes aus, das eine Durchlässigkeit der verschiedenen Qualifikationsstufen ebenso umfassen sollte wie die Schaffung einer qualifizierten Weiterbildungsordnung.

In den analysierten Positionspapieren lassen sich darüber hinaus Implikationen für eine gelingende Pflegeausbildungsreform identifizieren: Demnach kommt der Ausbildung sektorenübergreifender Kompetenzen, etwa in der Beratung oder Prävention, eine entscheidende Bedeutung zu. Gleiches gilt für die praktische Ausbildung, die an vielen Stellen als optimierungsbedürftig gilt und von der gefordert wird, ihr einen höheren Stellenwert beizumessen und sie so zu gestalten, dass sie Lernen sowie die Entstehung von Beruflichkeit in ausreichendem Maße ermöglichen kann. Mehrere Verbände vermuten eine größere Rotation der Auszubildenden in den Betrieben im Rahmen der generalistischen Ausbildung und sprechen sich für eine Reduzierung der Praxisorte und -einsätze aus bzw. für die Verlängerung der sog. Praxispflichteneinsätze, um die Entstehung von

Fachlichkeit sowie die Bindung der Lernenden an den Ausbildungsbetrieb zu fördern. Weiterhin finden sich mehrfach Hinweise auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Finanzierung der neuen Pflegeausbildung sowie des Erhalts der bestehenden Ausbildungsstrukturen, das heißt der Schulen und des Lehrpersonals.

Primärqualifizierende bzw. ausbildungsintegrierte Pflegestudiengänge

Zu den geplanten primärqualifizierenden Pflegestudiengängen enthalten die Positionspapiere der Verbände insgesamt weniger Kommentare als zur generalistischen Pflegegrundausbildung, wobei sich auch hier ein uneinheitliches Meinungsbild abzeichnet. Die Vorteile einer akademischen Pflegeausbildung werden zum einen in einer Attraktivitätssteigerung sowie Professionalisierung des Berufes, einer wissenschaftlichen Fundierung und qualitativen Optimierung der Pflegepraxis, einem veränderten Berufsverständnis und einer Annäherung an internationale Qualifizierungsstandards in der Pflege gesehen. Zum anderen wird betont, dass die Studiengänge lediglich eine Ergänzung zur Grundausbildung sein können und diese keineswegs ersetzen dürfen – bis hin zur Auffassung, akademische Qualifikationen ausschließlich für Führungs- und Leitungskräfte vorzuhalten.

Vorbehalte einzelner Verbände gegenüber den Studiengängen gründen sich vorrangig auf Unklarheiten hinsichtlich der möglichen Einsatzfelder der Absolventen/-innen und der Vergütungsstrukturen. Des Weiteren existiert eine gewisse Skepsis darüber, inwieweit Kostenträger pflegerischer Leistungen die akademischen Abschlüsse bei der Verhandlung von Stellenschlüsseln sowie Pflegesätzen akzeptieren, so dass ein Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in der direkten Versorgung fraglich erscheint.

Von daher fokussieren Vorstellungen zu Aufgabenbereichen der Absolventen/-innen auf spezialisierte Funktionen beispielsweise in der Organisations-/Prozessverantwortung, Koordination, aber auch der Beratung oder Pflegebegutachtung, wobei hier teilweise der Abschluss eines weiterführenden Master-Studiums für notwendig erachtet wird. Solche Positionen stehen wiederum im Widerspruch zur gesetzgeberischen Vorstellung und bereits bestehenden Studiengangkonzeptionen, die mehrheitlich einen Einsatz der Bachelor-Absolventen/-innen in der direkten Pflege vorsehen.

4.4 Stellenanzeigenanalyse

4.4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Es wurden sechs unterschiedliche Ziele formuliert, die es anhand der Stellenanzeigenanalyse zu erforschen galt (vgl. Reusch 2015, 4).

1. Durch die Stellenanzeigenanalyse wird aufgezeigt, welche pflegespezifischen Qualifikations- und Kompetenzprofile den aktuellen Bedarf der baden-württembergischen Versorgungspraxis beschreiben.
2. Hierbei wird dargestellt, welche expliziten und impliziten Qualifikations- und Kompetenzprofile Einrichtungen der Versorgungspraxis von Pflegefachkräften erwarten.
3. Darüber hinaus wird untersucht, ob es spezifische Qualifikationen und Kompetenzen gibt, die dem gegenwärtigen Bedarf der Versorgungspraxis besonders entsprechen.
4. Die von den Einrichtungen vorgehenden Kompetenz-Anforderungsstrukturen an die Pflegefachkräfte werden detaillierter analysiert und bestimmten Niveaustufen zugeteilt.
5. Des Weiteren wird überprüft, ob in den Beschreibungen der Stellenanzeigen sprachliche Mittel verwendet werden, um bestimmte Kompetenzbereiche hervorzuheben bzw. zu akzentuieren.
6. Zudem wird beleuchtet, ob und warum bestimmte Kompetenzprofile öfter zusammen auftreten.

Diese Zielsetzungen führen zu den folgenden Forschungsfragen (vgl. ebd.):

1. Welche expliziten und impliziten Qualifikations- und Kompetenzprofile von Pflegefachkräften beschreiben den aktuellen Bedarf der baden-württembergischen Versorgungspraxis?
2. Gibt es Qualifikationen und/oder Kompetenzen, welche im besonderen Maße erwünscht sind?

3. Welche detaillierteren Kompetenz-Anforderungsstrukturen an die Pflegefachkräfte geben die Inhalte der Stellenanzeigen wieder? Sind diese Anforderungsstrukturen bestimmten Niveaus zuteilbar?
4. Werden in dem vorliegenden Material der Stellenanzeigen sprachliche Mittel angewendet, um bestimmte Kompetenzbereiche hervorzuheben? Welche Kompetenzbereiche werden mit Hilfe sprachlicher Mittel besonders akzentuiert?
5. Werden in den Stellenanzeigen bestimmte Kompetenzprofile öfter in Zusammenhang gebracht? Welche Aussagekraft könnten mögliche Zusammenhänge haben?

Die Stellenanzeigenanalyse bezieht sich ausschließlich auf die Qualifikations- und Kompetenzprofile der an der direkten pflegerischen Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte. Leitende Tätigkeiten u. ä. werden nicht berücksichtigt.

4.4.2 Stichprobe und Analyseraster

Für die Stichprobe wurden die beiden Fachzeitschriften „Die Schwester/Der Pfleger“ und „Altenpflege“ ausgewählt. Beide haben eine hohe Auflage sowie eine gute Reputation in Pflegefachkreisen (vgl. Winter 2005, 142). Da der Stellenmarkt in Fachzeitschriften eher ein Indikator für Neuentwicklungen und zukünftige Anforderungen ist, wurden diese den regionalen Annoncen in Tageszeitungen vorgezogen. Zudem sind die Arbeitsmarktstrukturen sowie Anforderungen regional – vor allem im Unterschied von Stadt zu ländlicher Region – verschieden. Um einen überregionalen Gesamteindruck zu bekommen, sind die Fachzeitschriften das geeignetere Medium. Die Analyse umfasste alle Ausgaben der Zeitschriften „Die Schwester/Der Pfleger“ und „Altenpflege“ aus dem Jahr 2014.

In Anlehnung an Winter (vgl. Winter 2005, 147) wurde ein Analyseraster gewählt, das sowohl strukturelle als auch formale Anforderungen beinhaltet. Zu den strukturellen Daten gehören die inserierende

Einrichtung, der Träger der Einrichtung und der Regierungsbezirk der zu besetzenden Stelle. Zu den formalen Strukturen gehören der geforderte Berufsabschluss und das geforderte Qualifikationsprofil, Fach- und Funktionsweiterbildungen sowie die erwünschte Berufserfahrung.

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ergibt sich für die beiden Fachzeitschriften eine unausgeglichene Verteilung des Samples.

Tabelle 8: Anzahl der eingeschlossenen Stellenanzeigen der Fachzeitschriften (Abb. nach Reusch 2015, 42)

Fachzeitschrift	Anzahl absolut
Die Schwester/Der Pfleger	76
Altenpflege	1

In der Zeitschrift „Altenpflege“ waren für Baden-Württemberg im Jahr 2014 insgesamt nur elf Stellenanzeigen enthalten. Lediglich eine Stellenanzeige bezog sich dabei auf die direkte Pflege.

Mit 75 % waren der Großteil der inserierenden Einrichtungen Krankenhäuser. 10 % der inserierenden Einrichtungen waren Rehabilitationseinrichtungen, die Altenpflege ist mit nur 1 % vertreten.

4.4.3 Ergebnisse

Berufsabschlüsse

Mehr als zwei Drittel der Stellenangebote richtet sich an Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen. Lediglich 15 % bzw. 14 % adressieren Altenpfleger/-innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen. Auffallend ist, dass übergreifende pflegerische Qualifikationen in diesen Stellenanzeigen nicht explizit zum Ausdruck kommen.

Fachweiterbildungen

Hinsichtlich gewünschter Fachweiterbildungen wird eine Intensiv- (19 %) bzw. Anästhesie-Weiterbildung (12 %) besonders häufig genannt.

Bezogen auf das Arbeitsfeld der Altenpflege beinhalteten lediglich 3 % der Stellenanzeigen den Wunsch nach einer gerontologischen Weiterbildung. Etwa die Hälfte der Stellenanzeigen enthalten keine Angaben zu Fachweiterbildungen. Fachweiterbildungen stellen jedoch keine zwingende Voraussetzung für eine Einstellung der Bewerber/-innen dar.

Berufserfahrung

Lediglich ein Viertel der untersuchten Stellenanzeigen fordern bzw. wünschen Berufserfahrung der Pflegekräfte. In drei Viertel der Stellenanzeigen findet mögliche Berufserfahrung keine Erwähnung. Berufserfahrung könnte somit entweder eine selbstverständliche Voraussetzung darstellen, die nicht explizit erwähnt werden muss oder den hohen Bedarf an Pflegekräften unterstreichen, der bereits vorhandene Berufserfahrung obsolet erscheinen lässt.

Explizite und Implizite Kompetenzprofile

Die expliziten Kompetenzprofile beziehen sich überwiegend auf Sozialkompetenz (32 %), Selbstständigkeit (31 %), gefolgt von Fertigkeiten (19 %) und Wissen (18 %). Implizite Kompetenzansprüche waren in den Stellenanzeigen verdeckt zu finden, beispielsweise unter der Anmerkung, „Sie haben die Möglichkeit ...“. In diesem Bereich wurde der Kompetenzbereich Wissen, also allgemeines berufliches oder wissenschaftliches Wissen, (40 %) besonders häufig genannt.

Kontingenzanalyse

Abschließend wurde eine Kontingenzanalyse der expliziten Kompetenzprofile durchgeführt, um Zusammenhänge in der Nennung der Kompetenzen aufzeigen zu können. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Kontingenzanalyse. Auffallend dabei ist, dass Sozialkompetenz und Selbstständigkeit am häufigsten zusammen genannt werden (12 Nennungen, bzw. in Kombination mit weiteren Kompetenzprofilen 32 Nennungen).

Tabelle 9: Kontingenzanalyse (Abb. nach Reusch 2015, 71)

Kontingenzanalyse	
Keinerlei Angaben	18 Nennungen
Sozialkompetenz, Selbstständigkeit	12 Nennungen
Wissen, Sozialkompetenz, Selbstständigkeit	8 Nennungen
Fertigkeiten, Sozialkompetenz, Selbstständigkeit	6 Nennungen
Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz	6 Nennungen
Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz, Selbstständigkeit	6 Nennungen
Selbstständigkeit	4 Nennungen
Sozialkompetenz	6 Nennungen
Fertigkeiten, Selbstständigkeit	3 Nennungen
Wissen, Fertigkeiten, Selbstständigkeit	3 Nennungen
Wissen, Selbstständigkeit	2 Nennungen
Wissen, Fertigkeit	1 Nennung
Fertigkeit, Sozialkompetenz	1 Nennung
Wissen	1 Nennung

5 Zusammenschau und Handlungsempfehlungen

5.1 Generalistische Pflegeausbildung

5.1.1 Gemeinsamkeiten der Aussagen der Experten/-innen und der Befragten aus der Pflegeausbildung

Für die Absolventen/-innen der generalistischen Pflegeausbildung werden vonseiten der befragten Experten/-innen gute Berufsaussichten erwartet. Dies stimmt mit den Aussagen der Befragten aus der Pflegeausbildung überein, die angeben, dass Arbeitsstellen leicht zu finden seien.

Die bei den Experten/-innen deutlich sichtbare Befürchtung des Attraktivitätsverlustes der Altenpflege zeigt sich auch in der Online-Befragung: Nur 6 % der Befragten aus der Pflegeausbildung beginnen ihre erste Tätigkeit nach Abschluss der Berufsausbildung in der Altenpflege. Im Rahmen der Modellausbildungsgänge erwerben die Auszubildenden einen bis drei der bisherig als Berufsbezeichnungen gültigen Abschlüsse. Obwohl 63 % der Befragten einen Abschluss für die Altenpflege erworben haben, überrascht der geringe Anteil derjenigen, die dort ihre erste Berufstätigkeit beginnen.

Die breite Einsatzfähigkeit der Absolventen/-innen generalistischer Ausbildungsformen wird von beiden Befragungsgruppen als positiv bewertet. Bezogen auf berufliche Anschlusspläne erwarten sowohl die Befragten aus der Pflegeausbildung als auch die befragten Experten/-innen eine Tätigkeit in der direkten pflegerischen Versorgung. Zusätzlich werden Fort- und Weiterbildungen von beiden Gruppen als notwendig bewertet. Eine Spezialisierung und Schwerpunktsetzung wird von beiden Seiten im Anschluss an die Berufsausbildung für wichtig erachtet.

5.1.2 Diskrepanz zwischen den Aussagen der Experten/-innen und der Befragten aus der generalistischen Pflegeausbildung

Die befragten Experten/-innen verweisen auf unterschiedliche Lernvoraussetzungen und die Heterogenität hinsichtlich der sozialen Lebenslagen in den bisherigen drei Pflegeberufen und vermuten, dass sich der Kreis der Interessenten für eine Altenpflegeausbildung verkleinern könnte. Das Bildungsniveau der Befragten aus der Pflegeausbildung ist relativ hoch, nur 2 % haben einen Hauptschulabschluss. Da an den meisten Standorten neben den generalistischen Modellausbildungsgängen auch herkömmliche Pflegeausbildungen möglich sind, lassen sich aus dem Schulabschlussniveau der Befragten aus der Pflegeausbildung kaum Schlussfolgerungen bezüglich einer Selektion höherer Bildungsabschlüsse ziehen.

Die Experten/-innen äußern – bezogen auf die Altenhilfe –, dass eine generalistische Ausbildung mit Praxiseinsätzen in unterschiedlichen Einrichtungen einhergeht und die Auszubildenden weniger Einsätze in der Einrichtung absolvieren, die der eigentliche Ausbildungsträger ist; damit geht u. a. einher, dass diese nicht mehr eine kontinuierliche Bindung an Einrichtung und Team sowie insbesondere eine Beziehung zu den Bewohner/-innen entwickeln können. Die Befragten aus der Pflegeausbildung benennen diese Thematik nicht. Sie bewerten es als ausgesprochen positiv, durch diese Form der Ausbildung mehr Erfahrungen in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit gesammelt zu haben, was eben auch den wechselnden Praxiseinsatzorten zu verdanken ist. Allerdings bemängeln sie stark die Koordination der verschiedenen Lern- und Praxisorte.

Die befragten Experten/-innen befürchten einen Verlust von Kompetenzen in spezifischen Handlungsfeldern und damit einhergehende längere Einarbeitungszeiten im Zuge der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung. Die Befragten aus der Pflegeausbildung fühlen sich allerdings im Großen und Ganzen gut auf den Beruf vorbereitet und bewerten ihre besondere Form der Kompetenzentwicklung in der generalistischen Pflegeausbildung als

einen großen Vorteil. Jedoch äußern sie auch Änderungswünsche bezogen auf die Ausbildungsinhalte, die sich dagegen nicht spezifisch auf ein Einsatzfeld beziehen lassen.

5.1.3 Ausbildungsinhalte

Bezogen auf die Ausbildungsqualität bleiben die Anforderungen der befragten Experten/-innen vage. So wünschen sich diese zwar genügend Zeit für die Entwicklung eines fundierten und begründeten Curriculums. Jedoch gibt es bislang nur wenige inhaltliche Diskussionen dazu. So bleibt die Forderung, behandlungspflegerische Grundlagen und sozialpflegerische Vertiefungen mit soziologischen und psychologischen Fachwissen zu untermauern, relativ unkonkret. Bei den Befragten aus der Pflegeausbildung beziehen sich die Verbesserungsvorschläge der Ausbildungsinhalte überwiegend auf medizinisches/naturwissenschaftliches Fachwissen sowie auf die Strukturierung und Fokussierung des Lehrplans. Den Umfang der Lerninhalte empfanden sie als gut zu bewältigen.

Ein Teil der Experten/-innen versteht unter einer generalistischen Pflegeausbildung eine Addition der bisherigen drei Pflegeausbildungen und vermutet, dass die Lerninhalte nicht in drei Jahren vermittelt werden können. Auch wenn die Lerninhalte der Modellausbildungsgänge differieren, lässt sich festhalten, dass die Befragten aus der Pflegeausbildung den Umfang und die Menge der Lerninhalte während der Ausbildung insgesamt als gut machbar empfanden.

Weiterhin plädieren einige Experten/-innen für die Beibehaltung der integrierten Ausbildung als Kompromissvariante, da diese den Schwerpunkt auf eine Ausbildungsform legt und auf diese Weise negative Nebenwirkungen (z. B. höherer Fortbildungsbedarf und längere Einarbeitungszeiten) abgefedert werden könnten. Vergleicht man den subjektiven persönlichen Fortbildungsbedarf der Befragten der integrativen und der generalistischen Pflegeausbildung hinsichtlich pflegefachlicher und pflegepraktischer Kompetenzen, sind die Unterschiede allerdings verschwindend gering (unter 5 %). Das

bedeutet, dass – zumindest laut der Befragten aus der Pflegeausbildung – die Notwendigkeit einer Fortbildung nach Abschluss der Ausbildung nicht davon abhängt, ob eine generalistische oder integrative Pflegeausbildung absolviert wurde.

Befragte Experten/-innen aus der Altenpflege vermuten Verluste gerontologischer Ausbildungsinhalte in dem neuen Ausbildungsprofil, die den pflegeberuflichen Anforderungen im Rahmen des demografischen Wandels entgegenstehen und eigentlich schon in der aktuellen Ausbildung ausbaufähig erscheinen. Die Befragten aus der Pflegeausbildung hingegen sehen in diesem Bereich keine Defizite. Zu berücksichtigen ist aber, dass nur wenige der Befragten in der Altenpflege arbeiten bzw. arbeiten wollen.

5.1.4 Gestaltung der praktischen Ausbildung

Aus der Sicht der Befragten aus der Pflegeausbildung ist die Verbesserung der Qualität und eine Erhöhung der Quantität an Praxisanleitungen im Rahmen der Praxiseinsätze der zweitwichtigste Verbesserungsvorschlag für die generalistische bzw. integrative Pflegeausbildung. Die Experten/-innen sowie die Fachverbände fordern ebenso eine Optimierung des Lernortes Praxis wie eine ausreichende Praxisanleitung. Außerdem fordern sie, die Auszubildenden nicht mehr auf den Personalschlüssel anzurechnen, um so die Ausbildungsqualität zu steigern. Der dritt wichtigste Verbesserungsvorschlag der Befragten aus der Pflegeausbildung betrifft die Kommunikation und Koordination der Lernorte Schule und Pflegeeinrichtung. Auch hier sehen die Experten/-innen Verbesserungsspielraum.

5.1.5 Herausforderungen beim Berufsstart

Laut der Meinung der befragten Experten/-innen spricht gegen den Einsatz generalistisch ausgebildeter Pflegefachkräfte der hohe Fort- und Weiterbildungsbedarf nach der Ausbildung, da eine dreijährige Ausbildungszeit als zu kurz bewertet wird und notwendige Spezialisierungen dort nicht erlangt werden können. Ähnlich schätzen

die Befragten aus der Pflegeausbildung ihren Weiterbildungsbedarf in der Phase der Berufseinmündung ein: Dabei werden allgemein pflegefachliche und pflegepraktische Themen sowie Anleitung, Beratung und Schulung genannt; der von den Betroffenen selbst geäußerte Bildungsbedarf bezieht sich also nicht in erster Linie auf eine fachliche Vertiefung, wie sie bisher die drei nach Lebensaltern getrennten Pflegeausbildungen bieten.

5.1.6 Personalbindung

Aufgrund der Personalnot ist vor allem für Pflegeheime die Personalbindung ein wichtiges Thema. Wie die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, spielt die Identifikation mit dem Arbeitgeber für die Befragten eine untergeordnete Rolle. Daraus kann abgeleitet werden, dass die ideologische Wertausrichtung eines Arbeitgebers nicht zur Bindung von Personalnachwuchs aus der Ausbildung ausreicht. Arbeitgeber können, in Anbetracht der Untersuchungsergebnisse, bei potenziellen Arbeitnehmern/-innen punkten, indem sie auf gute Arbeitsbedingungen, eine Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie eine angemessene Vergütung achten. Fast die Hälfte der Befragten aus der Pflegeausbildung erhielt ihre aktuelle Anstellung über Kontakte aus der Pflegeausbildung. Hier ist ein Ansatzpunkt für Arbeitgeber zu sehen: Durch eine enge Kontaktpflege zu den Auszubildenden kann eine positive Bindung an den Ausbildungsträger erfolgen. Die Befragten aus der Pflegeausbildung geben an, dass ihnen beim Berufsstart vor allem mehr und bessere Einarbeitung geholfen hätte. Für eine langfristige Bindung ist auch dies ein zentraler Punkt. Der wichtigste Wunsch für die berufliche Zukunft ist für sie eine persönliche wie auch berufliche Weiterentwicklung. Arbeitgeber, die diese Entwicklungen ermöglichen, sind im Vorteil. Dies sehen auch die Experten/-innen; jedoch bestehen bislang ungeklärte Fragen zur Kostenübernahme für Fort- und Weiterbildungen und ihrer inhaltlichen Konzeption.

5.1.7 Befürchtungen

Da es eine Vielzahl von Befürchtungen seitens der Experten/-innen, der Fachverbände und der Befragten aus der Pflegeausbildung gibt, werden die wichtigsten einander gegenübergestellt (Tabelle 10). Während die Befragten aus der Pflegeausbildung hauptsächlich Probleme auf der sie betreffenden persönlichen Ebene sehen, sind die Befürchtungen der Experten/-innen und der Fachverbände auf der Träger- bzw. Einrichtungsebene verortet. Demzufolge herrscht wenig Übereinstimmung bzgl. der Befürchtungen. Dass die Befürchtungen in der Mehrheit nicht übereinstimmen, bedeutet also nicht, dass sie konträr oder unbegründet sind. Der Sorge über den Verlust von Kompetenzen seitens der Experten/-innen lässt sich entgegen, dass die Befragten aus der Pflegeausbildung die Kompetenzentwicklung innerhalb dieser besonderen Form der Pflegeausbildung als einen großen Vorteil erachten. Die Befürchtung bzgl. des Attraktivitätsverlustes der Altenpflege lässt sich anhand der Erkenntnisse aus der Online-Befragung nicht entkräften. Wenige der Befragten aus der Pflegeausbildung arbeiten bzw. möchten in der Altenpflege arbeiten. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass die Befragten aus der Pflegeausbildung die Wahl zwischen einer generalistischen Modellausbildung und einer Pflegeausbildung in einer der drei Pflegeberufe hatten.

Die Befunde zu den bevorzugten Einsatzorten während der Ausbildung sowie den geplanten Einsatzfeldern zeigen, dass bestimmte Pflegesektoren (z. B. die stationäre Akutpflege) überproportional von den neuen Ausbildungsmodellen inklusive des Studiums profitieren und untermauern entsprechende Sorgen aus anderen Pflegesektoren, wie sie beispielsweise in der Experten/-innenbefragung zum Ausdruck gebracht werden.

Lediglich das Image der neuen Bildungsprofile bietet für nahezu alle Akteure Grund zur Sorge.

Tabelle 10: Befürchtungen bzgl. generalistischer Pflegeausbildung

Befürchtungen der Befragten aus der Pflegeausbildung	Befürchtungen der Fachverbände	Befürchtungen der Experten/-innen
Koordination der Lernorte		
Gesundheit Work-Life-Balance		
Arbeitsbedingungen		
Qualitätsverlust der Pflege aufgrund der Arbeitsstrukturen und Arbeitsbedingungen		
Aufklärung und Image		Aufklärung und Image
Bezahlung	Bezahlung	
	Verlust spezifischer Kompetenzen	Wissensverlust durch gleiche Basisqualifikation (reduzierte Interdisziplinarität),
	Dominanz der Gesundheits- und Krankenpflege	Verlust gerontologischer Ausbildungsinhalte
		Entstehung hochspezialisierter (neuer) Berufsbilder, die aufgrund ihres klar umrissenen Aufgabengebietes attraktiver erscheinen → Attraktivitätsverlust.

5.1.8 Handlungsempfehlungen

Aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Triangulation lassen sich verschiedene Handlungsempfehlungen ableiten. Zum einen ist es notwendig, dem Attraktivitätsproblem der Altenpflege entgegenzuwirken. Hierbei sollten vorrangig die Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Zum anderen ist die Aufklärung über die Kompetenzen generalistisch ausgebildeter Pflegefachkräfte wichtig. Arbeitgeber und Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen darüber informiert werden, damit eine sinnvolle Integration der generalistischen Pflegefachkräfte in den Arbeitsmarkt erfolgen kann.

Außerdem sollten die Praxiseinsätze während der Pflegeausbildung optimiert werden. Die Befragten aus der Pflegeausbildung schlagen eine Erhöhung der Quantität an Praxisanleitungen sowie eine qualitativ und quantitativ verbesserte Unterstützung bei den Praxiseinsätzen vor. Des Weiteren ist die Koordination der unterschiedlichen Lernorte ein Punkt, der verbessert werden kann.

Im Kapitel 5.1.6 wurden verschiedene Aspekte zur Förderung der Personalbindung genannt. Hierzu gehören gute Arbeitsbedingungen, die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, eine angemessene Vergütung, die Anwerbung von Personal während der Pflegeausbildung, eine verbesserte Einarbeitung beim Berufsstart sowie die Förderung der beruflichen Weiterentwicklung.

Die befragten Gruppen haben unterschiedliche Befürchtungen geäußert, auf die eingegangen werden sollte. Hierbei sind insbesondere die Gewährleistung der grundlegenden Kompetenzen, die Profilierung gerontologischer Ausbildungsinhalte und das Problem der Aufklärung bzgl. der generalistischen Pflegeausbildung zu nennen.

Im Hinblick auf den Berufseinstieg bestehen Unklarheiten. Vonseiten der Experten/-innen wird ein vermehrter Fort- und Weiterbildungsbedarf vermutet. Hier wäre präziser zu klären, worin genau der Bildungsbedarf besteht, um dafür die entsprechenden Strukturen und Angebote vorzuhalten. Die Befragten aus der Pflegeausbildung fühlen sich hingegen gut vorbereitet, hätten sich aber beim Berufsstart eine

qualitativ und quantitativ bessere Einarbeitung sowie eine bessere kollegiale Unterstützung erwünscht.

5.2 Primärqualifizierende bzw. ausbildungs- integrierende Pflegestudiengänge

5.2.1 Gemeinsamkeiten der Aussagen der Experten/-innen und der Befragten aus dem Pflegestudium

Die befragten Experten/-innen haben hohe Anforderungen an die Pflegekräfte mit einem primärqualifizierenden Studienabschluss und vermuten langfristig Veränderungen, wie beispielsweise, dass sich insgesamt das Image des Berufs verbessert und der Pflegeberuf mehr öffentliche Wertschätzung erfährt. In pflegfachlicher Hinsicht verknüpft sich mit dem Pflegestudium die Erwartung, dass bessere auf den spezifischen Fall bezogene Lösungen entwickelt werden können und die Pflege insgesamt personenzentrierter ausgeübt wird. Weiterhin wird mit dem Pflegestudium die Hoffnung verbunden, dass wissenschaftliche Erkenntnisse schneller in die Praxis diffundieren. Dafür ist es allerdings unabdingbar, dass die über ein Pflegestudium qualifizierten Pflegefachkräfte in der direkten Pflege eingesetzt werden. Bezogen auf ihre Kompetenzen bewerten die Befragten aus dem Pflegestudium besonders das Erlernen wissenschaftlichen Arbeitens, eine erweiterte Wissensgrundlage für pflegerische Tätigkeit und einen besseren Theorie-Praxis-Transfer als wichtige Vorteile des Pflegestudiums. Dies korrespondiert mit den Erwartungen der befragten Experten/-innen, dass ein grundständiges Pflegestudium weitreichende und langfristige Veränderungen in der pflegerischen Versorgung bewirken kann.

Weiterhin wird von beiden Seiten eine Aufwertung der Pflegeprofession erwartet. Die Befragten aus dem Pflegestudium sehen in der Akademisierung einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege, die u. a. dazu führt, dass der Beruf als solcher eine höhere gesellschaftliche Anerkennung erfährt. Die befragten Experten/-innen vermuten durch die Akademisierung und die damit einhergehende

Aufwertung der Pflegeausbildung zusätzlich eine steigende gesellschaftliche Wertschätzung des Berufsbildes.

5.2.2 Diskrepanzen zwischen den Aussagen der Experten/-innen und der Befragten aus dem Pflegestudium

Die Befragten aus dem Pflegestudium können sich sehr gut eine Tätigkeit in der direkten pflegerischen Versorgung vorstellen – im Gegensatz zur Mehrheit der befragten Experten/-innen, die die Absolventen/-innen eher in Leitungs- und Führungsaufgaben bzw. in steuernden oder organisatorischen Funktionen sehen. Steuernde bzw. koordinierende Tätigkeiten stellen lediglich den fünften Rang der bevorzugten Arbeitsbereiche der Befragten aus dem Pflegestudium dar. Hierbei ist zu beachten, dass, bezogen auf berufliche Anschlusspläne, Mehrfachnennungen möglich waren.

Dass ein Bachelor-Abschluss auch eine weiterführende akademische Laufbahn eröffnet, antizipieren die Befragten aus dem Pflegestudium immerhin an vierter Stelle der wichtigsten Motive zur Aufnahme des Studiums. Sie stehen dann, entgegen der eigentlichen Intention bei der Einführung dieser Studiengänge, nicht unmittelbar der pflegerischen Versorgung zur Verfügung.

Der Umstand, dass die Befragten aus dem Pflegestudium kritischer bewerten, inwieweit ihr Studium zur Vermittlung notwendiger Kenntnisse geführt hat, kann auch dahingehend interpretiert werden, dass diese Kenntnisse in der pflegepraktischen Arbeit noch zu wenig zur Anwendung gebracht werden können. Folglich sind hier offenbar reflektierte Praktiker/-innen, wie sie die Hochschulen anstreben, (noch) nicht gefragt. Dies könnte sich unter Umständen ändern, wenn mehr dieser Fachkräfte tätig werden und im Sinne der angestrebten „change agents“ dann die Praxis entlang ihrer Kenntnisse verändern.

Hiermit korrespondiert auch die Erfahrung der Befragten aus dem Pflegestudium, wonach die besondere Form des Pflegestudiums in der beruflichen Praxis als wenig sinnvoll angesehen wird und passende und in ausreichender Anzahl vorhandene Stellen für die Absolventen/-innen

noch nicht vorhanden sind, wenngleich die Experten/-innen eine Reihe möglicher zukünftiger Arbeitsfelder vage benennen.

5.2.3 Lehrinhalte des Pflegestudiums

Bezogen auf die – von den befragten Experten/-innen erwünschten – erweiterten Kompetenzen der Absolventen/-innen primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge gibt es Überschneidungen. Sie beziehen sich hauptsächlich auf die Erwartung, dass diese komplexe Zusammenhänge besser verstehen, Prioritäten einfacher setzen sowie insgesamt stärker evidenzbasiert arbeiten können. Von Seiten der Befragten aus dem Pflegestudium werden diese und ähnliche Kompetenzen ebenfalls als Vorteil des Pflegestudiums beschrieben.

5.2.4 Praktische Ausbildung

Während die praktischen Kompetenzen aus der Perspektive der Studenten/-innen nicht in Frage gestellt werden, scheint dies für die Experten/-innen ein Problem darzustellen. Es herrscht Unklarheit über die praktischen Fähigkeiten, die im Rahmen eines primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiums erworben werden (können). Die Experten/-innen äußern hier die Befürchtung, dass das Studium gerade zu Lasten der praktischen Erfahrungen geht.

Insbesondere die Verbesserung der Koordination und der Kommunikation der unterschiedlichen Lernorte ist für die befragten Studenten/-innen mit Abstand der primäre Verbesserungsvorschlag. Die Verzahnung der verschiedenen Lernorte scheint bei den Studiengängen ein noch intensiveres Problem als bei den Ausbildungen zu sein.

5.2.5 Herausforderungen beim Berufsstart

Die Absolventen/-innen primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge benötigen, nach Ansicht der

befragten Experten/-innen, eine intensivere praktische Anleitung und zusätzliche Einarbeitung im Anschluss an das – aus ihrer Sicht – eher theoretische Pflegestudium. Zudem könne die berufliche Identität nach einem Studium noch nicht so stark ausgeprägt sein, wie das nach einer Ausbildung der Fall ist. Da die wenigsten der Befragten aus dem Pflegestudium ihr Studium bereits abgeschlossen haben, liegen zu den Herausforderungen beim Berufsstart keine Informationen vor.

5.2.6 Personalbindung

In Hinblick auf die Absolventen/-innen primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge könnten Arbeitgeber punkten, indem sie Strategien zur Einsetzung dieser neuen Fachkräfte entwickeln, entsprechende Strukturen schaffen und intern wie auch extern über diese neue Bildungsform sowie das spezifische Profil dieser Fachkräfte aufklären. Wie bei den Befragten aus der Pflegeausbildung spielt bei den Befragten aus dem Pflegestudium die Identifikation mit dem Arbeitgeber eine untergeordnete Rolle. Arbeitgeber können bei potenziellen Arbeitnehmern/-innen punkten, indem sie auf gute Arbeitsbedingungen, eine Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie angemessene Vergütung achten.

Besonders bezogen auf die Absolventen/-innen primärqualifizierender bzw. ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge ergibt sich für die befragten Experten/-innen die Herausforderung, unterschiedliche Qualifikationen sinnvoll miteinander zu kombinieren, woraus u. a. ein anderer Führungsbedarf resultiert, um solch heterogenen Teams zu formen und um Entwicklungsschritte für die Absolventen/-innen individuell festlegen zu können. Nach Ansicht der befragten Experten/-innen kann das Personal auch durch das Angebot unterschiedlicher Entwicklungsmöglichkeiten langfristig an den Arbeitgeber gebunden werden. Auch vonseiten der Befragten aus dem Pflegestudium wird angemahnt, dass neue geeignete Einsatzfelder geschaffen werden sollten, die ihren spezifischen Kompetenzen besser Rechnung tragen; auch die Einarbeitung müsse sich besser auf diese Zielgruppe beziehen.

Anzumerken ist, dass die Fachverbände vor allem das negative Image der Pflege und die optimierungsbedürftigen Rahmenbedingungen als Hauptthemnis bzgl. der Personalgewinnung und -bindung sehen.

5.2.7 Befürchtungen

Wie in Kapitel 5.1.7 werden die Befürchtungen der Experten/-innen, der Fachverbände und der Befragten aus dem Pflegestudium in einer Tabelle gegenübergestellt (siehe unten). Da nur sehr wenige der Befragten aus dem Pflegestudium ihr Studium bereits abgeschlossen haben, gibt es kaum Anhaltspunkte bzgl. der konkreten Befürchtungen für die berufliche Zukunft. Die Positionspapiere der Verbände enthalten wenige Kommentare bzgl. der akademischen Pflegeausbildung; hier wird lediglich geäußert, dass die tarifliche Eingruppierung noch unklar ist.

Tabelle 11: Befürchtungen bzgl. Pflegestudium

Befürchtungen der Studenten/-innen	Befürchtungen der Fachverbände	Befürchtungen der Experten/-innen
Koordination der Lernorte		Koordination der Lernorte
Aufklärung und Image		Aufklärung und Image
Zukunftsperspektiven unklar		
	Unklare tarifliche Eingruppierung	Unklare tarifliche Eingruppierung
		Werteverlust der Pflegeausbildung durch Pflegestudium

5.2.8 Handlungsempfehlungen

Eine zentrale Handlungsempfehlung aus dieser Zusammenschau ist, dass die Arbeitgeber besser informiert werden über die Kompetenzen, die in den primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden

Studiengängen vermittelt werden. Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich ableiten, dass die befragten Experten/-innen noch zu wenig konkrete Vorstellungen darüber haben, wie Absolventen/-innen der Pflegestudiengänge in der direkten Pflege sinnvoll eingesetzt werden können. Den Aussagen der Befragten aus dem Pflegestudium zufolge haben diese durchaus die direkte Klienten/-innenversorgung als Berufsperspektive im Blick. An dieser Stelle ist es erforderlich, umfassend über die Studiengänge, ihr Profil und Potenzial zu informieren, um entsprechende Strukturen im Beschäftigungssystem zu etablieren, damit zumindest ein hoher Teil dieser Absolventen/-innen der direkten pflegerischen Versorgung erhalten bleiben. Nicht zuletzt ist die tarifliche Eingruppierung zu klären.

Weiterhin ist auch eine breite Informationskampagne im Gesundheitswesen erforderlich, um die bereits ausgebildeten Pflegefachkräfte, aber auch insbesondere andere an der Gesundheitsversorgung beteiligte Berufsgruppen umfassend über die neuen Ausbildungs- und Kompetenzprofile zu informieren, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt.

Zentral für die weitere Qualitätsentwicklung des Pflegestudiums ist eine bessere Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Lernorten. Was bereits in der herkömmlichen Ausbildung nicht ganz reibungslos läuft, stellt sich hier als noch größere Herausforderung dar: Es müssen nicht nur quantitativ mehr Lernorte und Beteiligte koordiniert werden, es stehen sich dabei auch unterschiedliche Lernkulturen gegenüber. Hier bedarf es kontinuierlicher Aushandlungsprozesse, um – unter Beibehaltung der Eigen-Logik der jeweiligen Lernorte – eine wechselseitige Zusammenarbeit zu gewährleisten.

6 Fazit und Ausblick

Das hier dokumentierte Projekt zielte prospektiv auf die Erhebung des beruflichen Verbleibs, der beruflichen Weiterentwicklung und beruflichen Positionen sowie des qualitativen und quantitativen Bedarfs an generalistisch bzw. integrativ und in ausbildungsintegrierenden Studiengängen ausgebildeten Pflegekräften in Baden-Württemberg ab. Von besonderem Interesse war es dabei, zu untersuchen, ob es Branchen gibt, die von diesen neuen Ausbildungsformen stärker profitieren als andere.

Im Gegensatz zu bislang vorliegenden Evaluationen von Ausbildungsmodellen in der Pflege, die sich auf die Gestaltung der Curricula und die Kompetenzentwicklung der Lernenden konzentrieren, fokussiert diese Studie die Passung der neuen Qualifikationsprofile auf dem Arbeitsmarkt. Somit werden erstmals für Baden-Württemberg die Perspektiven der Absolventen/-innen der beiden neuen Ausbildungsformen denjenigen potenzieller Arbeitgeber gegenübergestellt.

Zu diesem Zweck wurde ein Mixed-Methods-Design entwickelt und realisiert: Mit Hilfe einer quantitativen Online-Befragung konnten Pflegekräfte befragt werden, die entweder eine generalistische bzw. integrative Pflegeausbildung (N=100) oder ein primärqualifizierendes bzw. ausbildungsintegrierendes Pflegestudium (N=76) bis Ende 2016 abschließen werden oder bereits abgeschlossen haben. Im Mittelpunkt des Interesses standen der Berufseinmündungsprozess, der berufliche Verbleib, die beruflichen Wünsche und Zukunftsperspektiven der Absolventen/-innen sowie Einschätzungen zu ihrer Akzeptanz am Arbeitsmarkt.

Ergänzend dazu konnte die Arbeitgeberperspektive auf die neuen Qualifikationen durch Interviews mit elf Experten/-innen in strategischen Schlüsselpositionen für die pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg ermittelt werden. Darüber hinaus erfolgte eine

synoptische Analyse der Stellungnahmen von Pflegefachverbänden zur geplanten Ausbildungsreform.

Im Rahmen einer Masterarbeit wurden zudem 77 relevante Stellenanzeigen zweier Fachzeitschriften einer qualitativen sowie quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um die Forschungsergebnisse zu den Arbeitsmarktperspektiven der neuen Fachkräfte weiter zu fundieren.

Die mehrmethodisch erhobenen Befunde liefern vielfältige Implikationen für die Umsetzung des neuen Pflegeberufgesetzes in Baden-Württemberg und somit für eine am tatsächlichen Bedarf orientierte pflegeberufliche Bildung, die zu einer sach- und fachgerechten Pflege der Bevölkerung im Land beiträgt.

Insgesamt konnte in diesem Projekt ein weiterhin hoher quantitativer Personalbedarf bzw. ein sich abzeichnender Personalnotstand in der Pflege nachgewiesen werden. Gleichzeitig kommt es in der pflegerischen Versorgung durch demografische sowie pflegeepidemiologische Veränderungen, komplexere Pflegebedarfe und -verläufe sowie medizinisch-technischen Fortschritt zu wachsenden Anforderungen. Vor diesem Hintergrund sind die Berufsaussichten der Absolventen/-innen mit einer generalistischen bzw. integrativen Ausbildung oder einem ausbildungsintegrierenden Pflegestudium grundsätzlich günstig. Darüber hinaus scheinen diese neuen Ausbildungsformen in weiten Teilen kompatibel zu dem sich wandelnden Berufsprofil der Pflege.

Allerdings deuten sich im Hinblick auf die akademisch qualifizierten Fachkräfte weitreichende Herausforderungen an: Einerseits sind sie weniger gut in die bestehenden Strukturen der Pflege zu integrieren; dabei könnten gerade ihre Kompetenzen zur Weiterentwicklung der Pflege beitragen. Andererseits werden ihre pflegepraktischen Fertigkeiten seitens potenzieller Arbeitgeber kritisch hinterfragt. Umgekehrt schätzen sich die Absolventen/-innen als gut ausgebildet

auch und gerade für pflegepraktische Tätigkeiten ein. Sie präferieren durchaus eine klientennahe Tätigkeit – jedoch mit ausgewiesenen Kompetenzbereichen. Infolgedessen bedarf es hier weiterer Anstrengungen im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung, um entsprechende Einsatzfelder zu identifizieren und implementieren. Der Erfolg solcher Entwicklungen ist letztlich mitentscheidend darüber, inwieweit die patienten/-innennahe Versorgung vom Akademisierungsprozess in der direkten Pflege profitieren wird.

Gibt es in der direkten Pflegepraxis zu wenig oder unbefriedigende Berufsperspektiven für hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte, besteht die Gefahr, dass diese – entgegen den Zielsetzungen der meisten ausbildungsintegrierenden Studiengänge – die direkte pflegerische Versorgung meiden. Das Berufsfeld riskiert, dieses neue Fachkräftepotenzial nicht auszuschöpfen, ggf. ganz zu verlieren, wenn sich die hochschulisch Ausgebildeten nicht ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt sehen und in andere Arbeitsbereiche (innerhalb der Pflege) abwandern. Eine Weiterentwicklung der Pflege mithilfe der Akademisierung entlang der eingangs skizzierten wachsenden Zukunftsherausforderungen wäre auf diese Weise nur schwer realisierbar.

Insbesondere die Altenpflege profitiert bislang in auffallend geringem Maße von den neuen Ausbildungsformen und hat ganz offensichtlich mit deutlichen Attraktivitätsproblemen zu kämpfen. Demnach spielt dieser Pflegesektor für die Absolventen/-innen beider neuen Ausbildungsformen eine deutlich untergeordnete Rolle bei der Verwirklichung ihrer beruflichen Pläne und Ziele. Vor allem mit Blick auf die geplante flächendeckende Einführung der generalistischen bzw. integrativen Pflegeausbildung und den sich mit ihr verbindenden breiteren Beschäftigungsoptionen ihrer Absolventen/-innen könnte die mangelnde Attraktivität von beruflichen Handlungsfeldern der Altenpflege die aktuell bestehende Personalknappheit zukünftig noch

deutlich verschärfen. Dieser Prozess kann unter Umständen bereits bei der Gewinnung von geeigneten Auszubildenden spürbar werden.

Gleichzeitig gelten allerdings die beiden neuen Qualifikationsprofile aus Perspektive der Experten/-innen aus der Altenpflege als nur mäßig passend für die Bewältigung der hier vorherrschenden speziellen Praxisanforderungen. Insofern werden entsprechende Spezialisierungen gefordert, die wiederum mit höheren Kosten und Ausbildungs- sowie Einarbeitungszeiten assoziiert zu sein scheinen.

Unabhängig davon ist ein Informationsbedarf seitens des Arbeitsmarktes über die Kompetenzen der unterschiedlich qualifizierten Pflegefachkräfte zu konstatieren. Zudem erfordert der absehbar zunehmende Skills- und Grademix in der Pflege die Entwicklung und Realisierung neuer Personaleinsatzkonzepte, eröffnet jedoch für Arbeitgeber gleichzeitig auch zahlreiche Möglichkeiten einer langfristigen Personalbindung.

Abschließend ergeben sich aus den dargelegten Untersuchungsergebnissen weiterführende Fragestellungen, die es zu untersuchen gilt, um das Gelingen der geplanten Pflegeausbildungsreform zu sichern. So ist beispielsweise – trotz vielfältiger entsprechender Vermutungen – bislang weitgehend ungeklärt, inwieweit die neuen Ausbildungsformen den Pflegeberuf tatsächlich attraktiver machen und somit zur Bewältigung des Pflegenotstands beitragen. Weiterhin ist zu klären, welche Rolle hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte zukünftig in der direkten pflegerischen Versorgung übernehmen können, sollen und auch wollen. Dies erscheint auch deshalb geboten, weil die Einrichtung der Studiengänge, neben persönlichen, auch zahlreiche gesellschaftliche Ressourcen bindet, sodass Fragen nach ihrem Beitrag zur Bewältigung zentraler gesellschaftlicher Herausforderungen – wie des steigenden Fachkräftebedarfs in der pflegerischen Versorgung – zu beantworten sein werden. Ferner ist zu ergründen, welche spezifischen Belange der Altenpflege in welchem Maße in die zu gestaltenden

Ausbildungscurricula zu integrieren sind – nicht zuletzt, um die immer wieder geforderte Bedarfs- und Bedürfnisorientierung in der Pflege im Sinne ihrer Nutzer/-innen in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft tatsächlich zu realisieren.

Literaturverzeichnis

Adler, R.; Kreller, H.; Kunzmann, G.; Riesemeier, A.; Seyfarth, A.; Tornow, G. (2000): Der Arbeitsmarkt für DiplompflegewirtInnen. Projektbericht. Jena: Fachhochschule Jena.

Adler, G.; von dem Knesebeck, J.-H. (2010): Gesundheitsfachberufe. Auf akademischen Wegen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107(9), S. 386-390.

Adolphi, G.; Bonse-Rohmann, M.; Rommel, S.; Kneer, M. (2011): Didaktische und curriculare Konsequenzen der Evaluation des Modellversuchs „PFLEGE – LEBEN: Eine generalistische Pflegeausbildung“ für die Schulentwicklung der Freien Krankenpflegeschule e. V. an der Filderklinik. In: *Pflegewissenschaft* 13(3), S. 162-175.

Aiken, L.; Clarke, S.; Cheung, R.; Sloane, D.; Silber, J. (2003): Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. In: *JAMA* 290(12), S. 1617-1623.

Ammende, R. (2014): Die Generalistische Pflegeausbildung. Ein notwendiger Schritt zur internationalen Anschlussfähigkeit. In: *PADUA* 9 (1), S. 27-31.

Andree, J. (2013): Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in die Pflegepraxis integrieren? Berlin: Logos Verlag.

Auböck, U.; Them, C.; Haselwanter-Schneider, A. (2013): Die Zukunft der praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden. In: *Pflegewissenschaft* 15(4), S. 197-207.

AWO - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2014): Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung – Was es zu

bedenken gilt! Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Einrichtungen, Dienste und Schulen der Arbeiterwohlfahrt. Online verfügbar unter: http://www.liga-bw.de/fileadmin/content/liga-bw/docs/Liga_Infodienst/2014/IV_Quartal/140915_bestandsanalyse_einfuehrung_generalistische_pflegeausbildung.pdf, zuletzt geprüft am 12.06.2015.

AWO - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (2013): Positionspapier zur Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung. Online verfügbar unter: http://www.dbva.de/docs/buendnis/Mai_2014/AWO%20Positionspapier%20zur%20Zukunft%20AlteAltenpflegeausbil%2003_2013.pdf, zuletzt geprüft am 30.09.2014.

Axt, S.-T. (1995): Qualifizierungsbedarfe im Sozial- und Gesundheitswesen. Untersucht am Beispiel der Evaluation des Kontaktstudiengangs ‚Sozial- und Gesundheitsmanagement‘. Hamburg: Hochschule für Wirtschaft und Politik, Sozialökonomische Texte Nr. 45.

Bachmann, S.; Backhaus, J.; Bögemann-Großheim, E.; Evers, T.; Fesenfeld, A.; Haas, M.; Heffels, W.; Kühme, B.; Latteck, Ä.; Mijatovic, A.; Münch, M.; Pasch, W.; Schiff, A.; Zimmermann, M. (2014): Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pfleger. Bielefeld, Bochum, Düsseldorf, Köln, Rheine: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.

Bartels, Y.; Simon, A.; Plohmann, D. (2012): Pflegeakademisierung in Deutschland – Bedarf und Angebot. Ergebnisse einer exploratorischen, qualitativen Analyse. In: *Pflegewissenschaft* 14(10), S. 548–558.

Bartholomew, D.; Steele, F.; Moustaki, I.; Galbraith, J.I. (2008): *Analysis of Multivariate Social Science Data*. Boca Raton: Chapman & Hall CRC.

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (Hrsg.) (2015): Mitteilung für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen 036/2015. Stuttgart.

Beck, F.; Bräuer, S.; Brücher, M.; Fischer, T.; Mais-Kemmler, I.; Philipp, S. (2004): AuBiKo.futuri – zukunftsfähiges Ausbildungskonzept für die Pflegeberufe in Deutschland. In: *PR-InterNet* 6(2), S. 69–80.

Behrens, J.; Hornbach, A.; Müller, R. (2008): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 7(1).

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): Wer, wo, wie viele? – Bevölkerung in Deutschland 2013. Datenreport. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung; BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2012): BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012. Arbeit und Beruf im Wandel, Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Arbeitsbedingungen/pdf/Fragebogen.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt abgerufen am 10.06.2016

Blum, K.; Isfort, M.; Schilz, P.; Weidner, F. (2006): Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.

Borchart, D.; Galatsch, M.; Dichter, M.; Schmidt, S.; Hasselhorn, H. (o. J.): Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen. Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. Einzelergebnis. Online verfügbar unter: <http://www.next.uni->

wuppertal.de/download.php?f=d15ebb922cbacf5ba23abd9778dc0a60&target=01, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Brieskorn-Zinke, M.; Höhmann, U. (1999): PflegewirtInnen in der Praxis. Ergebnisse einer Studie der Ev. Fachhochschule Darmstadt, 1. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger 38(12), S. 1049-1051.

Brieskorn-Zinke, M.; Höhmann, U. (2000): PflegewirtInnen in der Praxis. Ergebnisse einer Studie der Ev. Fachhochschule Darmstadt, 2. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger 39(1), S. 72-79.

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2016): Berufsbildungsbericht 2016. Online verfügbar unter: https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2016.pdf, zuletzt geprüft am 02.05.2016.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 30.09.2014.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): Die Reform der Pflegeausbildung – der Entwurf des Pflegeberufsgesetzes. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/reform-pflegeberufegesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2016.

Bundesregierung (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Gesetzentwurf. Online verfügbar unter:

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entwurf-pflegeberufsgesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2016.

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (Hrsg.) (2014): Altenpflegeausbildung. Kommentierung zur geplanten Einführung einer „generalistischen“ Pflegeausbildung.

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (2014b): Bündnis für Altenpflege: Aufstand gegen Abschaffung der Altenpflege. Drei Tage Aktion: 10.000 Menschen fordern Erhalt des Altenpflegeberufs. Online verfügbar unter: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BY/2014-02/PM_Generalistik_04-04-14.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2016.

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (Hrsg.) (2015): Baden-Württemberg lobt die Altenpflegeausbildung – und will sie dennoch abschaffen? Bpa fordert auch künftig eine spezielle Ausbildung für die Altenpflege. Online verfügbar unter: http://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2296&cHash=91da01952c0e72b5ce3beb2c3a1dbe12, zuletzt geprüft am 12.06.2015.

Bundesverband Pflegemanagement e. V. (Hrsg.) (2013): Generalistische Pflegeausbildung ein Muss für die Zukunft der Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.bv-pflegemanagement.de/pressemitteilung/items/180.html>, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

Bundesverband Pflegemanagement e. V. (Hrsg.) (2014): Pflege der Zukunft. Strategiepapier. Online verfügbar unter: <http://www.bv-pflegemanagement.de/strategie.html>, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

Darmann-Finck, D. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: Pflege & Gesellschaft. 17. Jhg. Ausgabe 3. S. 216–232.

Darmann-Finck, I.; Muths, S.; Görres, S.; Adrian, C.; Bomball, J.; Reuschenbach, B. (2014): „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Online verfügbar unter: <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php>, zuletzt geprüft am 30.06.2015.

Deutscher Caritasverband; Diakonisches Werk der EKD; Deutscher Evangelischer Krankenhausverband; Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege; Katholischer Krankenhausverband Deutschlands; Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (2011): Empfehlungen für eine zukunftsweisende Reform der Pflegeausbildungen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.devap.info/uploads/media/Empfehlungen_Ausbildungsreform_210411.pdf, zuletzt geprüft am 30.09.2014.

Dorschner, S. (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 Pflegewissenschaft. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 87-106.

DPR - Deutscher Pflegerat; DGP - Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Online verfügbar unter: https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/DPR-DGP_AG-Bachelor_konsentiert_05082014.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2015.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hrsg.) (2011): Gute Pflege ist ...?! Paritätische Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation. Online verfügbar unter: http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/broschuere_pflege_A5_Juni2011_web.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2015.

Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. (Hrsg.) (2012): Unterm Strich weniger als jetzt. Online verfügbar unter: http://www.dvlab.de/pdf/unterm_strich_weniger_als_jetzt.pdf, zuletzt geprüft am 25.02.2016.

DRK - Deutsches Rotes Kreuz e. V. (Hrsg.) (2014): DRK Position zum Pflegeberufegesetz. Online verfügbar unter: http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK_Position_zum_Pflegeberufegesetz_.pdf, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

Dürmann, P. (2012): Erhalt und weitere Professionalisierung der Altenpflegeausbildung. Altenhilfe ist mehr als Pflege. Hrsg. v. Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. Online verfügbar unter: http://www.dvlab.de/pdf/erhalt_und_weitere_professionalisierung_der_altenpflegeausbildung.pdf, zuletzt geprüft am 02.06.2015.

DVLAB - Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. (2015): Deutschland ohne Altenhilfe? Generalistische Pflegeausbildung. In: carestyle, S. 8. Online verfügbar unter: <http://www.dvlab.de/pdf/carestyle-2015.pdf>, zuletzt geprüft am 01.06.2016.

Dichter, M.; Borchart, D.; Iskenius, M.; Schmidt, S.; Hasselhorn, H. (2010): Wie spontan verlassen Pflegende ihre Einrichtung? Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. Einzelergebnis. Online verfügbar unter:

<http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=87e65fe2f468b626173e324bdddaf24&target=0>, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Flick, U. (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Verlag Hans Huber. Bern: Verlag Hans Huber, S. 203-220.

Flieder, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Fritsch, A.; Wewers, H.; Widera, W. (1995): Die Akademisierung des Pflegemanagements. Ein Meinungsbild aus den Krankenhäusern. In: *Pflege aktuell* 12, S. 835-837.

Gensch, S. (2004): Berufseinstieg und Arbeitsmarktchancen von Absolventen der Pflegestudiengänge. In: *Beiträge zur Hochschulforschung* 26(1), S. 66-89.

Gerlach, A. (2012): Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland. In: Heinrich Bollinger, Anke Gerlach und Michaela Pfadenhauer (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 3. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 71-102.

Germeten-Ortmann von, B. (2011): Generalistische Ausbildung bringt Vorteile. In: *Neue Caritas* 20/2011. Online verfügbar unter: <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2011/artikel2011/generalistische-ausbildung-bringt-vorteil>, zuletzt geprüft am 30.09.2014.

Gerst, T.; Hibbeler, B. (2012): Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109(49), S.2458-2461.

Giese, C. (2011): Pflegebildung zwischen Entprofessionalisierung und Akademisierung. In: *Soziale Arbeit* 60(4), S. 129-137.

Görres, S.; Krippner, A.; Stöver, M.; Bohns, S. (Hrsg.) (2006): Pflegeausbildungen von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“ im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Jacobs Verlag. Lage.

Görres, S.; Bomball, J.; Schwanke, A.; Schmitt, S.; Schoska, M.; Stöver, M. (2008): Evaluation. Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung an der Wannsee-Schule e. V. – Abschließender Projektbericht. Zeitraum Mai 2004–Dezember 2008. Online verfügbar unter: http://www.wannseeschule.de/download/evaluation_breme.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2014.

Görres, S.; Stöver, M.; Schmitt s.; Bomball, J. Schwanke, A. (2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – abschließender Projektbericht. Zeitraum: 01.10.2008–31.12.2009. Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2014.

Güse, Christine (2013): Wohin mit den „Studierten“? In: *Die Schwester/Der Pfleger*. 52(4), S. 394-396.

Hall, A. (2015): Berufswechsel nach der Ausbildung: 18- bis 24-Jährige mit dualer Berufsausbildung im Erwerbsleben. Online verfügbar unter: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/id/7584>, zuletzt geprüft am 17.03.2016.

Hasselhorn, H.; Müller, B.; Tackender, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (Hrsg.) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Online verfügbar unter: http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Häder, M. (2015): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Heidelberg: Springer VS.

Heyelmann, L. (2015): Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Höhmann, U.; Panfil, E.; Stegmüller, K. (2008): BuBI - Berufseinmündung und Berufsverbleib hessischer Diplom-PflegewirtInnen. Eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung. Forschungsbericht. Online verfügbar unter: http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/Forschung___Praxis/papers_aus_dem_FB_PG/BuBI-Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Hoppe, B. (2009): Aller guten Dinge sind drei! Zur Diskussion um die Reform der Pflegeausbildungen. In: *Altenpflege* 12, S. 24-25.

Joost, A.; Kipper, J.; Tewolde, T. (2009), Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht. Online NICHT MEHR verfügbar unter: <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/AbschlussBerufsverlaeufe.pdf>, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Käible, K. (2013): Der Akademisierungsprozess der Pflege. Eine Zwischenbilanz im Kontext aktueller Entwicklungen und Herausforderungen. In: *Bundesgesundheitsblatt* 56(8), S. 1127-1134.

Kaltenbach-Schmökel, I. (2014): Reorganisation der Dienstleistung Pflege durch Experten an der Basis. Mögliche Einsatzfelder der Bachelor-Pflege-Absolventen als eine Aufgabe des Managements. In: *Pflegewissenschaft* 16(5), S. 304-312.

Knese, M. (2012): Praxisanleitung in Pflegeberufen – Ein Ausbilder für alle? In: *BIBB BWP* 6, S. 40-41.

Knöfler, F.; Segginger, T.; Rohde, K.; Zündel, M. (2012): Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. In: *PADUA* 7(5), S. 246–251.

Kriesten, U. (2014a): Denn sie wissen nicht, wie es sein wird. In: *PADUA* 9(2). S. 116-123.

Kriesten, U. (2014b): Generalistische Pflegeausbildung. Gefahr der Entprofessionalisierung. In: *Dr. med. Mabuse* 39(211), S. 16-17.

Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.

Krüger, D.; Modersitzki, F.; Rosenthal, T.; Töllner, R. (1997): Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. Abschlussbericht. Hamburg: Fachhochschule Hamburg.

Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

KVJS – Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012): Personalbedarf in der Altenhilfe und

Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation. Abschlussbericht. Online verfügbar unter: <http://www.mh-hannover.de/24397.html>, zuletzt geprüft am 24.05.2016.

Landtag von Baden-Württemberg (2012): Große Anfrage der Fraktion der CDU und Antwort der Landesregierung. Pflege in Baden-Württemberg.

Landtag von Baden-Württemberg (2016): Bericht und Empfehlungen der Enquêtekommision „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“, Drucksache 15/7980. Online verfügbar unter: <http://suche.landtag-bw.de/?q=drucksache+15%2F7980&mode=and&si=10>, zuletzt geprüft am 02.05.2016.

Lehmeyer, S., Schleinschok, M. (2011): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge. Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland. Lage: Jacobs Verlag.

Lemke, A. (2013): Wie viel „Bachelor“ benötigt das Krankenbett? DPR beauftragt Thesenpapier. In: *Heilberufe* 65(6), S. 56-57.

Lücke, S. (2013): Wo steht die Akademisierung? In: *Die Schwester/Der Pfleger* 52(3), S. 302-307.

Lüftl, K.; Kerres, A. (2010): Einführung des ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengangs Pflege Dual an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München in Kooperation mit fünf Berufsfachschulen – Erste Ergebnisse aus der Begleitforschung. In: *Pflegewissenschaft* 12(11), S. 581-588.

Lütfl, K.; Kerres, A. (2012): „Ich denk mal, dass andere Bereiche [...] die mit Handkuss aufnehmen“. Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. In: *Pflegewissenschaft* 14(1), S. 39-50.

Meifort, B. (1996): Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Erste Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe.

Mendel, S.; Feuchtinger, J. (2009): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. In: *Pflege* 22(3), S. 208–216.

Moers, M., Schöniger, U., Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 17(3), S. 232-248.

Müller, K. (2009): Trends in der Pflegeausbildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. In: *Pflegewissenschaft* 11(4), S. 197-200.

Müller, R.; Rothgang H.; Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 269-283.

Naegele, G.; Kuhlmann, A.; Walter, U.; Patzelt, C. (2013): Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg

– Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation. Stuttgart: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.

o. A. (2013a): Pflege dual: Die ersten Absolventen kommen. In: *Die Schwester/Der Pfleger* 52(6), S. 618-619.

o. A. (2013b): Positionen. Müssen 20 Prozent studieren? In: *Die Schwester/Der Pfleger* 52(3), S. 232-233.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Online verfügbar unter:

http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2016.

Pawils, A. (2011): Stellungnahme zur Reform der Pflegeausbildung. Berlin: Der paritätische Gesamtverband. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.der-paritaetische.de/startseite/artikel/news/paritaetische-stellungnahme-zur-reform-der-pflegeausbildung/>, zuletzt geprüft am 29.05.2015.

Prüfer, P.; Rexroth, M. (1996): Verfahren zur Evaluation von Survey-Fragen: Ein Überblick. In: *ZUMA-Nachrichten* 39, S. 95-116.

Pflegeforum Ludwigshafen (1997): Die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge und ihre Akzeptanz im Gesundheitswesen. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.): *PflegekultTour 2011 – Impulse und Perspektiven: Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 195-205.

Roes, M. (2014): Auf dem Weg der Generalistischen Pflegeausbildung. Generalistische Pflegeausbildung – Pro und Contra. In: *PADUA* 9(1), S. 4-18.

Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Rottländer, R. (2009): Die Pflegekraft von morgen ist vielseitig einsetzbar. In: *neue caritas* (18). Online verfügbar unter: <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2009/artikel2009/die-pflegekraft-von-morgen-ist-vielseiti?searchterm=Pflegeausbildung>, zuletzt geprüft am 16.06.2015.

Sahmel, K. (2014): Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die „Generalistische Pflegeausbildung“ zu unterbinden. In: *PADUA* 9(1). S. 19-26.

Schmidt, M. (2013): Neue Studiengänge: Der Bachelor kommt ans Bett. Hrsg. v. ZEIT ONLINE GmbH, Hamburg und Germany. Online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2013/47/pflege-bachelor-akademische-fachkraefte>, zuletzt aktualisiert am 21.11.2013, zuletzt geprüft am 11.06.2015.

Schmitt, S.; Bomball, J. (2006): Kompetenzerfassung im Rahmen der Evaluation des Berliner Modellversuches Generalistische Pflegeausbildung. In: *Pr-InterNet* 8(12), S. 691-696.

Schmitt, S.; Stöver, M.; Görres, S. (2010): Kompetenzmessung zur Sicherung zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen im Rahmen der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Externe Evaluationsergebnisse des zweiten Modellkurses. In: *Pflegewissenschaft* 12(2), S. 69-74.

Sieger, M. (2011): Zur akademischen Erstausbildung in den Pflegeberufen. Die Heterogenität der Bildungsgänge in Deutschland. In: *PADUA* 6(4), S. 53–57.

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie. Online verfügbar unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=67c55b82536b145ec6a7faf17db66dff&target=0>, zuletzt geprüft am 17.06.2015.

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Online verfügbar unter: https://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2015

Simon, A.; Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis. Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: *Pflege & Gesellschaft* 20(2), S. 154–172.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegeheime. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102119004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.08.2015.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Gesundheit. Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 16.03.2016.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=D8AC8908A71AF9163D4966A5A8FD3560.cae2>, zuletzt geprüft am 25.08.2015.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/laenderpyramiden/>, zuletzt geprüft am 03.05.2016.

Stratmeyer, P. (1998): PflegeexpertInnen im Krankenhaus. Bedarf, Einsatz und Qualifizierung. In: *Dr. med. Mabuse* 23(111), S. 35-40.

Stöcker, G.; Reinhart, M. (2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst__ndig.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2014.

Stöver, M.; Schmitt, S.; Görres, S. (2008): Relevanz und Tragweite der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Ergebnisse der externen Evaluation. In: *Pflegewissenschaft* 10(6), S. 325-331.

Stöver, M. (2010): Die Neukonstituierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Lage: Jacobs Verlag.

Stürmann, A. (2015): Pflege-Bachelors auf Arbeitssuche – Politik und Wirtschaft in Bremen. Online verfügbar unter: http://www.weserkurier.de/bremen/bremen-politik-wirtschaft_artikel,-Pflege-Bachelors-auf-Arbeitssuche-_arid,1124566.html, zuletzt geprüft am 11.06.2015.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.

Reiber, K. (2011): Eine Wissenschaft für sich – Pflegestudium 2.0. Die Akademisierung der Pflegeausbildung. In: *PADUA* 6(1), S. 54-57.

Reiber, K. (2015): Evaluation von Studienprogrammen auf der Basis von Verbleibstudien – dargestellt an Befunden zum Berufseinstieg in die Pflegepädagogik. In: Kaufhold, M.; Weyland, U.; Nauerth, A. (Hrsg.): Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich.bwp@Spezial 10/2015.

Thielhorn, U. (2011): Zukunftschancen durch Pflegestudiengänge. In: *neue caritas*. Online verfügbar unter: <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2011/artikel2011/zukunftschancen-durch-pflegestudiengaeng?searchterm=Pflegeausbildung>, zuletzt geprüft am 16.06.2015.

Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. (Hrsg.) (2009): Positionspapier „Zukunft jetzt! Das neue Bild der Pflege“. Online verfügbar unter: <http://www.rotkreuzschwestern.de/positionspapiere.html>, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. (Hrsg.) (2012): Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung. Standpunkt des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e. V.: „Professionelle Pflege auch ohne Abitur möglich“. Online verfügbar unter: <http://www.rotkreuzschwestern.de/positionspapiere.html>, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

ver.di (Hrsg.) (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. Berlin: Ver.di

ver.di (Hrsg.) (2015): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Berlin: Ver.di

Vespermann, S. (2003): Berufliche Perspektiven von Diplom-Pflegewirtinnen und -Pflegerinnen. Absolventenbefragung des Fachbereichs Pflege und Gesundheit an der Fachhochschule Fulda. In: *PR-InterNet* 5 (5), S. 101-109.

Weglage, G.; Gutknecht-Fritz, E.; Holoch, E.; Huss, N.; Kern-Dingeldein, S.; Kotz, A.; Oelßner, U.; Riedel, A.; Weiß, V.; Zoller, E. (2004): Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. In: *Pflegewissenschaft* 6(4), S. 204-209.

Weidner, F. (2014): Generalistische Pflegeausbildung. „Jetzt wächst zusammen, was zusammen gehört“. In: *Dr. med. Mabuse* 39(211), S. 14-15.

Wenderlein, F. (2002): Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit. Eine empirische Studie an 1020 Probanden. Dissertationsschrift. Ulm: Universität Ulm.

Wiedermann, F.; Brückner, M.; Johannßen, C.; Rothe, P. (2016): Rollen professioneller Pflege. Veränderungen im Kontext des berufsbegleitenden Studiengangs „Bachelor of Nursing“. In: *Pflegewissenschaft* 18(1/2), S. 85-96.

Winter, M. H.-J. (2005): Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland. Arbeitsmarktperspektiven und Berufsverbleib in der Altenpflege. Göttingen: Verlag Hans Huber.

Wissenschaftsrat (Hrsg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.

Zeller-Traub, K. (2014): Analyse von Einsatzfeldern für akademisierte Pflegekräfte in der ambulanten Pflege. Unveröffentlichte Bachelorarbeit im Studiengang Pflegepädagogik. Weingarten: Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Anhang

Synopse der Pflegeschulen/Hochschulen/Universitäten mit den neuen Ausbildungsmodellen

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
(1) Freie Krankenpflegeschule an der Filderklinik¹⁷	Beginn:	01. April	generalistisch	20-22	04/2007 ¹⁸
	Dauer:	3 Jahre			
	Struktur:	2- bis 6-wöchige Unterrichtsblöcke mit Praxiseinsätzen			
	Abschluss:	Gesundheits- und Krankenpflege mit Zusatzzertifikat für die generalistische Ausbildung			
(2) Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH¹⁹	Beginn:	1. April und 1. Oktober	generalistisch	22	04/05 ²⁰
	Dauer:	3 Jahre			
	Struktur:	Blocksystem			
	Abschluss:	GuKP (Pflege in allen Lebensphasen / Generalistische Pflege)			
(3) Gesundheits- und Krankenpflegeschule Künzelsau²¹	Beginn:	1. September (GuKP) 1. August (AP)	integrativ	14	2006
	Dauer:	3,5 Jahre			
	Struktur:				
	Abschluss:	GuKP + AP (Reihenfolge beliebig) integrativ			
		Ausbildungsbegleitendes Studium „Duales Studium B. A. Medizinalfachberufe“			
(4) Ökumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH,	Beginn:	1. Oktober	integriert (Integrativ)	30 (25-26) ²³	2005- 2015 (2012-

¹⁷ (vgl. FKS 2014)

¹⁸ (vgl. TiP 2014)

¹⁹ (vgl. afg 2014)

²⁰ (vgl. TiP 2014)

²¹ (vgl. Hohenloher Krankenhaus gGmbH 2014)

²³ Telefonische Auskunft

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
Offenburg²²	Dauer:	3,5 Jahre			2013 ausge- setzt ²⁴
	Struktur:				
	Abschluss:	GuKinderkrankenpflege und AP oder GuKp ²⁵			
(5) Berufsfachschule für Pflegerberufe Caritas- Krankenhaus Bad Mergentheim GmbH	Beginn:	1. April	integrativ	145 (GuK) 30 (GuKiKra)	04/2005-
	Dauer:				
	Struktur:	die drei Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege werden in einem gemeinsamen Ausbildungsgang unterrichtet. ²⁶			
	Abschluss:	AP, GuKinderkrankenpflege und GuKP			
(6) Robert-Bosch- Krankenhaus Bildungszentrum²⁷	Beginn:	1. Oktober	Integrativ	ca. 30	2002
	Dauer:	3,5 Jahre			
	Struktur:				
	Abschluss:	Zwei Abschlüsse: - GuKP/ AP - GuKP/ GuKinderkrankenpflege - GuKinderkrankenpflege/ GuKP			
(7) Fritz Ruoff Schule²⁸ Nürtingen (Altenpflege) in Kooperation mit der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Klinikum	Beginn:	1. Oktober	generalisierte Ausbildung	– Fritz-Ruoff- Schule 5-7 – Schule für Gesundheits- und Kranken- pflege:	10/2008 ²⁹
	Dauer:	3,5 Jahre			
	Struktur:				

²² (vgl. Stöver 2010, 91)

²⁴ telefonische Auskunft

²⁵ (vgl. Sozialministerium BW 2011)

²⁶ (vgl. CKBM o. J.)

²⁷ (vgl. RBK 2014)

²⁸ (vgl. Fritz Ruoff Schule 2014)

²⁹ telefonische Auskunft

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
Nürtingen- Kirchheim (Gesundheits- und Krankenpflegeschule)	Abschluss:	AltenpflegerIn (n. 3 Jahren) Gesundheits- und KrankenpflegerIn (n. 3,5 Jahren) oder an der Krankenpflegeschule des Klinikum Nürtingen- Kirchheim kann nach 3,5 Jahren ein generalistischer Abschluss zu Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen) ³⁰		15-18	
(8) Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH (Pfullendorf) ³¹	Beginn:	1. April/ September (Helene Weber Schule)	generalistisch	ca. 26 (telefonisch)	09/2008- 09/2014
	Dauer:	3,5 Jahre			
	Struktur:	Blocksystem			
	Abschluss:	GuKP und AP			
(9) Justus von Liebig Schule (JvLSchule) in Kooperation mit der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Helios Spitals Überlingen ³²	Beginn:		integrativ	Justus-von- Liebig-Schule: 1 (abgeschlossen); 2 (dabei) (GuKP → AP) 3 (AP → GuKP) HELIOS Spital Überlingen: 60 AP 60 GuKP 20 Altenpflegehilfe ³³	09/2010 ³⁴
	Dauer:	3,5 Jahre			
	Struktur:	3 Jahre (GuKP oder AP) + 0,5 Jahre (AP oder GuKP)			
	Abschluss:	AP und/oder GuKP			
(1) Katholische Hochschule Freiburg ³⁵ Bachelor Angewandte Pflegerwissenschaft (NEU seit 2016)	Beginn:	Wintersemester	primär- qualifizierend	40 Studienplätze ausbildungsbeglei- tend 40 Studienplätze aufbauend auf einer pflegerischen Ausbildung ³⁶	Winterse- mester 2011/201 2 ³⁷
	Dauer:	9 Semester			
	Struktur:	Erster Studienabschnitt (1.-6. Sem.): - Teilzeitstudium - Berufsausbildung in einem Pflegeberuf - Examen Zweiter Studienabschnitt (7.-9. Sem.): - Vollzeitstudium - Bachelorarbeit			
	Abschluss:	GuKP oder GuKinderkrankenpflege oder AP & B. A.			
	Akkreditier- ung:	ja			
(2) Albert-Ludwigs-	Beginn:	Wintersemester	primär-	Ca. 25	2010

³⁰ (vgl. Kreiskliniken Esslingen gemeinnützige GmbH 2014)

³¹ (vgl. Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH 2010)

³² (vgl. JvLSchule o.J.)

³³ (Mail Hr. Kommerell)

³⁴ (Mail Hr. Kommerell)

³⁵ (vgl. Katholische Hochschule Freiburg 2013)

³⁶ (Mail von Frau Thielhorn)

³⁷ (vgl. Reichmann, Hering 2012, 35; Mail Frau Thielhorn)

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
Universität Freiburg ³⁸ Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaften	Dauer:	6 Semester (+ 1 Jahr berufliche Erstausbildung zu Beginn)	qualifizierend		
	Struktur:	1. Jahre Pflegeausbildung Erste Studienphase (1.-4. Semester): - pflegerische Berufsausbildung - hochschulische Ausbildung Zweite Studienphase (5.-6. Sem.): - Vertiefung der in der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen			
	Abschluss:	GuKP oder GuKinderkrankenpflege & B. Sc.			
	Akkreditierung:	ja ³⁹			
(3) Hochschule Ravensburg- Weingarten ⁴⁰ Bachelor Pflege	Beginn:	Wintersemester	primär- qualifizierend	30	2011
	Dauer:	9 Semester			
	Struktur:	Erster Studienabschnitt (1.-6. Sem.): - Blocksystem - Ausbildung zur GuKP - Vorlesungen an der HS (Vertiefung der Ausbildungsthemen) - Examen Zweiter Studienabschnitt (7.-9. Sem.): - Vollzeit - Inhalte des ersten Abschnittes werden vertieft und erweitert - Bachelorthesis			
	Abschluss:	GuKP & B. A.			
	Akkreditierung:	?			
(4) Universität Heidelberg ⁴¹ Interprofessionelle Gesundheitsversorgun g	Beginn:	Wintersemester	primär- qualifizierend	25	Winterse mester 2011/12
	Dauer:	8 Semester (+ 1 Jahr berufliche Erstausbildung)			
	Struktur:	Bewerbung im ersten Ausbildungsjahr Erster Studienabschnitt (1.-5. Sem.): - Berufsausbildung - Vorlesungen - Examen Zweiter Studienabschnitt (6.-8. Sem.): - Vollzeitstudium			
	Abschluss:	Berufsabschluss (in einem der			

³⁸ (vgl. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 2014)

³⁹ (vgl. Hering, Reichmann 2012, 37)

⁴⁰ (vgl. Hochschule Ravensburg-Weingarten 2014)

⁴¹ (vgl. Universität Heidelberg 2014)

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
		drei Pflegeberufe oder einem anderen Gesundheitsberuf) & B. Sc.			
	Akkreditierung:	?			
(5) Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW), Stuttgart⁴² angewandte Gesundheitswissen- schaften	Beginn:	Wintersemester	primär- qualifizierend	90	2011
	Dauer:	6 Semester			
	Struktur:	1. Jahr Berufsausbildung Erster Studienabschnitt (1.-4. Sem.): - 2.-3. Jahr Berufsausbildung - Vorlesung an der HS - Examen Zweiter Studienabschnitt (5.-6. Sem.): - Vollzeitstudium			
	Abschluss:	Berufsabschluss: GuKP oder GuKinderkrankenpflege oder Hebammenwesen & B. A.			
	Akkreditierung:	ja			
(6) Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW), Heidenheim⁴³ angewandte Gesundheits- wissenschaften für GuKP, GuKinderkrankenpfleg e und Hebammen Interprofessionelle Gesundheitsversorgun g⁴⁴	Beginn:	Wintersemester (01.10.)	primär- qualifizierend	40 ⁴⁵	2013 ⁴⁶
	Dauer:	6 Semester (+ 1 Jahr berufliche Erstausbildung)			
	Struktur:	1. Jahr Berufsausbildung Erster Studienabschnitt (1.-4. Semester): - 2.-3. Ausbildungsjahr - Studium (angewandte Gesundheitswissenschaften) - Examen Zweite Studienabschnitt (5.-6. Semester): - Studium und berufliche Tätigkeit beim Arbeitgeber			
	Abschluss:	GuKP oder GuKinderkrankenpflege oder Hebamme & B. A.			
	Akkreditierung:	?			
(7) DHBW Mannheim Angewandte Gesundheitswissenc haften⁴⁷	Beginn:	WiSe	primärqualifizierend	14-30	Seit 2013

⁴² (vgl. DHBW Stuttgart o. J.)

⁴³ (vgl. DHBW Heidenheim 2013b)

⁴⁴ (vgl. DHBW Heidenheim 2013b)

⁴⁵ telefonische Anfrage

⁴⁶ telefonische Anfrage

⁴⁷ (vgl. DHBW Mannheim 2014)

Name der Pflegeschule/ Hochschule & Studiengang	Aufbau Ausbildung/Studium		Ausbildungs- und Studienform	Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studien- plätze pro Jahr	Laufzeit
	Dauer:	6 Semester (+ 1 Jahr berufliche Erstausbildung)			
	Struktur:	1. Jahr Berufsausbildung Erster Studienabschnitt (1.-4. Semester): - 2.-3. Ausbildungsjahr - Studium (angewandte Gesundheitswissenschaften) - Examen Zweite Studienabschnitt (5.-6. Semester): - Studium berufliche Tätigkeit beim Arbeitgeber			
	Abschluss:	GuKP oder AP B. A.			
	Akkreditierung:	?			
(8) Hamburger Fern-Hochschule (HFH)⁴⁸ Health Care Studies (für Auszubildende)	Beginn:	1. September	Ausbildungs-integrierend	die Zahl der Studenten pro Jahr liegt bei 10 - 15 in BaWü die Zahl der Absolventen liegt bei ca. 5 (insgesamt) Stand: 2015 in BaWü	2009 ⁴⁹
Dauer:	8 Semester (+ 1 Jahr berufliche Erstausbildung zu Beginn)				
Struktur:					
Abschluss:	Ergotherapie oder Logopädie oder Pflege oder Physiotherapie & B. Sc.				
Akkreditierung:	Ja, ZEvA				

Fragebogen Online-Befragung:

⁴⁸ (vgl. HFH o.J.)

⁴⁹ telefonische Auskunft

**Fragebogen für Absolventen/-innen der generalistischen
Pflegeausbildung**

**Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!?
Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis.**

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Karin Reiber (Hochschule Esslingen)
Prof. Dr. Maik H.-J. Winter (Hochschule Ravensburg-Weingarten)

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den Fragebogen auszufüllen!

Informationen zur Studie:

Diese Online-Befragung wird von den Hochschulen Esslingen und Ravensburg-Weingarten im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung durchgeführt. Sie richtet sich an alle (zukünftigen (Abschluss spätestens Ende 2016)) Absolventinnen und Absolventen der generalistischen/integrativen Pflegeausbildung sowie der primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge (gesonderter Fragebogen) in Baden-Württemberg. Auf Basis der Befragungsergebnisse kann eine Einschätzung dazu erfolgen, wie die neuen Ausbildungsformen zum Personalbedarf aller pflegerischen Versorgungsbereiche passen. Insofern tragen Ihre Erfahrungen maßgeblich zur Umsetzung der bevorstehenden Pflegeausbildungsreform bei. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten ist es wichtig, dass möglichst viele Personen an der Umfrage teilnehmen. Wir würden uns deshalb darüber freuen, wenn Sie andere (zukünftige (Abschluss spätestens Ende 2016)) Absolventinnen und Absolventen auf die Umfrage aufmerksam machen würden.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Das Ausfüllen dauert etwa 20 Minuten. Sie haben jederzeit die Möglichkeit zu unterbrechen und den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt fertig zu stellen. Dazu müssen sie lediglich den Button "Befragung unterbrechen" (links unten) klicken und den Angaben folgen. Alle Daten, die Sie bis dahin eingegeben haben, bleiben gespeichert. Bei einer erneuten Anmeldung mit Ihrem dann generierten Passwort können Sie an der Stelle fortsetzen, an der Sie die Beantwortung der Fragen unterbrochen haben.

Die Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten erfolgt vollständig anonym.

Als kleines Dankeschön haben Sie am Ende des Fragebogens die Möglichkeit einen von 10 CinemaxX-Kinogutscheinen im Wert von je 20 € zu gewinnen. Der Befragungszeitraum endet voraussichtlich am 20. August 2015.

Auf der nächsten Seite startet der Fragebogen. Sie haben immer die Möglichkeit über den "Zurück-Button" wieder auf die vorherige Seite zu gelangen.

Weiter

Befragung unterbrechen

2% ausgefüllt

Die ersten Fragen beziehen sich auf allgemeine Angaben zu Ihrer Pflegeausbildung.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

1. Welches Ausbildungsmodell in der Pflege haben Sie abgeschlossen oder werden Sie in Kürze abschließen?

- Generalistische Pflegeausbildung (Erläuterung: weitgehende Zusammenlegung aller drei Pflegeberufsausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege))
- Integrative/integrierte Pflegeausbildung (Erläuterung: gemeinsame Pflegegrundausbildung (erster Berufsabschluss) und anschließende Spezialisierung (zweiter Berufsabschluss))

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

5% ausgefüllt

2. Welche Berufsabschlüsse haben Sie im Rahmen Ihrer Pflegeausbildung erworben beziehungsweise werden Sie in Kürze erwerben?

- Gesundheits- und Krankenpflege **und** Gesundheits- und Kinderkrankenpflege **und** Altenpflege
- Gesundheits- und Krankenpflege **und** Altenpflege
- Gesundheits- und Krankenpflege **und** Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- sonstige:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

7% ausgefüllt

3. Haben Sie zusätzlich zu Ihrem Berufsabschluss einen Studienabschluss erworben bzw. haben dies vor?

Falls ja geben Sie bitte die Bezeichnung Ihres Berufsabschlusses an.

- nein
- ja
- Bachelor of Arts (B.A.): Pflege
 - Bachelor of Arts (B.A.): Angewandte Gesundheitswissenschaften
 - Bachelor of Arts (B.A.): Interprofessionelle Gesundheitsversorgung
 - Bachelor of Science (B.Sc.): Health Care Studies
 - sonstige

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

4. Bitte geben Sie Beginn und (voraussichtliche) Dauer Ihrer Pflegeausbildung an.

Beginn (z.B. 2010):

Dauer (z.B. 3,5): Jahre

5. Mit welcher Abschlussnote haben Sie Ihre Pflegeausbildung abgeschlossen bzw. werden Sie Ihre Pflegeausbildung voraussichtlich abschließen?

Bitte geben Sie Ihre Note als Dezimalzahl an (z.B. 2,3).

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

12% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Motivation und auf die Erwartungen zu Beginn Ihrer Pflegeausbildung:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

6. Es gibt verschiedene Motive eine Pflegeausbildung zu absolvieren. Im Folgenden sind einige mögliche Motive aufgelistet. Bitte markieren Sie bei jedem Motiv, wie stark es auf Sie zutrifft.

Ich habe eine Pflegeausbildung begonnen,

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
... aufgrund der voraussichtlich guten Beschäftigungsaussichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um meine berufliche Existenz zu sichern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund der Vielfalt der beruflichen Möglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil es meiner Begabung entspricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil es mein Wunschberuf ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund pragmatischer Gründe (z.B. Ausbildungsstätte in Wohnortnähe).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich anderen Menschen helfen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

7. Warum haben Sie sich für diese besondere Form der Pflegeausbildung (generalistisch, integrativ) im Gegensatz zu einer herkömmlichen Pflegeausbildung entschieden?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
aufgrund der Möglichkeit in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund des Erwerbs erweiterter Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
um mich persönlich weiterzuentwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund der Möglichkeit zur späteren Spezialisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund pragmatischer Gründe (z.B. Ausbildungsstätte in Wohnortnähe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

8. Welches waren bzw. sind im Rahmen Ihrer Pflegeausbildung Ihre drei bevorzugten Einsatzorte?

Bitte geben Sie Institution und Fachbereich an (z.B. Krankenhaus – Chirurgie). Es geht hierbei um Einsatzorte an denen Sie tatsächlich praktisch tätig waren.

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre beruflichen Anschlusspläne und Ihr Bewerbungsverhalten.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

9. Welche beruflichen Pläne hatten oder haben Sie unmittelbar im Anschluss an Ihre Pflegeausbildung?
(Mehrfachnennungen möglich)

- in der direkten pflegerischen Versorgung arbeiten
- steuernde bzw. koordinierende Tätigkeiten (z.B. im Case Management)
- leitende Tätigkeiten (z.B. als Stationsleitung)
- Anleiten von Auszubildenden (z.B. als Praxisanleitung)
- Beraten von Patienten und/oder Angehörigen
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildung (z.B. Absolvieren einer pflegfachlichen Weiterbildung)
- weiterführender Studiengang (z.B. Master Gesundheitsförderung, Pflegewissenschaft o.ä.)
- einen ganz anderen beruflichen Werdegang einschlagen
- weiß noch nicht
- sonstige:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

10. In welchem Versorgungsbereich planen Sie nach Ihrem Abschluss zu arbeiten bzw. planen Sie vor Beendigung Ihrer Pflegeausbildung zu arbeiten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Krankenhaus
- Altenheim/Pflegeheim
- Rehabilitationsklinik
- Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst
- Hospiz
- Tagespflege
- sonstige:
- weiß nicht/wusste ich noch nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

11. Es gibt unterschiedliche Gründe ein Stellenangebot für passend zu empfinden. Im Folgenden sind einige Gründe genannt. Bitte geben Sie an, wie wichtig oder unwichtig die Gründe für Sie sind bzw. bei der Stellensuche waren.

	absolut unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>				
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>				
Berücksichtigung meiner Qualifikation	<input type="radio"/>				
Vergütung	<input type="radio"/>				
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>				
Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsstelle	<input type="radio"/>				
Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben	<input type="radio"/>				
Identifikation mit dem Arbeitgeber (z.B. christlicher Arbeitgeber)	<input type="radio"/>				
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>				

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

25% ausgefüllt

12. Haben Sie Ihre Pflegeausbildung bereits abgeschlossen?

- Ja
- Nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

13. Wann haben Sie begonnen sich ernsthaft um eine Stelle zu bemühen?

- Noch während der Pflegeausbildung.
- Nach Abschluss der Pflegeausbildung.
- Ich habe meine Stelle ohne Bewerbung erhalten.
- Ich habe bisher keine Stelle gesucht.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

14. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer Bewerbungen, der absolvierten Vorstellungsgespräche, der erhaltenen Zusagen sowie der Absagen bis zu Ihrer ersten Anstellung an.

Die erste Anstellung zählt zu den Zusagen/Bewerbungen/Vorstellungsgesprächen dazu. Bitte tragen Sie die Anzahl in Ziffern ein.

Anzahl der Bewerbungen:

Anzahl der Vorstellungsgespräche:

Anzahl der Zusagen:

Anzahl der Absagen:

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

15. Haben Sie direkt nach Ihrem Berufsabschluss eine Anstellung gefunden?

(Bitte tragen Sie die Anzahl der Monate in Ziffern ein.)

- Ja, ich habe innerhalb eines Monats eine Anstellung gefunden.
- Nein, es dauerte Monate, bis ich eine Anstellung gefunden habe.
- Nein, ich suche seit Monaten und habe noch keine Anstellung gefunden.
- Nein, da ich keine Anstellung gesucht habe (z.B. wegen Eltern-/Erziehungszeit).

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

32% ausgefüllt

16. War bei Ihren Bewerbungen die besondere Form Ihrer Pflegeausbildung den betreffenden Arbeitgebern (teilweise) bekannt?

- Ja, die besondere Form meiner Pflegeausbildung war (teilweise) bekannt.
- Nein, die besondere Form meiner Pflegeausbildung war nicht bekannt.
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

17. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit nach Abschluss Ihrer Pflegeausbildung.

Alle Angaben, die in Zahlen ausgedrückt werden können, bitte in Ziffern eingeben (z.B. Monat/Jahr wäre für April 2012 die Angabe 04/2012).

Zeitraum (Monat/Jahr)

- Beginn: Monat/Jahr
 Ende: Monat/Jahr
 läuft noch

Arbeitszeit

- Vollzeit
 Teilzeit, Prozent

Art des Arbeitsverhältnisses

- unbefristet
 befristet auf Jahr(e)
 sonstiges Arbeitsverhältnis

Monatlicher Bruttolohn (ohne Schicht- oder andere Zulagen)

€

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

35% ausgefüllt

18. Bitte geben Sie an in welchem Versorgungsbereich Sie im Rahmen Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Krankenhaus
- Altenheim/Pflegeheim
- Rehabilitationsklinik
- Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst
- Hospiz
- Tagespflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

37% ausgefüllt

19. Ist beziehungsweise war dieser Versorgungsbereich Ihre erste Wahl?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

38% ausgefüllt

20. Bitte geben Sie an, in welchem Berufsfeld Sie im Rahmen Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Altenpflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

21. Wie viele Anstellungen im Bereich der Pflege haben Sie seit Abschluss Ihrer Pflegeausbildung gehabt?
(Inklusive Ihrer aktuellen Stelle.)

- Eine Anstellung.
- Zwei Anstellungen.
- Drei Anstellungen.
- Mehr als drei Anstellungen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

22. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer zweiten beruflichen Tätigkeit nach Abschluss Ihrer Pflegeausbildung.

Alle Angaben, die in Zahlen ausgedrückt werden können, bitte in Ziffern eingeben (z.B. Monat/Jahr wäre für April 2012 die Angabe 04/2012).

Zeitraum (Monat/Jahr)

- Beginn: Monat/Jahr
 Ende: Monat/Jahr
 läuft noch

Arbeitszeit

- Vollzeit
 Teilzeit, Prozent

Art des Arbeitsverhältnisses

- unbefristet
 befristet auf Jahr(e)
 sonstiges Arbeitsverhältnis

Monatlicher Bruttolohn (ohne Schicht- oder andere Zulagen)

€

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

43% ausgefüllt

23. Bitte geben Sie an in welchem Versorgungsbereich Sie im Rahmen Ihrer zweiten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Krankenhaus
- Altenheim/Pflegeheim
- Rehabilitationsklinik
- Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst
- Hospiz
- Tagespflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

45% ausgefüllt

24. Ist beziehungsweise war dieser Versorgungsbereich Ihre erste Wahl?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

47% ausgefüllt

25. Bitte geben Sie an, in welchem Berufsfeld Sie im Rahmen Ihrer zweiten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Altenpflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

49% ausgefüllt

26. Sind Sie momentan im Bereich der Pflege berufstätig?

- ja
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

27. Auf welche Weise haben Sie Ihre heutige Anstellung gefunden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Bewerbung auf Stellenanzeige (Zeitung, Internet, usw.)
- eigenes Stellengesuch aufgegeben
- Initiativbewerbung
- über Kontakte im Rahmen der Pflegeausbildung
- der Arbeitgeber ist an mich herangetreten
- durch Vermittlung von Eltern, Freunden, Bekannte
- durch Vermittlung der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters
- durch Kontakte bei Messen, Kontaktbörsen, usw.
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

52% ausgefüllt

28. Wurde für Ihre aktuelle Stelle gezielt jemand mit dieser besonderen Form der Pflegeausbildung gesucht?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

54% ausgefüllt

29. Was waren aus Ihrer Sicht Gründe für Ihre jetzige Anstellung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- meine Person/Eigenschaften
- meine Fachkompetenz
- meine besondere Qualifikation bedingt durch diese Form der Pflegeausbildung
- sonstiges:
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

55% ausgefüllt

30. Welche Tätigkeit(en) üben Sie in Ihrer jetzigen beruflichen Situation hauptsächlich aus?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Arbeit in der direkten pflegerischen Versorgung
- leitende Tätigkeiten (z.B. als Stationsleitung)
- steuernde bzw. koordinierende Tätigkeiten (z.B. im Case-Management)
- Anleiten von Auszubildenden (z.B. als Praxisanleitung)
- Beraten von Patienten und/oder Angehörigen
- sonstige:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

57% ausgefüllt

31. Arbeiten in Ihrem jetzigen beruflichen Umfeld Fachkräfte, die eine Generalistische oder Integrative/Integrierte Pflegeausbildung abgeschlossen haben?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

59% ausgefüllt

32. Wie charakterisieren Sie Ihr derzeitiges Arbeitsverhältnis?

- als kurzfristige Übergangstätigkeit
- als Tätigkeit für die nächsten Jahre
- als Tätigkeit, die ich langfristig ausüben werde
- weiß ich noch nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

61% ausgefüllt

33. In welchem Ausmaß stellen bzw. stellten folgende Faktoren Herausforderungen beim Berufsstart dar?

	überhaupt nicht	in geringem Maß	teils teils	in hohem Maße	in sehr hohem Maße
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>				
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>				
Arbeitsbelastung	<input type="radio"/>				
Verantwortung als ausgebildete Pflegefachkraft übernehmen	<input type="radio"/>				
Vorgesetzte	<input type="radio"/>				
Einfinden ins Team	<input type="radio"/>				
Arbeit im interdisziplinärem Team (z.B. mit Ärzten, Physiotherapeuten...)	<input type="radio"/>				
Anwendung der in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>				

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

62% ausgefüllt

34. Was hätte Ihnen beim Berufseinstieg geholfen?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

64% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre berufliche Weiterentwicklung.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

35. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit folgenden Aspekten bei der Ausübung Ihres Berufes sind?

Falls Sie momentan nicht in der Pflege berufstätig sind, beantworten Sie die Frage bitte in Hinblick auf Ihre letzte Berufstätigkeit im Bereich der Pflege.

	überhaupt nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	teils teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übereinstimmung vom Aufgabenprofil mit Ihrer Pflegeausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anwendung der in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbstständiges Arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgesetzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

67% ausgefüllt

36. Angenommen Sie sind unzufrieden mit den Aspekten der vorherigen Frage – inwiefern wären diese Aspekte ein Grund die Arbeitsstelle zu wechseln?

	kein Grund					sehr starker Grund				
	<input type="radio"/>									
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>									
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>									
Übereinstimmung vom Aufgabenprofil mit Ihrer Pflegeausbildung	<input type="radio"/>									
Anwendung der in der Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>									
selbständiges Arbeiten	<input type="radio"/>									
Vergütung	<input type="radio"/>									
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>									
Vorgesetzte	<input type="radio"/>									
Team	<input type="radio"/>									
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>									

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

37. Haben Sie nach Ihrer Pflegeausbildung weitere berufliche Qualifikationen erworben oder haben Sie das nach Abschluss Ihrer Ausbildung vor?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Ja, über eine Weiterbildung. Bitte Art und Bezeichnung der Weiterbildung angeben:
- Ja, über einen Bachelorstudiengang. Bitte Studienfach und Abschlussart (z.B. Bachelor of Arts) angeben:
- Ja, über einen Masterstudiengang. Bitte Studienfach und Abschlussart (z.B. Master of Arts) angeben:
- weiß noch nicht
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

71% ausgefüllt

38. In welchem Bereich sehen Sie für sich selbst einen Fort- und/oder Weiterbildungsbedarf?
(Mehrfachnennungen möglich)

- pflegfachliche Themen
- pflegepraktische Kompetenzen
- Anleitung/Beratung/Schulung
- Leitungsaufgaben
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Konzept- und Instrumentenentwicklung
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

73% ausgefüllt

39. Was ist Ihr wichtigster Wunsch für Ihre berufliche Zukunft?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

74% ausgefüllt

40. Was ist Ihre größte Befürchtung mit Blick auf Ihre weitere berufliche Planung?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

76% ausgefüllt

41. Bitte beschreiben Sie in Stichworten was Sie beruflich langfristig gerne machen möchten.
(z.B. Praxisanleitung in einem Pflegeheim)

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

78% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre besondere Qualifikation und Ihre Fähigkeiten.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

79% ausgefüllt

42. Fühlen Sie sich insgesamt für Ihren Beruf gut vorbereitet?

- ja
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

43. Auf welche Aspekte einer pflegerischen Tätigkeit fühlen Sie sich besonders gut vorbereitet?
(Mehrfachnennungen möglich)

- pflegfachliche Themen
- pflegepraktische Tätigkeiten
- Anleitung/Beratung
- Organisation/Koordination
- Verantwortungsübernahme
- sonstige:
- Ich fühle mich überhaupt nicht gut vorbereitet.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

44. Im Folgenden werden verschiedene Fähigkeiten und Wissen aufgelistet, welche Sie während Ihrer Pflegeausbildung erworben haben.

Bitte geben Sie auf der linken Seite an, für wie wichtig Sie die einzelnen Aspekte im beruflichen Alltag halten.

Auf der rechten Seite geben Sie bitte an, inwieweit Sie das erworbene Wissen/die erworbenen Fähigkeiten im beruflichen Alltag einsetzen können.

im beruflichen Alltag wichtig

Einsatz im beruflichen Alltag

im beruflichen Alltag wichtig					Einsatz im beruflichen Alltag				
völlig unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig	überhaupt nicht	in geringem Maß	teils teils	in hohem Maß	in sehr hohem Maß
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

85% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einschätzung zu Ihrer Ausbildungsform.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

45. Welche Bedeutung hat Ihre Pflegeausbildung rückblickend für Sie persönlich?

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Meine Pflegeausbildung hat mir die notwendigen Kenntnisse für meinen Beruf vermittelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pflegeausbildung gibt mir die Möglichkeit einen interessanten Beruf zu ergreifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pflegeausbildung gibt mir die Möglichkeit einen zukunftssicheren Beruf zu ergreifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pflegeausbildung eröffnet mir vielfältige Karrieremöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pflegeausbildung gibt mir die Möglichkeit mich persönlich weiter zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

46. Im Folgenden interessieren uns Ihre Erfahrungen während der Pflegeausbildung.

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Lerninhalte des Unterrichts waren gut auf die Praxiseinsätze abgestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umfang und Menge der Lerninhalte an der Schule waren für mich gut machbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lerninhalte an der Schule waren weder zu leicht, noch zu schwer für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anzahl der Lernaufgaben für die Praxiseinsätze war für mich gut machbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lernaufgaben für Praxiseinsätze waren weder zu leicht, noch zu schwer für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte theoretische Lerninhalte in der Pflegepraxis gut umsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Blick auf verschiedene Lebensphasen (z.B. Pflege beim alten Menschen aber auch Pflege bei Neugeborenen) im Rahmen meiner Pflegeausbildung war durchgängig vorhanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Blick auf verschiedene Lebensphasen im Rahmen meiner Pflegeausbildung war hilfreich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese besondere Form der Pflegeausbildung ist in der beruflichen Praxis bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese besondere Form der Pflegeausbildung wird in der beruflichen Praxis als sinnvoll angesehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

47. Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Vorteile, die die besondere Form der Pflegeausbildung Ihrer Meinung nach mit sich bringt.

(Es genügen auch ein oder zwei Vorteile, falls Ihnen nicht mehr einfallen.)

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

48. Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Verbesserungen, welche für die besondere Form der Pflegeausbildung Ihrer Meinung nach notwendig sind.

(Es genügen auch ein oder zwei Verbesserungen, falls Ihnen nicht mehr einfallen.)

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

49. Würden Sie rückblickend dieselbe Pflegeausbildung nochmals absolvieren?

- Ja, dieselbe Pflegeausbildung an der gleichen Pflegeschule.
- Ja, dieselbe Pflegeausbildung, allerdings an einer anderen Pflegeschule.
- Nein, jedoch eine Ausbildung im Bereich Gesundheit, z.B. Ergotherapie.
- Nein, eine andere Ausbildung.
- Ja, in Verbindung mit einem Pflegestudium.
- Nein, jedoch

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

95% ausgefüllt

Zum Schluss benötigen wir noch ein paar persönliche Angaben von Ihnen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
- männlich

Wie alt sind Sie? (Bitte in Ziffern angeben, z.B. 25)

Welchen Familienstand haben Sie?

- ohne feste Partnerschaft
- mit fester Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Haben Sie die deutsche Staatsbürgerschaft?

- ja
- Nein, ich habe die Staatsbürgerschaft.

Haben Sie Kinder? (Angabe bitte in Ziffern.)

- nein
- Ja, ich habe Kind(er).

Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Fachhochschulreife
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss

Welcher ist der höchste Bildungsabschluss Ihrer Mutter?

- Universitäts-/Hochschulabschluss
- Fachhochschulreife
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss
- kein Schulabschluss

Welcher ist der höchste Bildungsabschluss Ihres Vaters?

- Universitäts-/Hochschulabschluss
- Fachhochschulreife
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss
- kein Schulabschluss

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Als kleines Dankeschön verlosen wir unter den Teilnehmern 10 CinemaxX-Kinogutscheine im Wert von je 20 €. Damit Sie an der Verlosung teilnehmen können benötigen wir die Möglichkeit Sie zu kontaktieren. Hierzu klicken Sie weiter unten bei „Ich will am Gewinnspiel teilnehmen“, es öffnet sich dann ein Feld in das Sie Ihre E-Mail Adresse eingeben können. Die Angabe der E-Mail Adresse ist freiwillig und die Gewinnmöglichkeit unabhängig von Ihrer Mitarbeit im Forschungsprojekt.

Wir versichern Ihnen, dass die Email Adressen getrennt von den erhobenen Daten aus dem Fragebogen gespeichert werden und keine Verbindung zwischen dem Fragebogen und Ihrer E-Mail Adresse hergestellt wird. Natürlich verbleiben alle gemachten Angaben und Daten innerhalb des Forschungsprojektes und werden nicht an Dritte weitergegeben!

- Ich will am **Gewinnspiel** teilnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse bis zur Ziehung der Gewinner gespeichert wird. Meine Angaben in dieser Befragung bleiben weiterhin anonym, meine E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich interessiere mich für die **Ergebnisse dieser Studie** und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.
- Ich würde auch künftig **an wissenschaftlichen Befragungen teilnehmen**. Das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** darf zu diesem Zweck meine E-Mail-Adresse speichern und mich (max. 4-mal pro Jahr) per E-Mail zu einer wissenschaftlichen Befragung einladen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Fragebogen für Absolventen/-innen primärqualifizierender Studiengänge

**Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!?
Analyse der neuen Pflegeausbildungsstrukturen im Spiegel des Qualifikationsbedarfs in der Versorgungspraxis.**

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Karin Reiber (Hochschule Esslingen)
Prof. Dr. Maik H.-J. Winter (Hochschule Ravensburg-Weingarten)

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den Fragebogen auszufüllen!

Informationen zur Studie:

Diese Online-Befragung wird von den Hochschulen Esslingen und Ravensburg-Weingarten im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung durchgeführt. Sie richtet sich an alle (zukünftigen (Abschluss spätestens Ende 2016)) Absolventinnen und Absolventen der primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge sowie der generalistischen/integrativen Pflegeausbildung (gesonderter Fragebogen) in Baden-Württemberg. Auf Basis der Befragungsergebnisse kann eine Einschätzung dazu erfolgen, wie die neuen Ausbildungsformen zum Personalbedarf aller pflegerischen Versorgungsbereiche passen. Insofern tragen Ihre Erfahrungen maßgeblich zur Umsetzung der bevorstehenden Pflegeausbildungsreform bei. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten ist es wichtig, dass möglichst viele Personen an der Umfrage teilnehmen. Wir würden uns deshalb darüber freuen, wenn Sie andere (zukünftige (Abschluss spätestens Ende 2016)) Absolventinnen und Absolventen auf die Umfrage aufmerksam machen würden.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Das Ausfüllen dauert etwa 20 Minuten. Sie haben jederzeit die Möglichkeit zu unterbrechen und den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt fertig zu stellen. Dazu müssen sie lediglich den Button "Befragung unterbrechen" (links unten) klicken und den Angaben folgen. Alle Daten, die Sie bis dahin eingegeben haben, bleiben gespeichert. Bei einer erneuten Anmeldung mit Ihrem dann generierten Passwort können Sie an der Stelle fortsetzen, an der Sie die Beantwortung der Fragen unterbrochen haben.

Die Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten erfolgt vollständig anonym.

Als kleines Dankeschön haben Sie am Ende des Fragebogens die Möglichkeit einen von 10 CinemaxX-Kinogutscheinen im Wert von je 20 € zu gewinnen.

Auf der nächsten Seite startet der Fragebogen. Sie haben immer die Möglichkeit über den "Zurück-Button" wieder auf die vorherige Seite zu gelangen.

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

2% ausgefüllt

Die ersten Fragen beziehen sich auf allgemeine Angaben zu Ihrem Pflegestudium.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

1. Welche Berufsabschlüsse haben Sie im Rahmen Ihres Pflegestudiums erworben beziehungsweise werden Sie in Kürze erwerben?

- Pflegestudiengang **und** Gesundheits- und Krankenpflege
- Pflegestudiengang **und** Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Pflegestudiengang **und** Altenpflege
- Pflegestudiengang **und** Gesundheits- und Krankenpflege **und** Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Pflegestudiengang **und** Gesundheits- und Krankenpflege **und** Altenpflege
- sonstige:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

6% ausgefüllt

2. Bitte geben Sie Beginn und (voraussichtliche) Dauer Ihres Studiums an.

Beginn (z.B. 2010):

Dauer (z.B. 3,5): Jahre

8% ausgefüllt

3. Mit welcher Abschlussnote haben Sie Ihr Studium abgeschlossen bzw. werden Sie Ihr Studium voraussichtlich abschließen?

Bitte geben Sie Ihre Note als Dezimalzahl an (z.B. 2,3).

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

10% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Motivation und auf die Erwartungen zu Beginn Ihres Pflegestudiums.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

4. Es gibt verschiedene Motive ein primärqualifizierendes/ausbildungsintegrierendes Pflegestudium zu absolvieren. Im Folgenden sind einige mögliche Motive aufgelistet. Bitte markieren Sie bei jedem Motiv, wie stark es auf Sie zutrifft.

Ich habe ein Pflegestudium begonnen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
... aufgrund der voraussichtlich guten Beschäftigungsaussichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um meine berufliche Existenz zu sichern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund der Vielfalt der beruflichen Möglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil es meiner Begabung entspricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil es mein Wunschberuf ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund pragmatischer Gründe (z.B. Ausbildungsstätte in Wohnortnähe).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil ich anderen Menschen helfen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund der guten Aufstiegsmöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um in Führungspositionen tätig zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund der Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um eine akademische Laufbahn einzuschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... um mich persönlich weiterzuentwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

5. Welches waren bzw. sind im Rahmen Ihres Pflegestudiums Ihre drei bevorzugten Einsatzorte?

Bitte geben Sie Institution und Fachbereich an (z.B. Krankenhaus – Chirurgie). Es geht hierbei um Einsatzorte an denen Sie tatsächlich praktisch tätig waren.

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

15% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre beruflichen Anschlusspläne und Ihr Bewerbungsverhalten.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

6. Welche beruflichen Pläne hatten oder haben Sie unmittelbar im Anschluss an Ihr Pflegestudium?
(Mehrfachnennungen möglich)

- in der direkten pflegerischen Versorgung arbeiten
- steuernde bzw. koordinierende Tätigkeiten (z.B. im Case Management)
- leitende Tätigkeiten (z.B. als Stationsleitung)
- Anleiten von Auszubildenden (z.B. als Praxisanleitung)
- Beraten von Patienten und/oder Angehörigen
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildung (z.B. Absolvieren einer pflegfachlichen Weiterbildung)
- weiterführender Studiengang (z.B. Master Gesundheitsförderung, Pflegewissenschaft o.ä.)
- einen ganz anderen beruflichen Werdegang einschlagen
- weiß noch nicht
- sonstige:

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

7. In welchem Versorgungsbereich planen Sie nach Ihrem Abschluss zu arbeiten bzw. planen Sie vor Beendigung Ihres Pflegestudiums zu arbeiten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Krankenhaus
- Altenheim/Pflegeheim
- Rehabilitationsklinik
- Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst
- Hospiz
- Tagespflege
- sonstige:
- weiß nicht/wusste ich noch nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

8. Es gibt unterschiedliche Gründe ein Stellenangebot für passend zu empfinden. Im Folgenden sind einige Gründe genannt. Bitte geben Sie an, wie wichtig oder unwichtig die Gründe für Sie sind bzw. bei der Stellensuche waren.

	absolut unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>				
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>				
Berücksichtigung meiner Qualifikation	<input type="radio"/>				
Vergütung	<input type="radio"/>				
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>				
Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsstelle	<input type="radio"/>				
Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben	<input type="radio"/>				
Identifikation mit dem Arbeitgeber (z.B. christlicher Arbeitgeber)	<input type="radio"/>				
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>				

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

23% ausgefüllt

9. Haben Sie Ihr Pflegestudium bereits abgeschlossen?

- Ja
- Nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

10. Wann haben Sie begonnen sich ernsthaft um eine Stelle zu bemühen?

- Noch während des Pflegestudiums.
- Nach Abschluss des Pflegestudiums.
- Ich habe meine Stelle ohne Bewerbung erhalten.
- Ich habe bisher keine Stelle gesucht.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

11. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer Bewerbungen, der absolvierten Vorstellungsgespräche, der erhaltenen Zusagen sowie der Absagen bis zu Ihrer ersten Anstellung nach Abschluss Ihres Studiums an.

Die erste Anstellung zählt zu den Zusagen/Bewerbungen/Vorstellungsgesprächen dazu. Bitte tragen Sie die Anzahl in Ziffern ein. Bewerbungen für Praktika o.ä. während des Studiums zählen nicht dazu.

Anzahl der Bewerbungen:

Anzahl der Vorstellungsgespräche:

Anzahl der Zusagen:

Anzahl der Absagen:

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

12. Haben Sie direkt nach Ihrem Studium eine Anstellung gefunden?

(Bitte tragen Sie die Anzahl der Monate in Ziffern ein.)

- Ja, ich habe innerhalb eines Monats eine Anstellung gefunden.
- Nein, es dauerte Monate, bis ich eine Anstellung gefunden habe.
- Nein, ich suche seit Monaten und habe noch keine Anstellung gefunden.
- Nein, da ich keine Anstellung gesucht habe (z.B. wegen Eltern-/Erziehungszeit).

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

31% ausgefüllt

13. War bei Ihren Bewerbungen die besondere Form Ihres Pflegestudiums den betreffenden Arbeitgebern (teilweise) bekannt?

- Ja, die besondere Form meines Pflegestudiums war (teilweise) bekannt.
- Nein, die besondere Form meines Pflegestudiums war nicht bekannt.
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

14. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit nach Abschluss Ihres Pflegestudiums.

Alle Angaben, die in Zahlen ausgedrückt werden können, bitte in Ziffern eingeben (z.B. Monat/Jahr wäre für April 2012 die Angabe 04/2012).

Zeitraum (Monat/Jahr)

- Beginn: Monat/Jahr
 Ende: Monat/Jahr
 läuft noch

Arbeitszeit

- Vollzeit
 Teilzeit, Prozent

Art des Arbeitsverhältnisses

- unbefristet
 befristet auf Jahr(e)
 sonstiges Arbeitsverhältnis

Monatlicher Bruttolohn (ohne Schicht- oder andere Zulagen)

€

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

35% ausgefüllt

15. Bitte geben Sie an in welchem Versorgungsbereich Sie im Rahmen Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Krankenhaus
- Altenheim/Pflegeheim
- Rehabilitationsklinik
- Sozialstation/Ambulanter Pflegedienst
- Hospiz
- Tagespflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

37% ausgefüllt

16. Ist beziehungsweise war dieser Versorgungsbereich Ihre erste Wahl?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

38% ausgefüllt

17. Bitte geben Sie an, in welchem Berufsfeld Sie im Rahmen Ihrer ersten beruflichen Tätigkeit tätig sind beziehungsweise waren.

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Altenpflege
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

40% ausgefüllt

18. Wie viele Anstellungen im Bereich der Pflege haben Sie seit Abschluss Ihres Pflegestudiums gehabt?
(Inklusive Ihrer aktuellen Anstellung.)

- Eine Anstellung.
- Zwei Anstellungen.
- Drei Anstellungen.
- Mehr als drei Anstellungen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

42% ausgefüllt

19. Sind Sie momentan im Bereich der Pflege berufstätig?

- ja
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

44% ausgefüllt

20. Wurde für Ihre aktuelle Stelle gezielt jemand mit einem primärqualifizierenden/ausbildungsintegrierenden Pflegestudium gesucht?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

21. Auf welche Weise haben Sie Ihre heutige Anstellung gefunden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Bewerbung auf Stellenanzeige (Zeitung, Internet, usw.)
- eigenes Stellengesuch aufgegeben
- Initiativbewerbung
- über Kontakte im Rahmen der Pflegeausbildung
- der Arbeitgeber ist an mich herangetreten
- durch Vermittlung von Eltern, Freunden, Bekannte
- durch Vermittlung der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters
- durch Kontakte bei Messen, Kontaktbörsen, usw.
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

22. Welche Tätigkeit(en) üben Sie in Ihrer jetzigen beruflichen Situation hauptsächlich aus?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Arbeit in der direkten pflegerischen Versorgung
- leitende Tätigkeiten (z.B. als Stationsleitung)
- steuernde bzw. koordinierende Tätigkeiten (z.B. im Case-Management)
- Anleiten von Auszubildenden (z.B. als Praxisanleitung)
- Beraten von Patienten und/oder Angehörigen
- sonstige:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

23. Was waren aus Ihrer Sicht Gründe für Ihre jetzige Anstellung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- meine Person/Eigenschaften
- meine Fachkompetenz
- meine besondere Qualifikation bedingt durch ein primärqualifizierendes Pflegestudium
- sonstiges:
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

52% ausgefüllt

24. Arbeiten in Ihrem jetzigen beruflichen Umfeld Fachkräfte, die wie Sie ein primärqualifizierendes/ausbildungsintegrierendes Pflegestudium absolviert haben?

- ja
- nein
- weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

54% ausgefüllt

25. Wie charakterisieren Sie Ihr derzeitiges Arbeitsverhältnis?

- als kurzfristige Übergangstätigkeit
- als Tätigkeit für die nächsten Jahre
- als Tätigkeit, die ich langfristig ausüben werde
- weiß ich noch nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

56% ausgefüllt

26. In welchem Ausmaß stellen bzw. stellten folgende Faktoren Herausforderungen beim Berufsstart nach Abschluss Ihres Studiums dar?

	überhaupt nicht	in geringem Maß	teils teils	in hohem Maß	in sehr hohem Maße
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>				
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>				
Arbeitsbelastung	<input type="radio"/>				
Verantwortung als studierte Fachkraft übernehmen	<input type="radio"/>				
Vorgesetzte	<input type="radio"/>				
Einfinden ins Team	<input type="radio"/>				
Arbeit im interdisziplinärem Team (z.B. mit Ärzten, Physiotherapeuten...)	<input type="radio"/>				
Anwendung der im Pflegestudium erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>				

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

58% ausgefüllt

27. Was hätte Ihnen beim Berufseinstieg nach Abschluss Ihres Studiums geholfen?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

60% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre berufliche Weiterentwicklung.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

28. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit folgenden Aspekten bei der Ausübung Ihres Berufes sind?

Falls Sie momentan nicht in der Pflege berufstätig sind, beantworten Sie die Frage bitte in Hinblick auf Ihre letzte Berufstätigkeit im Bereich der Pflege.

	überhaupt nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	teils teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übereinstimmung vom Aufgabenprofil mit Ihrem Pflegestudium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anwendung der im Pflegestudium erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbstständiges Arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgesetzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

63% ausgefüllt

29. Angenommen Sie sind unzufrieden mit den Aspekten der vorherigen Frage – inwiefern wären diese Aspekte ein Grund die Arbeitsstelle zu wechseln?

	kein Grund					sehr starker Grund				
Art der Tätigkeit	<input type="radio"/>									
Arbeitsbedingungen (z.B. Dienstzeiten, Ausstattung)	<input type="radio"/>									
Übereinstimmung vom Aufgabenprofil mit Ihrem Pflegestudium	<input type="radio"/>									
Anwendung der im Pflegestudium erworbenen Kompetenzen	<input type="radio"/>									
selbständiges Arbeiten	<input type="radio"/>									
Vergütung	<input type="radio"/>									
Beschäftigungsumfang (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, geringfügig beschäftigt)	<input type="radio"/>									
Vorgesetzte	<input type="radio"/>									
Team	<input type="radio"/>									
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>									

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

30. Haben Sie nach Ihrem Pflegestudium weitere berufliche Qualifikationen erworben oder haben Sie das nach Abschluss Ihres Studiums vor?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Ja, über eine Weiterbildung. Bitte Art und Bezeichnung der Weiterbildung angeben:
- Ja, über einen weiteren Bachelorstudiengang. Bitte Studienfach und Abschlussart (z.B. Bachelor of Arts) angeben:
- Ja, über einen Masterstudiengang. Bitte Studienfach und Abschlussart (z.B. Master of Arts) angeben:
- weiß noch nicht
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

67% ausgefüllt

31. In welchem Bereich sehen Sie für sich selbst einen Fort- und/oder Weiterbildungsbedarf?
(Mehrfachnennungen möglich)

- pflegfachliche Themen
- pflegepraktische Kompetenzen
- Anleitung/Beratung/Schulung
- Leitungsaufgaben
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Konzept- und Instrumentenentwicklung
- sonstiges:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

69% ausgefüllt

32. Was ist Ihr wichtigster Wunsch für Ihre berufliche Zukunft?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

71% ausgefüllt

33. Bitte beschreiben Sie in Stichworten was Sie beruflich langfristig gerne machen möchten.
(z.B. Qualitätssicherung in einer Akutklinik)

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

73% ausgefüllt

34. Was ist Ihre größte Befürchtung mit Blick auf Ihre weitere berufliche Planung?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

75% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre besondere Qualifikation und Ihre Fähigkeiten.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

77% ausgefüllt

35. Fühlen Sie sich insgesamt für Ihren Beruf gut vorbereitet?

- ja
- nein

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

79% ausgefüllt

36. Auf welche Aspekte einer pflegerischen Tätigkeit fühlen Sie sich besonders gut vorbereitet?
(Mehrfachnennungen möglich)

- pflegfachliche Themen
- pflegepraktische Tätigkeiten
- Anleitung/Beratung
- Organisation/Koordination
- Verantwortungsübernahme
- sonstige:
- Ich fühle mich überhaupt nicht gut vorbereitet.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

37. Im Folgenden werden verschiedene Fähigkeiten und Wissen aufgelistet, welche Sie während Ihres Pflegestudiums/Ihrer Pflegeausbildung erworben haben.

Bitte geben Sie auf der linken Seite an, für wie wichtig Sie die einzelnen Aspekte im beruflichen Alltag halten.

Auf der rechten Seite geben Sie bitte an, inwieweit Sie das erworbene Wissen/die erworbenen Fähigkeiten im beruflichen Alltag einsetzen können.

im beruflichen Alltag wichtig

Einsatz im beruflichen Alltag

im beruflichen Alltag wichtig					Einsatz im beruflichen Alltag				
völlig unwichtig	eher unwichtig	teils teils	eher wichtig	sehr wichtig	überhaupt nicht	in geringem Maß	teils teils	in hohem Maß	in sehr hohem Maß
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

83% ausgefüllt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einschätzung zu Ihrem Studium.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

38. Welche Bedeutung hat Ihr Pflegestudium rückblickend für Sie persönlich?

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Mein Pflegestudium hat mir die notwendigen Kenntnisse für meinen Beruf vermittelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Pflegestudium gibt mir die Möglichkeit einen interessanten Beruf zu ergreifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Pflegestudium gibt mir die Möglichkeit einen zukunftssicheren Beruf zu ergreifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Pflegestudium eröffnet mir vielfältige Karrieremöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Pflegestudium gibt mir die Möglichkeit mich persönlich weiter zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

39. Im Folgenden interessieren uns Ihre Erfahrungen während des Pflegestudiums.

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen:

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Anzahl der Lernaufgaben für die Praxiseinsätze war für mich gut machbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lernaufgaben für Praxiseinsätze waren weder zu leicht, noch zu schwer für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die theoretischen Lerninhalte stimmen gut mit den Anforderungen in den Praxiseinsätzen überein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Blick auf verschiedene Lebensphasen (z.B. Pflege beim alten Menschen aber auch Pflege bei Neugeborenen) im Rahmen meines Pflegestudiums war durchgängig vorhanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lerninhalte des Unterrichts an der Pflegeschule und die Studieninhalte an der Hochschule waren gut aufeinander abgestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lerninhalte des Unterrichts, die Studieninhalte der Hochschule und das Lernen in den Praxiseinsätzen waren gut aufeinander abgestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umfang und Menge der Studieninhalte an der Hochschule waren für mich gut machbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Studieninhalte an der Hochschule waren weder zu leicht, noch zu schwer für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese besondere Form des Pflegestudiums ist in der beruflichen Praxis bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diese besondere Form des Pflegestudiums wird in der beruflichen Praxis als sinnvoll angesehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

40. Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Vorteile, die ein primärqualifizierendes/ausbildungsintegrierendes Pflegestudium Ihrer Meinung nach mit sich bringt.

(Es genügen auch ein oder zwei Vorteile, falls Ihnen nicht mehr einfallen.)

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

41. Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Verbesserungen, welche für ein primärqualifizierendes/ausbildungintegrierendes Pflegestudium Ihrer Meinung nach notwendig sind.

(Es genügen auch ein oder zwei Verbesserungen, falls Ihnen nicht mehr einfallen.)

1.
2.
3.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

42. Würden Sie rückblickend dasselbe Pflegestudium nochmals absolvieren?

- Ja, dasselbe Studium an der gleichen Hochschule.
- Ja, dasselbe Studium, allerdings an einer anderen Hochschule.
- Nein, jedoch eine Pflegeausbildung.
- Nein, jedoch ein thematisch ähnliches Studium, z.B. Medizin.
- Nein, ein anderes Studium.
- Nein, jedoch eine fachfremde Ausbildung.
- Nein, jedoch

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

94% ausgefüllt

Zum Schluss benötigen wir noch ein paar persönliche Angaben von Ihnen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
- männlich

Wie alt sind Sie? (Bitte in Ziffern angeben, z.B. 25)

Welchen Familienstand haben Sie?

- ohne feste Partnerschaft
- mit fester Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- verwitwet in fester Partnerschaft

Haben Sie die deutsche Staatsbürgerschaft?

- ja
- Nein, ich habe die Staatsbürgerschaft.

Haben Sie Kinder? (Angabe bitte in Ziffern.)

- nein
- Ja, ich habe Kind(er).

Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Fachhochschulreife
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss

Welcher ist der höchste Bildungsabschluss Ihrer Mutter?

- Universitäts-/Hochschulabschluss
- Fachhochschulreife
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss

kein Schulabschluss

Welcher ist der höchste Bildungsabschluss Ihres Vaters?

- Universitäts-/Hochschulabschluss
- Fachhochschulreife
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)
- Realschulabschluss
- Hauptschule
- sonstiger Schulabschluss
- kein Schulabschluss

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Als kleines Dankeschön verlosen wir unter den Teilnehmern 10 CinemaxX-Kinogutscheine im Wert von je 20 €. Damit Sie an der Verlosung teilnehmen können benötigen wir die Möglichkeit Sie zu kontaktieren. Hierzu klicken Sie weiter unten bei „Ich will am Gewinnspiel teilnehmen“, es öffnet sich dann ein Feld in das Sie Ihre E-Mail Adresse eingeben können. Die Angabe der E-Mail Adresse ist freiwillig und die Gewinnmöglichkeit unabhängig von Ihrer Mitarbeit im Forschungsprojekt.

Wir versichern Ihnen, dass die Email Adressen getrennt von den erhobenen Daten aus dem Fragebogen gespeichert werden und keine Verbindung zwischen dem Fragebogen und Ihrer E-Mail Adresse hergestellt wird. Natürlich verbleiben alle gemachten Angaben und Daten innerhalb des Forschungsprojektes und werden nicht an Dritte weitergegeben!

- Ich will am **Gewinnspiel** teilnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse bis zur Ziehung der Gewinner gespeichert wird. Meine Angaben in dieser Befragung bleiben weiterhin anonym, meine E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich interessiere mich für die **Ergebnisse dieser Studie** und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.
- Ich würde auch künftig **an wissenschaftlichen Befragungen teilnehmen**. Das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** darf zu diesem Zweck meine E-Mail-Adresse speichern und mich (max. 4-mal pro Jahr) per E-Mail zu einer wissenschaftlichen Befragung einladen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Antworten auf die offenen Fragen aus der Online-Befragung

3 Wichtigste Vorteile für generalistische Pflegeausbildung

Kategorien	Antworten
Generalistische Grundkompetenzen	<p>Begleitung und Betreuung in allen Lebensphasen möglich</p> <p>Die gesamten Entwicklungsphasen des Menschen im Blick zu haben</p> <p>Das Arbeiten mit Menschen in verschiedensten Lebensphasen umfasst alle Altersgruppen</p> <p>Pflege in allen Altersphasen des Lebens zu gestalten</p> <p>Betreuung von Jung bis Alt</p> <p>Bessere Verknüpfung der Pflege von Menschen in unterschiedlichen Altersgruppen</p> <p>Sensibilität für Pflege in allen Lebensphasen</p> <p>Alle Lebensphasen werden behandelt</p> <p>breites Wissen über Pflege des Menschen in den verschiedenen Lebensabschnitten</p> <p>Zusammenhang von Geburt und Tod</p> <p>ein Basiswissen auch über die Kinderkranken- und die Altenpflege</p> <p>Einblick in alle Lebensphasen</p> <p>alle Alterstufen werden geschult, d.h. breite, gefächertes Wissen</p> <p>Zu wissen, wie in verschiedenen Lebensphasen gepflegt wird</p> <p>ein umfassendes Bild der Pflege in verschiedenen Lebensphasen entsteht</p> <p>erweiterte Blickwinkel auf alle Lebensphasen</p> <p>ein umfassendes Bild der Pflege in verschiedenen Lebensphasen entsteht</p> <p>Aneignung von Fachwissen von Befruchtung bis zum Tod</p>
sonstiges	<p>Es wird ein hohes Maß an Wissen vorausgesetzt und auch weitergegeben</p> <p>Zeitung und Weiterbildung</p> <p>Umgang mit Kranken Menschen</p> <p>Altenpflege ist in diesem Konzept ausreichend berücksichtigt</p> <p>Praxisanleitung</p> <p>Strukturierung der Ausbildung</p> <p>Ich reflektiere meine Pflegehandlungen mehr.</p> <p>Nach neuen konstruktiven Lösungen suchen</p> <p>Möglichkeit das Studium selbstständig zu finanzieren</p> <p>Bezug zur Praxis</p> <p>Einbringen der lebenspraktischen Fertigkeiten</p> <p>Projekte</p> <p>persönliche Neigungen besser berücksichtigt</p> <p>Bessere Bezahlung</p> <p>Erkenntnis der Stärken und Schwächen</p> <p>Perspektiven aufzeigen aus anderer Sicht</p> <p>Anerkennung für andere Berufsgruppe</p> <p>Umfangreicher, deshalb auch interessanter</p> <p>Keine Scheuklappen für andere Berufsfelder</p> <p>Abwechslungsreich (Theorie & Praxis)</p> <p>Immer auf dem aktuellen Stand im Unterricht sowie in der Praxis</p> <p>Weiterbildung</p> <p>Fachwissen wird vorwiegend professionell wiedergegeben</p> <p>Mehr Zeit Erfahrungen zu sammeln</p> <p>genügend Theorie- und Praxisphasen</p> <p>Professionalität wird besser gebildet</p> <p>ich lerne mehr (drei Ausbildungen in drei Jahren)</p> <p>Hoffnung</p> <p>Erfahrung</p> <p>Freude</p> <p>Güte</p> <p>sinnvoll</p> <p>Fortschritt</p> <p>immer mit Menschen nah dran</p> <p>Vielfalt</p> <p>Qualitätssicherung der Pflege</p> <p>Professionalisierung der Pflege</p>
Innovative Pflege	<p>Mehr Erfahrung in aktivierender Pflege</p> <p>Individuelle Pflege kann möglich werden</p> <p>Inspiration für das Pflegehandeln</p> <p>zukunftsorientiert bei Altersübergreifend</p> <p>Erlernen von Handlungsprinzipien statt starren Richtlinien</p> <p>Lernen der integrativen Versorgung</p> <p>Qualitätssicherung der Pflege</p> <p>Einschätzen und Nutzen der vorhandenen Ressourcen</p> <p>Revolution der Pflege</p>
Kompetenzentwicklung	<p>hoher Erwerb an Kompetenzen</p> <p>Fachkompetenz</p> <p>besseres Fachwissen</p> <p>Man lernt in andere Gebiete der Krankenpflege kennen.</p> <p>Größeres Wissen und Verknüpfungsmöglichkeiten</p> <p>Alle Bereiche kennen lernen</p> <p>breiteres Wissen</p> <p>Breiteres Grundwissen</p> <p>Qualitativ hochwertige Ausbildung durch breites Wissen</p> <p>Kompetenzen erwerben</p> <p>Erwerb vieler Kompetenzen</p> <p>Verständnis für die Anforderungen und Rahmenbedingungen unterschiedlicher Einsatzfelder (z. B. Pflegeheim vs. Krankenhaus)</p> <p>Erwerb weiterer Kompetenzen</p> <p>Erwerb diverser Kompetenzen</p> <p>hoher Kompetenzerwerb</p> <p>Sofortmaßnahmen bei Ersthilfe</p> <p>Man bekommt durch viele verschiedene Praxisinsätze einen guten Einblick in alle Bereiche</p> <p>Erweiterte Kompetenzen auf vielen Ebenen</p> <p>Erweiterte Kompetenzen</p> <p>Kompetenzgewinn in pflegerischen Fachlicht (Bsp. Umgang mit Demenz, Probleme bei Verlegungen...)</p> <p>breites Spektrum kennen lernen</p> <p>breiteres Fachwissen</p> <p>breiteres Grundlagenwissen in Bezug Pflege</p> <p>umfassendere Kenntnisse erwerben, um eigene Vorlieben und Fähigkeiten kennenzulernen</p> <p>breiteres Fachwissen</p> <p>Erweitertes Wissen</p> <p>Empathie</p> <p>Sozialer Umgang</p> <p>Ethische Grundlagen</p>
Intra- und Interprofessionelle Zusammenarbeit	<p>Erfahrungsaustausch mit anderen Berufsgruppe</p> <p>Austausch</p> <p>Kommunikation direkter Austausch mit der Altenpflege</p> <p>Man kann sich untereinander gut austauschen</p> <p>von anderen Berufsgruppen profitieren</p> <p>Möglichkeit zum Austausch z. B. Krankenpflege/Altenpflege</p> <p>Erfahrungsaustausch zwischen AP- und KP-Schüler</p> <p>Arbeiten mit anderen Berufsgruppen (KG, Sanitätshaus, Pflegeheim...etc)</p> <p>Zukünftig alle Berufe können in einem Strang ziehen</p> <p>Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist einfacher möglich, da Abläufe anderer Berufsfelder bekannt.</p>

Chancen auf dem Arbeitsmarkt	<p>Mehr Beschäftigungsangebote</p> <p>ich habe mehr Möglichkeiten für meine Berufswahl</p> <p>gesicherte Arbeitsstelle</p> <p>Bessere Qualifikation, höheres Gehalt</p> <p>Qualifizierung für breiteres Handlungsfeld</p> <p>großes Spektrum an Jobmöglichkeiten</p> <p>Mehrere Stellenangebote</p> <p>Bessere Einstellungsbedingungen</p> <p>Berufliche Chancen</p> <p>Gute Zukunftschancen</p> <p>Vorteile bei Bewerbung</p> <p>Arbeiten in verschiedenen Institutionen</p> <p>Aufstiegsmöglichkeiten</p>
Flexibilität/Einsatzmöglichkeiten	<p>Flexibilität</p> <p>Flexibilität der Horzontenerweiterung</p> <p>Ermöglicht Flexibilität im Beruf und Wechsel zwischen Arbeitsbereichen</p> <p>Hohe Flexibilität im Beruf</p> <p>Flexibilität</p> <p>Mehrfachverwendung überall einsetzbar</p> <p>viele Möglichkeiten der Weiterentwicklung</p> <p>ich kann mich später noch für ein ganz anderes Fachgebiet entscheiden</p> <p>Mit etwas Glück kann man auch bei den Kindern arbeiten, man ist überall einsetzbar.</p> <p>Öffnet Möglichkeiten in jedem Pflegebereich zu arbeiten (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege)</p> <p>Anpassungsfähigkeit in allen Bereichen</p> <p>Eröffnung eines größeren Arbeitsgebietes</p> <p>spätere Spezialisierung</p> <p>Spezialisierung inschließend notwendig!</p> <p>vielschichtiges Einsatzgebiet</p> <p>Mehr Auswahlmöglichkeiten im Berufsfeld</p> <p>Möglichkeit beide Abschlüsse gleichzeitig zu erwerben (GK und AP)</p> <p>Mehr Möglichkeiten, wo man später arbeitet</p> <p>Einsatzgebiet Krankenhaus statt Pflegeheim möglich</p> <p>das man sich entscheiden kann in welchem Bereich man später arbeiten möchte</p> <p>Vielfältige Möglichkeiten nach dem Abschluss.</p> <p>Arbeiten in verschiedenen Institutionen</p> <p>Mehr Auswahl um zu arbeiten</p> <p>mehr vielfältig bedeutet mehr kennen zu lernen, bedeutet mehr Möglichkeiten haben und eine größere Entscheidungsgrundlage zu haben.</p> <p>Dass man nach dem Abschluss in verschiedenen Bereichen (z. B. Kinder) arbeiten kann</p> <p>Wo liegen meine Stärken? bzw. Was ist mein Fachbereich?</p> <p>Möglichkeit, eigene Stärken zu entdecken in welchem Bereich man möchte (gehen)</p> <p>In allen Pflegebereichen in den Blick zu gewinnen um so den Bereich zu finden der einem am meisten zusagt</p> <p>hilft bei Berufsfindung bzw. den passenden Arbeitsbereich (Patientengruppe) für sich zu wählen</p> <p>zwei Berufsweg mit nur halbem Jahr Verlängerung</p> <p>Man kann sich in den Beruf verschaffen um zu sehen, wo man am liebsten arbeiten möchte</p> <p>erhöht Flexibilität im Beruflicher Hinsicht</p>
individuelles Fallverstehen	<p>ganzheitliches Verständnis des Menschen</p> <p>Umfassender Blick</p> <p>Biografiearbeit</p> <p>Ganzheitlichkeit</p> <p>umfassender Blick auf den Pflegeempfänger und sein Umfeld</p> <p>umfassender Blick</p> <p>Große und individuelle Sichtweisen auf den Umgang mit Patienten gleichen Alters</p> <p>Ganzheitliches Fallverstehen</p> <p>Gesamtüberblick</p>
Theorie-Praxis-Transfer	<p>zeitnahe Umsetzung des theoretischen Wissens</p> <p>Umsatz von Theorie in der Praxis</p> <p>Theoretisches Wissen direkt in der Praxis anwendbar</p> <p>Die sofortige Umsetzung von Theorie in die Praxis</p> <p>Viel Praxiserfahrung als Grundlage für neues theoretisches Wissen</p>
Persönlichkeitsentwicklung	<p>Persönlich kann jeder viel lernen für Beruf und Leben, Horizontenerweiternd</p> <p>Horizont erweitert</p> <p>persönlichkeitsschulend</p> <p>persönliche Weiterbildung</p> <p>Umfangreiches Pflegewissen, was auch privat viel nützt</p> <p>Durch Kennenlernen aller Lebensphasen, bessere Entscheidungshilfe für den späteren Lebensweg</p> <p>Auch für zuhause mit Kind war sehr hilfreich in vollzeitlicher Altenpflege/Krankenpflege zu wissen</p> <p>Persönliche Entwicklungsmöglichkeiten</p> <p>Hohe Selbstentwicklungsförderung</p>
Kenntnis verschiedener Versorgungsinstitutionen	<p>Perspektivwechsel, Einblick in weiterführende (amb./stationäre) Versorgung</p> <p>Einblick in verschiedene Tätigkeitsfelder</p> <p>Bekommt einen guten Einblick in verschiedene Bereiche</p> <p>Einblick in akut und Langzeitpflege</p> <p>Kennenlernen verschiedener Einrichtungen</p> <p>einen groben Überblick, in der Krankenpflege kommt allerdings viel zu kurz</p> <p>Altenpflege kennenlernen</p> <p>Einblick in die Altenpflege</p> <p>Einsicht in andere Arbeitsbereiche</p> <p>Einblick in Pädiatrie/Normalstation/Altenheim</p>
Praxiseinsätze	<p>Verschiedene Stationen</p> <p>Viele verschiedene Stationen kennenlernen</p> <p>große Bandbreite von verschiedenen Facheinsätzen</p>
Umgang mit besonderen Zielgruppen	<p>Die Pflege (auch Beratung) von unterschiedlichen Patienten fällt mir leichtet als meinen Kollegen.</p> <p>Vorteil im Umgang mit Elementen</p> <p>Besonderheiten und Tipps der Pflege von älteren Menschen</p> <p>Umgang mit älteren Patienten</p> <p>Umgang mit älteren Patienten</p> <p>Praxiserfahrung mit Kindern</p> <p>Bessere Lernhalte mir demenziell erkrankten, allerdings kaum anwendbar in der Praxis im Kk</p>
Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln	<p>durch evidencebasiertes Wissen neues positives Bild der Pflege, höheres Ansehen</p> <p>Bessere Verknüpfung der Basis mit wissenschaftlichen Erkenntnissen</p> <p>Wissenschaftlichkeit der Evidence Based Nursing</p>

3. Wichtigste Verbesserungsvorschläge für generalistische Pflegeausbildung

Kategorien	Antworten
Ausbildungsinhalte	
<p>Unterkategorie: mediz./naturw. Fachwissen</p>	<p>Anatomie sollte im Gesetz mehr Stunden erhalten und in Schülern Zeit und Intensivere Lernmöglichkeiten zu verschaffen</p> <p>mehr Krankheitsbilder</p> <p>mehr Anatomie</p> <p>Intensivmedizin als Pflichtersatz</p> <p>Medizinisches Fachwissen zu wenig vertreten</p> <p>Medikamentenlehre</p> <p>Auch Themen behandeln wie z. B. Medikamentenlehre hatten wir so gut wie nichts)</p> <p>mehr Krankheitslehre</p> <p>bessere Anatomie Vorbereitung</p>
<p>Unterkategorie: Sonstiges</p>	<p>weniger sinnlose Sachen</p> <p>Baswissen nicht verbessern</p> <p>Verbesserung der Kompetenzen von Pflegekräften</p> <p>Lernfelder erweitern um Pädagogik, Andragogik und Psychologie/ Psychotherapie</p> <p>mir kommt vor, dass wir zu viel überflüssigen Stoff in der Altenpflege durchgenommen haben, die für Praxis irrelevant war</p> <p>mehr Wissenschaft einfließen lassen</p> <p>in der Ausbildung evtl. schon Schwerpunktsetzungen schaffen</p>
<p>Curricular/Methodische Ausgestaltung der theoretischen Ausbildung</p>	<p>Unterrichtsinhalte zu anspruchsvoll zu sein, Mittel gehalten werden, nicht nach schlechten Schülern ausrichten</p> <p>Klare Struktur des Lehrplanes</p> <p>das Curriculum anders aufbauen (übersichtlicher)</p> <p>teilweise ungeeignete Lernbegleiter</p> <p>Überarbeitung mancher Module (Ersetzen/Ändern/Weglassen)</p> <p>keine überladenen theoretischen Unterrichtsbeispiele, welche niemand erfüllen kann.</p> <p>Gute Dozenten im Frontalunterricht, die kann ich hochschätzen (wie ich erinnere was gut war)</p> <p>sicher stellen, dass alle Unterrichtsmaterialien aus dem 20. Jahrhundert sind, dem 21. Jahrhundert Unterricht stattfindet!!!</p> <p>mehr praxisnahen Unterricht</p> <p>Nicht so viele Stoff, Gefühl, dass man von allem etwas kann, aber nichts wichtig, lieber Exempalrisches lernen, mehr Praxis begleiten</p> <p>(Erwartungshorizont muss klar sein), gemeinsame Ergebnissicherung</p> <p>Gruppenarbeiten müssen selbstorganisiertem Lernen besser begleitet werden</p> <p>uninteressante Themen wurden trotz schnellen Verstehens von allen lange behandelt</p> <p>Unterrichtsform weniger eigenarbeit in Gruppen (kann ich nicht in einen Inhalt aus Gruppenarbeit in mehr entsinnen)</p> <p>Mehr Praxis im Unterricht</p>
<p>Qualität und Quantität der Praxiseinsätze</p>	<p>Mehr Zeit mit Praxisanleiter</p> <p>Nicht für 100% eingeplant werden</p> <p>mehr Praxisanleitungen</p> <p>Bessere Anleitung durch Praxisanleiter</p> <p>Längere Krankenhaus einsetzung für Altenpfleger 2-3 Monate</p> <p>Einblick in die Einsatzplanung, Mitsprache der Schüler zu Einsatzwahl, Planungssicherheit und Transparenz</p> <p>Mitbestimmungsrecht der Auszubildenden bei der Wahl der Praxiseinsätze</p> <p>mehr Praxisanleitungen auf den Stationen</p> <p>Mehr Zeit Auszubildenden in der Praxis einzulernen.</p> <p>mehr verpflichtende Praxisbegleitungen zu ausgewählten Themen</p> <p>Ausgewogenere Praxiseinsätze</p> <p>Mehr Zeit mit PA auf Station</p> <p>Mehr Kindereinsätze, die die den Abschluss in der Krankenpflegerin machen</p> <p>Auszubildenden mehr selbstständiges Arbeiten in der Ausbildung ermöglichen (nicht nur Körperpflege) SONDERSONDER mehr Einblick in Pflegeaufgaben geben!</p> <p>Praxisbezug</p> <p>evtl. weniger Praxiseinsatzwechsel, kann sehr anstrengend sein. Man fühlt sich immer auf's Neue inkompetent und nicht teamzugehörig</p> <p>Freistellung für PA's</p> <p>Intensivierung der Praxis durch qualitativ hochwertige Anleitung</p> <p>In der Ausbildung evtl. auf Spezialisierung eingehen. Also z. B. Mehr Kindereinsätze... dann zum kranken Menschen im teuren teiler Ausbildung</p> <p>mehr Kindereinsätze</p> <p>Nur notwendige Einsätze in Kinder- oder Altenpflege</p> <p>Einrichtungen mit Ausbildungsstand suchen und keine Doppelung der Einsatzgebiete</p> <p>Nur jeweils 1 Einsatz im Einblick bekommen</p>
<p>sonstiges</p>	<p>Selbst Schwerpunkt legen</p> <p>Anpassung bzw. Abschaffung der längsten Überholzeitenregelung, die unnötig Druck auf Auszubildende ausübt</p> <p>Durchhaltevermögen</p> <p>vorhandene Ressourcen nutzen und fördern</p> <p>Differenzierung der Kompetenzen in der Ausbildung</p> <p>Bessere Transfermöglichkeiten</p> <p>strengeres Wissensabfragen von Anfang an</p> <p>Notfälle bei allen Altersstufen zusammen behandeln als Überblick</p> <p>Keine</p> <p>Zu übermittelte Inhalte in der Ausbildung bzgl. Pflege kommen für Studenten die das duale Programm gewählt haben zu kurz</p> <p>Zuverlässigkeit</p> <p>Selbstständigkeit in der Begleitung</p> <p>Ausbildung soll 50% im Heim und 50% im Krankenhaus stattfinden</p> <p>Mehr Zeit zum Lernen</p> <p>Deutliche Empathie gegenüber Bewerben, von Vorgesetzten sonst wäre es eine wunderbare Ausbildung</p> <p>Aufwertung der Altenpflege</p> <p>Ausbildung sollte staatlich mehr gefördert werden</p> <p>Zeitliche Nutzung (relevanter Themen)</p> <p>kleinere Klassen</p> <p>erst beim gesunden Menschen mit der Förderung der Gesundheit beginnen</p> <p>Mehr Eigeninitiative fördern</p> <p>ich finde das zunehmend immer mehr Schüler direkt vom Abitur kommen, was ich nicht besonders gut finde.</p> <p>Bessere Arbeitszeiten, vor allem im Pflegeheim</p> <p>Förderung der Schüler durch größeren Schutz in der Ausbildung (Arbeitspensum, Schwierigkeitsgrad)</p> <p>Zeit zum Austauschen über Erfahrungen</p> <p>Einsatz in Kinderkrankenpflege gleichgestellt zu einer Kinderkrankenpflegeausbildung</p>
<p>Noten/Zeugnisse</p>	<p>Es sollten bei der KP-Ausbildung die Noten, die während der Ausbildung geschrieben werden, mit der Prüfungsnote gerechnet werden.</p>

Noten/Zeugnisse	Es sollten bei der GKP-Ausbildung die Noten, die während der Ausbildung geschrieben werden, mit der Prüfungsnote gerechnet werden. Wenn man schon in die Bereiche geht, sollte es auch in der späteren Berufsbezeichnung enthalten sein. Schaffung geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingungen hinsichtlich der Examina. Zeugnisse differenzieren, Lernfelder trennen (ich als GKP hielt nur in Zeugnis auf dem "Altenpflege"-Stand)
Außenwirkung und Anerkennung	Bessere Werbung für den Beruf Modelle der Allgemeinheit bekannt machen und erläutern Mehr Anerkennung in der Praxis mehr Anerkennung in der Praxis mehr Berufspolitik integrieren bessere Aufklärung in den Einrichtungen, um Verständnis für Ausbildung zu erwirken Aufklärung der Gesellschaft/Schulen, dass diese Studiengänge existieren, vor allem zukünftige Arbeitgeber bessere Anerkennung von den Einrichtungen Anerkennung und Umsetzung, sodass man tatsächlich auch im Kinderkrankenpflegebereich eine Chance hat mit einer generalistischen Ausbildung Die Politik muss der Pflege in höheren Stellenwert einräumen!!! Langfristige gesetzliche Regelungen der Sonderausbildungen (keine jährlichen Genehmigungen)
Theorie-Praxis-Transfer	besserer Theorie-Praxis-Transfer Theorie in Praxis umsetzen Mehr Theorie-Praxis-Bezug Theorie-Praxis-Transfer-Optimierung Mehr Theorie auf die Praxis beziehen Unterrichtsinhalte besser auf die Praxis abstimmen
Koordination und Kommunikation	Zusammenarbeit der Schulen Kommunikation zwischen den Dozenten Ausbildung in einer und nicht in zwei verschiedenen Schulen, die unterschiedlichen Ministerien untergeordnet sind Bessere Kommunikation zwischen den Schulen Bessere Absprachen zwischen Schule und Studiengang bei mehreren Dozenten und in einem Thema sollte es besser abgestimmt werden Bessere Abstimmung aufeinander Einheitliche Themenbereiche in der Pflege/Krankenpflege Bessere Wissen der Pflegekräfte über die Ausbildungsstationen über das entsprechende Ausbildungskonzept Bessere Abstimmung zwischen Hochschule, Berufsschule und Praxis Zusammenarbeit mit Krankenhaus und Pflegeheim Langfristige gesetzliche Regelungen der Sonderausbildungen (keine jährlichen Genehmigungen) Absprachen zwischen Stationen/ Wohnbereichen und Schulen intensivieren. bessere Organisation Höhere Transparenz vor Ausbildungsbeginn
Ausbildungsdauer	Es sollten keine Lerninhalte zu kurz kommen durch den Umfang der generalistischen Ausbildung mit sich bringt Für das viele Fachwissen sind 3 Jahre zu kurz Ausbildungsdauer sollte im Idealfall über 3 Jahre verlängert werden um noch besser und näher auf die Pflegeformen (GKP, GKKP, AP) eingehen zu können Verlängerung der Ausbildung auf 3 Jahre Längere Ausbildung längere Ausbildungsdauer um mehr Zeit in der Praxis zu haben drei Jahre sind für drei Ausbildungen noch sehr kurz! Mehr Tiefe in einigen Gebieten wäre wünschenswert, da für den meisten ein Vermutlich die Ausbildung verlängern gg. mehr Zeit nötig
Gewichtung der Schwerpunkte	Mehr Kinderkrankenpflege Mehr Kinderpflege einbeziehen Mehr Kinderkrankenpflege Leider fehlt (je nach Inhalt des Gesundheits- und Krankenpflegebereichs, wie auch für den Altenpflegebereich) Kinderkrankenpflege kommt viel zu kurz (sowohl in Theorie als auch in Praxis) den Unterricht von Kinder und Altenpflege in der Krankenpflege von Erwachsenen hoch mehr gleichstellen. mehr Schwerpunkte auf die Kinderkrankenpflege legen. damit zu kurz ich finde trennen spezialisierte Ausbildungen, wie es zu vor war besser, es gab bei uns berichtig die Möglichkeit zu wählen.
Vergütung	Bezahlung Bezahlung Deutliche Anhebung der Vergütungsstrukturen!!! Höhere Entlohnung mehr Geld
Weiterbildung und Spezialisierung nach Abschluss	Spezialisierung anbieten nach Abschluss der 3 Jahre. Bsp. für die Kinderkrankenpflege Nach der Ausbildung sollen gute max. 2-jährige Fachweiterbildungen z. B. Pädiatrie, Altenpflege) vom Arbeitgeber angeboten werden. man muss nach dieser Ausbildung die Möglichkeit zur Spezialisierung haben - z. B. in der Kinderkrankenpflege Es wäre toll, wenn man nach 3 Jahren in einem Examen sich hoch für einen gewissen Zeitraum theoretisch und praktisch spezialisieren könnte Evtl. nach 3 Jahren eher noch eine Spezialisierung da man alle Themen nicht komplett in die Tiefe gehen könnte Mehr spezielle/konkrete Hinweise, wo und wie Weiterbildung möglich ist, z. B. in einfacher Weg hoch Kinderkranken Schwester zu machen in einem Vierteljahr an der Spezialisierung in Kinder-, Alten- oder Krankenpflege

Was hätte beim Berufsstart geholfen (Generalistische Pflegeausbildung)

Kategorien	Antworten
Einarbeitung	<p>Mehr Einarbeitung Längere Einarbeitung mehr Einarbeitungszeit!! gutes Einarbeitungskonzept bessere Arbeitsbedingungen, mehr/bessere Einarbeitung Eine gute Einarbeitung sowie auch die Zeit dafür. Eine kontinuierliche und beständige Einarbeitung Einarbeitungszeit ohne ständige Unterbrechungen Einarbeitungszeit länger als 30 Tage und besser geplant Längere Einarbeitungszeit in die Arbeitsstrukturen der Pflege Eine geregelte Einarbeitung und eine entsprechende Personalbesetzung eine gute Einarbeitung Einarbeitungskonzept</p>
Berufsstartverlaufreibungslos	<p>Nichts ich hatte keine Startschwierigkeiten, da der Arbeitgeber, das Team mir bereits bekannt waren fühlte mich im rechten Maß unterstützt nichts, die alles Vorbildlich Keine Kritik aussetzen. Werde eingearbeitet nach Standard des Hauses.</p>
kollegiale Unterstützung	<p>Mentor/Tutor eine offene und interessierte Art verständnis von Kollegen, die auch mal angefangen haben generell mehr Kollegen im Dienst Eine persönliche Begleitung Netze Kollegen Nachlesen, Nachlesen, Nachlesen!!! Austausch mit erfahrenen PFK, Mehr emphatisches Auftreten der direkten Vorgesetzten Direkte Ansprechpartner zur Einarbeitung (vgl. Praxisanleitung), Einarbeitungstage</p>
Spezielle thematische Vorbereitung	<p>Spezielle Schulung/Intensivkurs im jeweiligen Einsatzbereich. Theorietage und Einführung in den Fachbereich, Medikamente, Notfall, Geräte, etc. Mehr Anleitungen zu speziellen Themen in der Pflege und selbständiges Arbeiten innerhalb der Ausbildung guter Unterricht in Sachen Konfliktmanagement, Kommunikation, alle anderen Fachkompetenzen mehr praktische Übungen in der Ausbildung. Mehr Förderungen durch die Praxisanleiter/innen</p>
Sonstige	<p>Keine Pause nach der Prüfung und dass ich die Station durch meinen Ausbildungseinsatz kannte die Ausbildung in Filderstadt Team, Erfahrung Berufserfahrung</p>
Berücksichtigung der speziellen Qualifikation	<p>sofortige konkrete Aussicht auf Weiterbildung/intensives Kenntnis der Arbeitgeber über besondere Formen der Ausbildung Wertschätzung und angemessenes Gehalt Das sich der Arbeitgeber darüber im klaren ist, wen er da einstellt und was dies mit sich bringt</p>

3 Wichtigste Verbesserungsvorschläge für Pflegestudium

Kategorien	Antworten
Wissensstiefe	<p>Es wird von allen Themen etwas angeschnitten, jedoch nur so oberflächlich, dass man von den jeweiligen Themen nicht besonders viel Ahnung hat</p> <p>Mehr Theoriephasen in der Hochschule</p> <p>Mehr pflegerelevante Unterrichtsinhalte</p> <p>den Schwerpunkt mehr auf wissenschaftliche Inhalte legen -> bessere berufliche Chancen</p> <p>mehr breite fachliche Wissensvermittlung (von Neugeborenen bis ältere Menschen)</p> <p>Schlechte Vorbereitung auf weiterführende Studiengänge aufgrund mangelnder Inhalte</p> <p>Grundlagen vermitteln, nicht nur Kumbaya Singen</p> <p>Zu übermittelnde Inhalte (in der Ausbildung) bzgl. Pflege kommen für Studenten die das duale Programm gewählt haben zu kurz</p> <p>Inhalte</p>
Wissensbestandteile	<p>weniger BWL, mehr Fachwissen (Pflege), mehr Pflegewissenschaft</p> <p>mehr Anatomie als TV Vorlesungen</p> <p>Anpassung der Lehrinhalte</p> <p>Manche Lehrinhalte nicht relevant für Pflege</p> <p>Heilkunde mehr ausbauen</p> <p>mehr Geriatrische Inhalte (Demografischer Wandel)</p> <p>mehr Anatomie, Krankheitslehre ect. das man in der Praxis besser anwenden kann</p> <p>Anpassung der theoretischen Inhalte auf die heutige Pflege realität"</p> <p>Mehr pflegerelevante Themen, weniger Wirtschaft (insb. Kosten und Leistungsrechnung)</p>
Qualität der Praxisensätze	<p>intensivere Praxisanleitung</p> <p>Abgegrenzte Aufgabengebiete in der Praxis</p> <p>Einblick in die Arbeit von z.B. aktiv Forschenden oder QMbeauftragten etc. im Studium bekommen z.B. als zusätzlichen Praxisensatz</p> <p>Mehr Praxisensätze</p> <p>Bessere Betreuung in der Praxis durch akademische Fachkräfte.</p> <p>Bessere Begleitung der Studierenden in praktischen Phasen seitens der Hochschule</p> <p>mehr Stunden in der praktischen Ausbildung (aktuell sind im Ausbildungsintegrierten Pflegestudium weniger Praxisstunden anberaumt als in der regulären Ausbildung)</p>
sonstiges	<p>reflexion</p> <p>lernbereitschaft</p> <p>Sinnvoller Einsatz der Studenten, Rolle im Unternehmen</p> <p>Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Studiengänge durch einheitliches Curriculum</p> <p>Aufbaustudiengänge anstelle von Weiterbildungen z.B. Nurse Practitioner</p> <p>Unterstützung durch Kolleginnen und Arbeitgeber</p> <p>fleiß</p> <p>Integration</p> <p>Praxisensätze in der Verwaltung, damit man die im Studium theoretischen Themen auch anwenden kann und es in der Praxis erlebbar kann</p> <p>breitere Einsetzbarkeit der Pflege in mehr Verantwortung</p> <p>Flächendeckend Masterstudiengänge</p> <p>mehr Bestandteile formellen Anforderungen (Beantragungen, usw...)</p> <p>Förderung des Studentenstatus</p> <p>Studenten als Studenten behandeln und nicht als Schüler</p> <p>Miteinbeziehen der verschiedenen Fachrichtungen (Kinderkrankenpflege, Hebammenwesen sehr vernachlässigt)</p> <p>Motivierende Aufgaben</p> <p>Zeit</p> <p>Verbesserung der Pflegequalität</p>
Aufklärung und Image	<p>Bessere Kenntnis des Studiums in der Praxis</p> <p>Studium sollte in der Ausbildung anerkannt werden</p> <p>Akzeptanz in der Praxis (Stellen)</p> <p>Akzeptanz/Unterstützung durch andere Pflegeberufe</p> <p>mehr Anerkennung für das Studium und dessen Vorteile, vor allem bei den anderen Pflegenden in der Praxis</p> <p>Überzeugung der Praxis über Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit</p> <p>Mehr Akzeptanz in der Praxis</p> <p>Breitere Akzeptanz der Studenten</p> <p>breitere Toleranz in der Klinik schaffen</p> <p>Mehr Anerkennung in der Praxis erhalten -> mehr Aufklärung und Info an andere Pflegekräfte, etc</p> <p>Information der Mitarbeiter in der Klinik -> Verständnis</p> <p>Studium muss besser in der Praxis anerkannt und verbreitet werden. viele in Klinik wussten nichts genaues vom Studiengang</p> <p>mehr pflegepolitische Bildung, um der Öffentlichkeit entgegen zu treten und Interesse zu wecken</p> <p>Bessere Information der anderen Gesundheitsberufe</p> <p>Bekanntmachung, Integration der anderen Gesundheitsberufe</p> <p>Information der praktisch Pflegenden über Sinn und Zweck fachspezifische Studiengänge</p> <p>Aufklärung aller beteiligten Mitarbeiter der Institutionen</p> <p>Transparenz muss verbessert werden (was macht man in dem Studium überhaupt?)</p> <p>Aufklärung der Gesellschaft/Schulen, dass diese Studiengänge existieren, vor allem zukünftige Arbeitgeber, da es kaum Stellen für Pflegewissenschaftler mit Bachelorabschluss gibt</p>
Theorie-Paxis-Transfer	<p>Mehr Zeit für die praktische Umsetzung der theoretischen Inhalte.</p> <p>Implementierung von Misserfolgen in die Praxis</p>

Theorie-Praxis-Transfer Mehr Zeit für die praktische Umsetzung der theoretischen Inhalte.
 Implementierung von Wissenschaft in die Praxis
 bessere Abstimmung Theorie und Praxis
 Praxis und Theorie besser bestimmen
 Praxis und Theorie decken sich besser
 Bessere Abstimmung von Theorie und Praxis
 Theorie-Praxis-Transfer
 Theorie-Praxis-Transfer, Abstimmung der Inhalte
 die Anwendung der theoretischen Inhalte in der Praxis überhaupt nicht statt
 Möglichkeiten schaffen, dass gelehrte auch in den Kliniken umgesetzt werden können
 Unterstützung bei Schaffung struktureller Voraussetzungen in der Praxis zur Umsetzung z. B. evidenzbasierter Pflegemethoden

Koordination der Lernorte
 Kommunikation aller beteiligten Institutionen
 bessere Abstimmung mit den Ausbildungseinrichtungen
 Bessere Verzahnung Theorie, Praxis, Krankenpflegeschule
 Bessere Verknüpfung von Unterrichtsinhalten und Studieninhalten
 Klinik muss das Studium unterstützen
 Inhalte des Studiums werden auch fast komplett in der Schule unterrichtet und haben sich so wiederholt
 Integration in die medizinischen Fakultäten
 Noch mehr Absprachen mit der Pflegefachschule halten
 bessere Verkopplung zwischen Schule und Universität
 bessere Abstimmung der Lerninhalte (zeitgleich)
 Zusammenarbeit von Praxis, Theorie und Studium muss besser abgestimmt werden
 Übereinstimmung von Lerninhalten
 Abstimmung zwischen Praxis, Schule und Studium könnte noch besser sein
 Kommunikation zwischen Hochschule/Dozent und entsprechender teilnehmender Hochschule und Studierenden
 Bessere Abstimmung der Studien- und Praxisinhalte
 bessere Abstimmung der Inhalte
 Bessere Absprachen zwischen Schule und Studiengang
 Bessere Abstimmung der Inhalte
 Bessere Verzahnung
 bessere Kommunikation zwischen Schule und Uni
 Bessere Abstimmung von Ausbildungs- und Studieninhalten
 Bessere Absprachen zwischen Krankenpflegeschule und Hochschule bzgl. inhaltlicher Doppelungen
 bessere Abstimmung der Vorlesungsinhalte
 teilweise bessere Verzahnung/Abstimmung zw. HS/Ausbildungsbetrieb
 Abstimmung der Module aufeinander
 Bessere Abstimmung von Hochschule, Berufsschule und Betrieb
 Bessere Rücksichtnahme bei Terminplanung auf Pflegeexamen
 Bessere Kommunikation zwischen Hochschule und Ausbildungsbetrieb
 Gute Strukturierung der Lerninhalte. Keine doppelte Lehre
 mehr Kommunikation zwischen den Studenten durch projektbezogenes Studium
 bessere Absprache zwischen Pflegeschule und Hochschule
 Mehr Praxis und weniger Theorie im ersten Jahr, in dem die Wirkung Ausbildung hatten. Theorie ist im Studiengang effizienter.
 Planung

Studienorganisation
 Pflegestudium sollte vollständig Hochschulstudium sein
 Bessere Organisation
 mehr selbstgesteuerte Lernzeit
 Die Möglichkeit für mehr eigenverantwortliches Lernen, für die eigene Zeiteinteilung, mehr Selbstständigkeit.
 Integration in die medizinischen Fakultäten
 Vermehrte Lehre mit anderen Berufsgruppen wie Ärzten, Physiotherapeuten, etc.
 Ein bis drei Wochen Semesterferien einführen um Hausarbeiten schreiben zu können und nicht gleichzeitig arbeiten zu müssen.
 Bessere Organisation im Studiengang
 bessere Abstimmung der ausbildungsrelevanten Inhalte mit dem Studienlehrplan
 Mehr eingeplante Zeit in der Praxis für die Bachelorarbeit
 Mehr Theoriephasen in der Hochschule
 Prüfungszeiten freihalten
 Nicht-parallel Prüfungen in Uni und Berufsschule

Vergütung
 Mehr Vergütung
 finanzielle Unterstützung z. B. Fahrtkosten
 Einheitliche Tarifvergütung
 Vergütung
 Höherer Abschluss bzw. Studium erfordert bessere Bezahlung!!

Berufsaussichten
 Den Studierenden zu Beginn des Studiums Aussichten und Möglichkeiten nach dem Studium nahebringen
 Zukunftsperspektiven aufzeigen
 bessere Berufsaussichten
 Genaue Nennung/Definition der Zukunftschancen/Beschäftigungsbereiche nach Beendigung des Studiums
 Eindeutige Angaben über die konkreten Berufsaussichten mit dem ausgewählten Studium > Berichte von Absolventen und deren jetzige Tätigkeiten
 aufzeigen
 klare und einheitliche Vorstellungen über Sinn und Nutzen des Studiums sowie Einsatzmöglichkeiten in der Praxis
 Mehr spezielle Berufsangebote für Absolventen
 Ehrlicher, realistischer Umgang mit Perspektiven nach Studium
 Stellen zusätzlich für studierte Pflegekräfte schaffen
 klare Perspektiven nach dem Studium
 Berufliche Zukunft den Studierenden vorzeigen, auch spätere Arbeitgeber informieren, dass dieser Studiengang sinnvoll ist!
 Bessere Möglichkeiten nach dem Studium in der aktiven Pflege schon bereits zu vor attraktive Arbeitsplätze geschaffen zu haben
 Stellen für Absolventen (bisher) nicht vorhanden, arbeiten später wie jede andere Krankenschwester
 Einsatzmöglichkeiten nach dem Studium in Kliniken Wissen gar nicht was dies nach dem Studium mit uns machen sollen, wo sie insinsetzen sollen)
 feste Stelle in der Berufswelt

Lehrqualität
 Höhere Dozentenqualität an der Hochschule
 Motivation der Dozenten
 Arroganz der Dozenten (v. A. Aus der Pflege kommen) ablegen, die in meinen höchsten Titeln zu sein und sich somit anderen Berufsgruppen gegenüber lächerlich zu machen
 routiniertere und wissenschaftlich fundiertere Dozenten vor allem in den originären pflegerischen Modulen
 Dozenten die ihr Wissen in einem Buchgut vermitteln können und nicht quasi im Wandel sind
 Mehr Personal im Studiengang
 Pflegestudium durch Professoren im abgeschlossener pflegewissenschaftlicher Promotion
 Hochschulniveau anstreben in der Lehre (Hochschule ist keine Pflegeschule)
 Mehr Theoriephasen in der Hochschule
 Mehr Rückmeldung zu belegten Leistungen
 Prüfungsleistung rioser gestalten

Langfristige berufliche Planung (Generaistische Pflegeausbildung)

Kategorien	Antworten
Studium	Möglichkeiten entdecken, sich Fort- und Weiterbildung. Vielleicht kommt ja auch der passende Studiengang mit dem ich wieder auf anderen Art dem Pflegeempfangen/Patienten (oder System) helfen kann. Erstmal noch studieren. Dann mal schauen
Anleiten	Auf Wöchnerinnenstation Praxisanleitungen durchführen Anleitung von Schülern/Lehrerin für Pflegeberufe/oder noch was ganz anderes... Therapeutischer arbeiten, in Ausbildung azubi beteiligt sein PA Tätigkeit qualitativ und wertig ausüben Fachlich in arbeiten und aktuelles Wissen haben und anwenden können, gute Praxisanleitung Anleitertätigkeit, flexibel bleiben Praxisanleitung im Krankenhaus Praxisanleitung, Stationsleitung Praxisanleitung für Schüler diese motivieren Unterricht von Auszubildenden oder Pflegenden Angehörigen Berufspädagogik Arbeiten auf Intensivstation und Praxisanleitung, später Studiengang zu Pflegepädagogik und erst Vollarbeiten und später zur Hälfte unterrichten und zur anderen Hälfte eben in einem Hospital arbeiten um die Theorie und Praxis miteinander zu verbinden
Führungstätigkeit	Stationsleitung auf einer chirurgischen Station Leitende Position/Mitwirkung im Leitungsbereich Leitungsaufgaben/Projektmanagement Studium der Pflegepädagogik, Unterrichten, wissenschaftlich in der Weiterentwicklung der Ausbildung/Studium mitgestalten
Tätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung	Forschung oder Unterricht Schulschwester Coaching und Unternehmensberatung Coaching/Seminare für Mitarbeiter in Pflegeheimen Als Lehrerin in einer öffentlichen/staatlichen Schule unterrichten (überarbeitet werden in. absolviert in ein Masterstudienangangs) Unterrichten in einer Schule
Status Quo aufrechterhalten	bin momentan mit der Berufssituation zufrieden, würde beibehalten vorerst auf der Station verbleiben
andere berufliche Orientierung	Führungskraft im Rathaus einer/s Kommune/ Landratsamts oder Bürgermeisterin Ärztin in Gemeinschaftspraxis Selbstständige Musiktherapeutin als Osteopathin arbeiten, selbstständig, in (Gemeinschafts-) Praxis Internist Im medizinischen Bereich bleiben, als Ganztherapeutin im onkologischen Bereich arbeiten, evtl. in der Pflege beibehalten
spezielle pflegerische Tätigkeit	Als Pflegeexperte im direkten Patientenkontakt auf Station arbeiten ("Bachelor im Bett"). Fachkinderkrankenschwester für pädiatrische Intensivpflege, evtl. w. Basale Stimulation Forensische Fachpflege in einer Ambulanz. Mehr in der Beratung tätig sein in Intensivpflege Stellenwechsel in Psychosomatik 50% Pflege im Patienten. 50% Wundtherapeut CPU-Pflegeexperte inkl. Praxisanleiter im CPU-Bereich in interdisziplinären Notaufnahme. Anästhesiefachkraft ohne Bereitschaft Fachweiterbildung Weiterbildung im Bereich der Neonatologie/Intensivpflege
sonstiges	Pflegerische Tätigkeit in Abstimmung mit der Heilpraktiker Tätigkeit dort pflegen wo in Fortschritt erkennbar ist ???vielleicht stundenweise jemanden daheim pflegen Pflegestützpunkte ründen Qualitätsmanagement Nur noch 30% im Krankenhaus arbeiten, dafür eine Ausbildung als Fußpflegerin machen mit Ärzten zusammenarbeiten IMC Kurs (soll irgendwann anerkannt werden!), Praxisanleitung im Krankenhaus, Studium

Wichtigster Wunsch für berufliche Zukunft bzgl. generalistischer Pflegeausbildung

Kategorien	Antworten
work/life-balance	<p>Das ich es weiterhin als einziehendes Mutter vereinbaren kann Arbeit und Privatleben in Balance bringen und halten Das die Arbeit Spaß macht und erfüllend ist, dabei die Freizeitaktivitäten/Freunde nicht zu kurz kommen Vereinbarkeit von Beruf und Familie Dass ich immer in den Beruf ausüben mir Spaß macht!!! Und mein Privatleben nicht auf der Strecke bleibt! Spaß an der Arbeit, Beruf und Freizeit im Gleichgewicht halten Zufriedenheit mit der Arbeit und im Einklang mit dem Privatleben. Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben Familienfreundliche Arbeitszeiten</p>
mehr Gehalt/ mehr Anerkennung	<p>hohe Ansicht der Pflegenden in der Gesellschaft, vor allem in der Politik. Besseres Gehalt! Mehr Anerkennung für Pflege/Leistungsorientierte Bezahlung Gutes Einkommen im Vergleich zur verrichteten Arbeit. Ich möchte nicht ausbeutet fühlen! mehr Anerkennung und Wertschätzung der Berufsklasse Mehr Anerkennung und endlich die Vergütung die der Pflege zusteht Bessere Arbeitsbedingungen und Vergütung Entlohnung für geleistete Arbeit! Arbeit, die human ist. Anerkennung Anerkennung des Berufes, das der Personalschlüssel nicht hoch mehr kürzt wird, da die Patientenzunahme absehbar ist. Anerkennung in der Politik, eine "Lobby", dass man von diesem Beruf/Leben kann</p>
verbesserte Arbeitsbedingungen	<p>nicht mehr in der Pflege arbeiten zu müssen unter diesen Arbeitsbedingungen Personalpolitik verändern um qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten, ohne Mitarbeiter zu verheizen dass die Arbeitsbedingungen in langfristiges Arbeiten in dem Beruf ermöglichen ohne vorzeitigen Ausstieg. B. wegen Gesundheitsproblemen Den Menschen in der engemessenen Medizin äquivalent pflegen und versorgen können Mitgestalten in der Verbesserung der Pflegeberufe</p>
persönliche/berufliche Weiterentwicklung	<p>Die Möglichkeit, mich konsequent beruflich weiter zu entwickeln und meinen persönlichen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege leisten zu können. Den Beruf/ die Berufung weiterhin gerne ausüben, fachlich weiterkommen und allgemein die Bedingungen durch eine Selbstverwaltung verbessern. Erfolgreiche Absolvierung meines Studiums, anschließend Vollzeitbeschäftigung als Pflegemanager im Akutkrankenhaus (konkretes Arbeitsgebiet noch unklar) Selbstständig arbeiten und im Patienten-Verhältnis 1:1 arbeiten (voraussichtlich als Musiktherapeutin) Aufstieg Vertiefung von Wissen in die Anwendung dessen, auf eigene Ressourcen achten persönliche Weiterentwicklung nicht auf der Stelle zu stehen Der Studienabschluss Auf dem jetzigen Berufsweg als Regierungsinspektorin erfolgreich sein. Selbstverwirklichung, mich mit meiner Arbeit und in einem Arbeitgeber identifizieren können Weiterbildung (Intensivkurs), Koordination Kind/Beruf, gutes Arbeitsklima</p>
sicherer Arbeitsplatz	<p>gesicherte Arbeitsstelle Sicherer Arbeitsplatz Ein sicherer Arbeitsplatz mit guter Vergütung und Spaß bei der Arbeit und natürlich die Bewahrung der eigenen Gesundheit</p>
Teamarbeit	<p>gute Teamarbeit in einem guten Team zu arbeiten, und die soweit es möglich ist, entspannte Arbeitsatmosphäre zu haben Mich in die Teams gut einfinden zu können sowie akzeptiert zu werden, sowie die fachliche Kompetenz zu erweitern</p>
sonstiges	<p>Das die Beratung und Anleitung auf der Basis einer Therapie. Analyse in gesellschaftliches Mandat der Pflege wird. Wissen weitergeben und Mitarbeiter fördern in meine Heimat zurückziehen und dort eine passende Arbeitsstelle zu finden Den Beruf weiterhin mit Leidenschaft ausüben zu können und nicht durch das System davon kommen zu müssen. Bis zur Rente im Beruf bleiben zu können!! Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Zufriedenheit, langfristiges gesundheitliches Durchhaltevermögen Zufriedenheit Identifikation mit dem Beruf, mehr Wissen, Verantwortung leichter tragen können, nach Möglichkeit etwas weniger hohe Arbeitsbelastung</p>

3 Wichtigste Vorteile des Pflegestudiums

Kategorien	Antworten
wissenschaftliches Arbeiten/lernen	<p>Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten</p> <p>Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens</p> <p>Man lernt von Grund auf wissenschaftlich zu arbeiten und vorhandene Meinungen etc kritisch zu hinterfragen.</p> <p>wissenschaftliches Arbeiten</p> <p>Kenntnis des wissenschaftlichen Arbeitens</p> <p>Erlernen d. wissenschaftl. Arbeitens</p> <p>Wissenschaftliches Arbeiten</p> <p>Erlernen des wissenschaftlichen Arbeitens</p> <p>Wissenschaftliche Betrachtung und kritisches Hinterfragen des eigenen Handelns</p> <p>wiss. Methodenkompetenz</p> <p>wissenschaftliches Arbeiten</p> <p>hohes wissenschaftliches Wissen</p> <p>Wissen über wissenschaftliche Literaturrecherche und Zugang dazu</p> <p>Wissenschaftlich Arbeiten/lernen</p> <p>Akademisierung, Wissenserweiterung</p> <p>Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten</p> <p>Lernen, wissenschaftlich zu arbeiten (z. B. seriöse von unseriösen Wissensquellen zu unterscheiden) dass man weiß wie man in Studien kommt und diese interpretiert</p> <p>Wissenschaftliches Arbeiten (Wissen über Informationsbeschaffung)</p> <p>Wissenschaftliches Arbeiten/verstehen</p> <p>Wissenschaftlichere, reflektiertere Sichtweise auf die Pflege/Techniken</p> <p>Kenntnisse über wissenschaftliches Arbeiten</p> <p>Forschung aktiv betreiben</p> <p>Besseres Verständnis zw. wissenschaftlicher Sichtweise der Dinge von Anfang an</p>
sonstiges	<p>Bestandsschutz</p> <p>Höherqualifizierung</p> <p>Anreiz für Bewerber mit höherem Schulabschluss im Vergleich zur konventionellen Ausbildung</p> <p>Sterblichkeit sinkt</p> <p>Trotz Vollzeitbeschäftigung ist eine Weiterbildung in dem Umfang möglich</p> <p>Qualifiziertere Lehrer</p> <p>höheres Ausbildungslevel</p> <p>Man kommt in einfacheren Studiengängen, im Vergleich zu anderen Studiengängen</p> <p>Fachlichkeit der anderen Mitarbeiter kann von einer studierten Pflegekraft profitieren</p> <p>Fachspezifisch</p> <p>Selbständiges Arbeiten</p> <p>berufliche Erfahrung ist in diesem Beruf besonders wichtig</p> <p>Wunsch nach selbstgesteuertem Lernen</p> <p>Eine höhere Qualität des Unterrichts</p> <p>Sammeln von Berufserfahrung</p> <p>Networking auf Wiss. Ebene</p> <p>Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z. B. Ärzten, mit denen man teilweise die selben Unterrichtseinheiten besucht.</p> <p>Austausch mit anderen Personen in der Pflegewissenschaft</p>
Handlungskompetenz/Versorgungsqualität	<p>bessere/kompetentere Versorgung der Patienten</p> <p>Bessere Planung und Umsetzung zgl. Pflege von multimorbiden Patienten</p> <p>weitere Kompetenzen durch Doppelbelastung/lernen</p> <p>Horizontenerweiterung über direkten Versorgung</p> <p>Steigerung der Pflegequalität</p> <p>Erweiterte Kompetenzen</p> <p>eine bessere/verantwortungsvollere Einstellung zur Arbeit</p> <p>Verbesserung von Handlungsabläufen</p> <p>gute Organisation auf Station -> Aufgabeneinteilung</p>
erweiterte Wissensgrundlagen für pflegerische Tätigkeiten	<p>Vertieftes theoretisches Wissen</p> <p>Besser ausgebildet als durch Ausbildung alleine</p> <p>umfassenderes/vertiefteres Wissen schon in der Pflegeausbildung</p> <p>Neue Studien werden in die Ausbildung begriffen</p> <p>Motiv für eigenes Arbeiten, insbesondere eigenes Erwerben von Grundlagen neben der praktischen Arbeit bzw. Kenntnisse</p> <p>Umfassendere Kenntnisse über Krankenhausfinanzierung, das Gesundheitssystem und Studien zu Pflege Themen</p> <p>Vertiefung fachlicher Kenntnisse</p> <p>Qualifizierung</p> <p>mehr Hintergrundwissen</p> <p>Wissenszugewinn</p> <p>Fachwissen vertiefen (oder in mindestens 3 sollte sein...)</p> <p>Hintergrundwissen</p> <p>Lerninhalte vertiefter kennen lernen, teilweise mit Medizinstudenten Anatomie/Physiologie/Pato etc. lernen</p> <p>ein viel größeres Hintergrundwissen was man in der Praxis gut gebrauchen kann</p> <p>Basiswissen plus breites Hintergrundwissen (auch Fachfremd)</p>
kritisches Denken	<p>kritisches Denken</p> <p>Kritisches Denken wird mehr gefordert</p> <p>kritisches Denken in die Praxis integrieren</p> <p>Lernen, Dinge kritisch zu hinterfragen</p> <p>Kritisches Denken und hinterfragen</p> <p>Kritisches Denken/lernen, Handeln reflektieren</p> <p>Kritisches Denken</p> <p>lernen anders denken zu können (Problemlösung durch Forschen usw.)</p> <p>weitemfassender Blick auf Problematiken im Gesundheitswesen</p> <p>Trainieren von differenzierterm und reflektiertem Handeln</p> <p>kritisches Denken</p> <p>Kritische Hinterfragung von Prozessen in der Pflege</p>

Evidenzbasiertes Arbeiten	<p>Evidenzbasiertes Arbeiten</p> <p>Evidenzbasiertes Arbeiten</p> <p>evidenzbasiertes Wissen</p> <p>Evidenzbasierte Pflege</p> <p>Wissenschaftliche Fundierung der Arbeit</p> <p>Theoriegeleitetes Pflegehandeln</p> <p>evidenzbasierte Pflege</p> <p>es hilft in einem neuen Erkenntnisfeld zu erlangen und diese eventuell auch in die Pflegepraxis zu implementieren</p>
---------------------------	---

bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt	<p>Einstieg in Führungsposition</p> <p>bessere Chancen auf dem ausländischen Arbeitsmarkt</p> <p>Aufstiegsmöglichkeit</p> <p>Zukunftschancen</p> <p>bessere Aufstiegsmöglichkeiten</p> <p>problemloses Arbeiten in der Schweiz</p> <p>Bessere Aufstieg- und Weiterbildungschancen</p> <p>Berufserfahrung</p> <p>Später bessere Aufstiegchancen</p> <p>Anerkennung im Ausland</p> <p>Internationale Anerkennung</p> <p>berufliche Aufstiegchancen</p> <p>höhere Qualifikation aufgrund des Bachelorabschlusses. Deshalb evtl. mehr Auswahl in der Berufswahl</p> <p>Bessere Karriereöglichkeiten in der Pflege</p> <p>Höhere Qualifikation</p> <p>Höhere Qualifizierung von Fachpersonal</p> <p>Aufstiegsmöglichkeiten</p> <p>höhere Qualifikation</p>
--------------------------------------	---

Flexibilität	<p>in Zukunft bessere Möglichkeiten aus der Pflege in einen anderen Beruf zu wechseln</p> <p>es werden in einem neuen Wege offen stehen!!</p> <p>Grundlage für einen Masterstudiengang</p> <p>weiterführende Studiengänge, evtl. mit mehr Aufstiegsmöglichkeiten</p> <p>Grundlage für weitere Studien</p> <p>Einstieg in die Möglichkeit zu forschen</p> <p>Möglichkeit der Weiterbildung z.B. Master</p>
--------------	---

Zeitersparnis	<p>Zeitersparnis</p> <p>Man bekommt schnell und mit relativ geringem Aufwand einen Bachelor</p> <p>2 Abschlüsse in kurzer Zeit</p> <p>Zeitersparnis</p> <p>Zeit komprimiert, statt 3 Jahre Ausbildung und 2 Jahre Weiterbildung nur 3 Jahre insgesamt</p> <p>4 Jahre, 2 Abschlüsse - Ausbildungszeit verkürzt</p> <p>2 Abschlüsse innerhalb kürzerer Zeit</p> <p>Zeitersparnis durch integriertes duales Studium</p> <p>Höherer Abschluss in fast der gleichen Zeit (europ. Vergleich)</p> <p>Zeitersparnis durch den integrierten Studiengang</p> <p>2 Abschlüsse in kurzer Zeit (Ausbildung und Studium)</p> <p>Ausbildung+Studium</p>
---------------	--

Theorie-Praxis-Transfer	<p>Verknüpfung Theorie und Praxis</p> <p>besserer Theorie-Praxis-Transfer</p> <p>Theorie-Praxis-Transfer</p> <p>Tiefgreifende theoretische Grundlagen im Bezug zur Praxis</p> <p>Theorie und Praxis-Transfer</p> <p>Theoretisches Wissen direkt in der Praxis anwendbar</p> <p>Transfer von Studien in die Praxis</p> <p>Praktische Ausbildung/ Erfahrung heben den theoretischen Inhalten</p> <p>Viel Praxiserfahrung als Grundlage für neues theoretisches Wissen</p> <p>Praxis</p> <p>Nicht "nur Theorie"</p> <p>Studium und Praxiserfahrung</p>
-------------------------	---

Aufwertung der Pflege	<p>Akademisierung der Pflege</p> <p>Professionalisierung</p> <p>Professionalisierung der Pflege</p> <p>besseres Ansehen</p> <p>Ansehen</p> <p>Anerkennung durch andere Berufsgruppen, Aufwertung</p> <p>Professionalisierung steigt im Pflegeberuf</p> <p>mehr Anerkennung</p> <p>Aufwertung des Berufsstandes</p>
-----------------------	--

Persönlichkeitsentwicklung	<p>Hochzonerweiterung</p> <p>persönliche Weiterentwicklung</p> <p>Persönliche Entwicklung</p> <p>Selbstmanagement</p> <p>selbstentwicklung</p> <p>persönliche Weiterbildung</p> <p>Man lernt flexibel zu sein, sodass man sein Leben immer dazulernen kann</p> <p>Blickwinklerweiterung</p>
----------------------------	---

Finanzierbarkeit des Studiums	<p>Vergütung während des Studierens</p> <p>mehr Gehalt</p> <p>finanzielle Entlastung</p> <p>Möglichkeit das Studium selbstständig zu finanzieren</p>
-------------------------------	--

Leitfaden für die Experten/-innen-Interviews mit potenziellen Arbeitgebern

Forschungsprojekt „Pflegerische Versorgung in Baden-Württemberg von Morgen: Sicher, flächendeckend, kompetent!?“

Leitfaden für die Expert*innen-Interviews

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an diesem Gespräch teilzunehmen.

Als Hochschule Ravensburg-Weingarten befassen wir uns speziell mit den Arbeitsmarktperspektiven von Absolventen der „neuen“ Ausbildungskonzepte in der Pflege. Dabei interessiert uns unter anderem, wie Experten aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich in Baden-Württemberg die Berufsaussichten dieser Absolventen einschätzen.

Wir versichern Ihnen, dass all Ihre Angaben vertraulich behandelt, anonymisiert und nur zu Forschungszwecken verwandt werden.

Gerne stellen wir Ihnen den Ergebnisbericht nach Abschluss der Arbeit zur Verfügung.

Wenn Sie damit einverstanden sind, würden wir das Gespräch gern aufzeichnen. Die Auswertung wird dadurch erheblich erleichtert.

Haben Sie Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

Gesprächsaufnahme starten!

Nach allen einschlägigen Prognosen wird der Bedarf an pflegerischer Versorgung in

den nächsten Jahren deutlich zunehmen.

1. Welche Faktoren sind aus Ihrer Perspektive **bedeutsam für die weitere Entwicklung** des Berufsfeldes Pflege bzw. Altenpflege?

Die Novellierung des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes sowie die dort etablierte Modellklausel haben zu einer Reihe neuer Ausbildungskonzepte geführt. Im Rahmen der schulischen Ausbildung sind integrative bzw. generalistische Ausbildungsmodelle entstanden, denen ich mich zunächst zuwenden möchte. Der Einführung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge widmen wir uns später.

2. Wie **beurteilen** Sie die Einführung der ersten generalistischen Ausbildungskonzepte?
 - Wie beurteilen Sie die Entwicklungen **speziell für den Bereich der Altenpflege**?
3. Wie schätzen Sie die derzeitigen **Berufsaussichten** dieser generalistisch ausgebildeten Fachkräfte ein?
 - Was spricht aus Ihrer Sicht **für den Einsatz** generalistisch ausgebildeter Pflegekräfte?
 - Inwiefern stellt die **Breite der Einsatzmöglichkeiten** einen **Vorteil** dar?
 - Gibt es Ihrer Meinung auch **Faktoren**, die **gegen** den Einsatz von generalistischen Pflegekräften sprechen? Falls ja, welche sind dies?
 - Welche **Auswirkungen** könnte der Qualifizierungswandel von der Spezialisierung hin zur Generalistik **auf die pflegerische Versorgung** haben?
4. Auf welche Weise könnte den **möglichen Nachteilen begegnet** werden?
 - Welche Bedeutung kommt dabei der **Ausbildungsgestaltung** zu?
 - Welche Rolle spielt der **Fort- und Weiterbildungssektor**?
5. Haben Sie oder Ihr Verband bereits **Erfahrungen** mit dem Einsatz generalistischer Pflegekräfte gewonnen? Falls ja, wie sehen diese aus?
6. Welche **Veränderungen** in der Pflege erwarten Sie **langfristig** durch Pflegekräfte mit generalistischer Ausbildung?
7. Möchten Sie noch etwas **ergänzen** zur generalistischen Ausbildung?

Die Einführung der Modellklausel hat außerdem zu primärqualifizierenden Pflegestudiengängen geführt. In Baden-Württemberg sind bisher acht solcher Studiengänge entstanden, die den Erwerb der pflegerischen Berufszulassung mit dem Erwerb eines Bachelor-Abschlusses verbinden.

8. Wie **beurteilen** Sie diese Entwicklung?
 - Wie beurteilen Sie die Entwicklung speziell für den Bereich der **Altenpflege**?
9. Wie schätzen Sie die derzeitigen **Berufsaussichten** dieser akademisch ausgebildeten Fachkräfte ein?
 - Was spricht aus Ihrer Sicht **für den Einsatz**?
 - Wo sehen Sie **spezifische Einsatzfelder** für die Absolventen?
 - Inwiefern unterscheiden sich Ihrer Meinung nach die **Einsatzbereiche** von akademischen und traditionell ausgebildeten Pflegekräften?
 - Wie schätzen Sie die **Einsatzmöglichkeiten in der patienten- bzw. klientennahen Pflege** ein?
 - Gibt es Ihrer Meinung nach auch **Faktoren**, die **gegen** den Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegekräften sprechen? Falls ja, welche sind dies?
10. Welche **Veränderungen** in der Pflege erwarten Sie **langfristig** durch akademisch ausgebildete Pflegekräfte?
 - Inwiefern können Ihrer Meinung nach akademische Pflegekräfte die **Qualität** der pflegerischen Versorgung **verbessern**?
 - Inwiefern könnte die Einführung dieser Studiengänge zu einer **veränderten Wahrnehmung des Berufsbildes Pflege** führen?
11. Haben Sie oder Ihr Verband bereits **Erfahrungen** mit dem Einsatz von akademischen Pflegekräften? Wenn ja, wie sehen diese aus?
12. Welche Möglichkeiten der **tariflichen Eingruppierung** sehen Sie?
 - Falls Sie in Ihrer Einrichtung **aktuell** akademische Pflegekräfte beschäftigen, wie sind diese eingestuft?
13. Inwiefern sehen Sie **Herausforderungen** beim Einsatz akademischer Pflegekräften?
 - Inwiefern besteht Ihrer Meinung nach die Gefahr einer **Abwertung der traditionellen Ausbildung**?
 - Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem **zunehmenden Qualifikationsmix** in der Pflege aus Ihrer Sicht?
14. Stellen Sie sich vor, Sie würden an der „**Stellschraube**“ für die weitere Entwicklung der Ausbildung der Pflegeberufe sitzen. In welche Richtung würden Sie die weitere Entwicklung lenken?

Herzlichen Dank für Ihre Zeit!

Stop der Gesprächsaufnahme!

Beruflicher Hintergrund:

Gedächtnisprotokoll

Ort:

Datum:

Dauer des Gesprächs:

Besonderheiten des Gesprächs:

(Interviewsituation, -atmosphäre, Besonderheiten, ggf. Störungen)

Synopse der Positionspapiere

1. Beurteilung der Entwicklung im Berufsfeld Pflege insgesamt und für die Altenpflege

1	Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg e. V.	„Die Pflegebranche ist eine Wachstumsbranche mit zunehmendem Bedarf an qualifizierten und motivierten Fachkräften. Bei der Ausbildung von Fachkräften wird die Konkurrenz unter den Pflegeeinrichtungen sowie mit anderen Ausbildungsberufen und Branchen um immer weniger Schul- und Hochschulabgänger zunehmen. Dabei ist die Ausgangslage der Pflege aufgrund ihres eher negativen Images und der hohen physischen und psychischen Anforderungen des Berufes eher ungünstig. Die Attraktivität einer Tätigkeit in der Pflege wird – betrachtet man die Entlohnung und jetzigen Rahmenbedingungen – vor dem Hintergrund der Anforderungen und Verantwortung weiterhin reduziert. Demgegenüber steht jedoch eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in dieser Branche entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die Durchlässigkeit verbessert werden.“ (Pawils 2011) (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. 2011)
2	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e.V. – Landesverband Baden-Württemberg	„Die Altenhilfe muss zukünftig neu beantworten, wie weit über eine Million Menschen mit Hirnleistungsstörungen im Alltag (24 Stunden!) angemessen begleitet werden und dort, wo notwendig, Unterstützung in der grundpflegerischen Versorgung erfahren können. Der Blickwinkel ‚Begleitung‘ eröffnet deutlich die Nähe zu Tätigkeitsfeldern der Behindertenhilfe – nicht aber zu denen der Krankenpflege! [...] Vielmehr geht es um Begleitung [...] und Unterstützung in den Bereichen, in denen das erforderlich ist.“ (Dürrmann 2012)
3	Bundesverband Pflegemanagement – Landesgruppe Baden-Württemberg	„Der demografische Wandel hat bereits zu einem Wandel der Anforderungen an den Pflegeberuf in den verschiedenen Leistungsbereichen geführt“ (Bundesverband Pflegemanagement e. V. 2013)
4	Landesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg	Keine Angaben
5	Deutsches Rotes Kreuz –	<i>Insgesamt</i>

	Landesverband Baden-Württemberg e. V. und Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V.	<p>„Durch die wachsende Komplexität der Pflegesituationen werden Kompetenzen aller Pflegesparten gleichermaßen benötigt.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. 2012)</p> <p><i>Altenpflege</i></p> <p>„Wichtigste gesellschaftliche Aufgabe ist es deshalb, den demografischen Wandel durch eine vorausschauende Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik aktiv zu gestalten. Der demographische Wandel ist dann keine Bedrohung, wenn ihm durch eine vorausschauende Politik begegnet wird. Aus Sicht des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e. V. ist es für diese aktive Gestaltung von elementarer Bedeutung, den Fokus auf die Menschen zu legen, die den steigenden und qualitativ veränderten Bedarf an pflegerischer Versorgung sicherstellen sollen. Professionelle Pflegekräfte nehmen eine gesellschaftliche Schlüsselrolle ein, denn die Grundvoraussetzung für die Deckung des Bedarfes unterschiedlicher Pflegeleistungen sind gut qualifizierte und motivierte Pflegekräfte“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. 2009)</p>
6	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg	<p><i>Insgesamt</i></p> <p>„Erst die Konfrontation mit den bestehenden Rahmenbedingungen, unter denen Altenpflege erfolgt, führt zu Belastungen und zur Unzufriedenheit. Wenn diese Bedingungen über die Ausbildungsreform hinaus im Bereich der Altenpflege bestehen bleiben, wird auch keine generalistisch ausgebildete Pflegekraft dort tätig werden wollen. Wir brauchen daher vor allem eine Reform der Rahmenbedingungen, die dafür Sorge trägt, dass die Auszubildenden in ihrem Beruf das verwirklichen können, was sie erlernt haben und was Grund für ihre Berufswahl war.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Altenpflege</i></p> <p>„Wir verkennen auch nicht, dass die zunehmenden chronischen Erkrankungen und die demografischen Entwicklungen von den Pflegenden im Krankenhaus einerseits mehr gerontologisches Wissen verlangen und andererseits in der Altenpflege mehr medizinische Kompetenz erfordern. Der Schlüssel hierfür liegt in der Multiprofessionalität sowie in der Weiterentwicklung des Berufsbildes der Altenpflege“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p>
7	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.	<p><i>Insgesamt</i></p> <p>„Seit Ende der 80er Jahre rückt das Thema Pflegenotstand immer wieder in den Fokus der Öffentlichkeit und ist derzeit aktueller denn je. Der Rückgang von Schulabgänger(inne)n und damit potenziell Interessierten am Pflegeberuf hat bereits eingesetzt. Parallel dazu steigt der Pflegebedarf an. Dies macht die Debatte um eine Reform der</p>

		Pflegeausbildung umso dringender, zumal sich die Erfordernisse in der Kranken- und Altenpflege zunehmend überschneiden.“ (Germeten-Ortmann 2011)
8	Gemeinsames Positionspapier: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD)Kirchliche Verbände	<i>Insgesamt</i> „Pflege orientiert sich in erster Linie an den individuellen Bedürfnissen des Menschen. Es hat sich ein Paradigmenwechsel von einer krankheits- und defizitorientierten Haltung hin zu einem gesundheitsförderlichen und ressourcenorientierten Pflegeverständnis vollzogen. [...] Im Gesundheitswesen ist zudem ein stärker auf Prozess- und Fallsteuerung ausgerichtetes Beratungs- und Schnittstellenmanagement notwendig.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)
9	Arbeiterwohlfahrt – Bezirksverband Württemberg e.V.	<i>Insgesamt</i> „Die Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung und ihrer Altersverteilung machen deutlich, dass die Pflege alter Menschen künftig das bedeutsamste Arbeitsfeld der Pflege sein wird. Die weitere Zunahme der alten und v. a. der hochaltrigen Bevölkerung ist mit einem Anstieg von Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität, altersbedingten Funktionseinbußen, Behinderung in Kombination mit Pflegebedarf usw. assoziiert.“ (AWO 2014; AWO 2013)
10	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft	Keine Angaben

2. Beurteilung der Entwicklung der generalistischen Pflegeausbildung

1	<p>Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg e.V.</p> <p>GA: Pro</p>	<p><i>Beurteilung GA generell</i> „Der PARITÄTISCHE Gesamtverband setzt sich für eine Zusammenlegung der bislang getrennten Pflegeausbildungsberufe im Sinne einer „generalistische Pflegeausbildung“ ein.“ (Pawils 2011)</p> <p><i>Beurteilung GA Altenpflege</i> „Es ist wichtig, dass in der Ausbildung der Pflege die Kernkompetenzen der Altenpflege ausgebaut und geschärft werden. Anderenfalls drohen gravierende Nachteile für die fachgerechte Versorgung hochalter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern“ (Pawils 2011)</p> <p><i>Berufsaussichten GA-Absolventen</i> „Eine generalistische Ausbildung mit einem gemeinsamen Berufsabschluss sowie einer möglichen Schwerpunktsetzung ermöglicht flexible berufliche Einsatzmöglichkeiten“ (Pawils 2011)</p> <p><i>Fort- und Weiterbildungssektor bei GA</i> „Schwerpunktsetzungen bereits innerhalb der Ausbildung bieten die Möglichkeit der Vertiefung schon während der beruflichen Erstausbildung und führen zu einer Verkürzung der Weiterbildungen.“ (Pawils 2011)</p>
2	<p>Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e.V. – Landesverband Baden-Württemberg</p> <p>GA: Kontra</p>	<p><i>GA generell</i> „Der Bundesvorstand des DVLAB hat sich nach intensiver Diskussion zur generalistischen Ausbildung als Berufsverband positioniert und sich mehrheitlich gegen selbige ausgesprochen“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)</p> <p><i>GA Altenpflege</i> „Die Altenpflege krankt nicht an ihrer Ausbildung, sondern an schlechten Arbeitsbedingungen, überbordender Bürokratie, magerer Bezahlung und viel zu knappen Personalschlüsseln. Diese Probleme kann eine Zusammenlegung der Pflegeausbildung nicht lösen. Im Gegenteil – die Generalistik würde zu bedrohlichen Defiziten in allen Versorgungsbereichen führen und nur neue Probleme schaffen!“ (DVLAB Bundesverband e.V. 2015)</p> <p><i>Argumente gegen den Einsatz von GA-Absolventen</i></p>

		<p>„Da die Ausbildung weiterhin drei Jahre dauern soll, müssen die einzelnen fachlichen Wissensvermittlungen jeweils entsprechend reduziert werden. Dieses ginge aber zu Lasten des Hauptfaches, in welchem der Auszubildende später arbeiten will. Alten- und Krankenpfleger benötigen für ihre Einsatzbereiche ein segmentiertes, tiefgreifendes Wissen“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)</p> <p>„Damit wird der fachspezifische praktische Einsatz der Altenpflegeschüler in der neuen Ausbildung in etwa halbiert. Wir bezweifeln, dass dieses einer Steigerung der Fachkompetenz dient“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)</p> <p><i>Auswirkungen pflegerische Versorgung</i></p> <p>„im Ergebnis zu nachhaltigen Defiziten in allen Versorgungsbereichen führen“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)</p> <p><i>Erwartete langfristige Veränderungen</i></p> <p>„Sollte es zur „Eingemeindung der vermeintlich unstrukturierten Altenpflege in die Krankenpflege kommen, werden andere Berufsbilder die Lücken schließen müssen, die generalistisch ausgebildete Krankenpflege hinterlassen wird. Zukünftig werden dann z. B. Fachkräfte für die Alltagsbegleitung bzw. psychosoziale Betreuung mit einer dreijährigen Ausbildung als Ergänzung zu den Pflegefachkräften nötig sein“ (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)</p>
3	<p>Bundesverband Pflegermanagement – Landesgruppe Baden- Württemberg</p> <p>GA: Pro</p>	<p><i>GA generell</i></p> <p>„Dabei wird deutlich, dass eine möglichst breite Ausbildungsbasis in Kombination mit entsprechenden Vertiefungsmöglichkeiten in bestimmten Einsatzfeldern nicht nur die Versorgung der Patienten optimieren, sondern auch für die Pflegenden weitaus flexiblere und damit auch bessere Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten bieten würde.“ (Bundesverband Pflegermanagement e.V. 2013)</p> <p><i>Erwartete langfristige Veränderungen</i></p> <p>„Die Vereinheitlichung der Ausbildung in den Bereichen der Alten- und Kranken-/Kinderkrankenpflege wird zu einem neuen Berufsverständnis führen“ (Bundesverband Pflegermanagement e.V. 2014)</p>
4	<p>Landesarbeitsgemeinschaf t geriatrischer</p>	Keine Angaben

	<p>Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg</p> <p>Keines vorhanden</p>	
5	<p>Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Baden-Württemberg e. V. und Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V.</p> <p>GA: Pro</p>	<p><i>Generell</i></p> <p>„Eine gemeinsame Pflegeausbildung muss so gestaltet werden, dass ihre Absolventen unabhängig von Alter und Krankheitsbildern der Pflegebedürftigen/ Patienten in allen allgemein-pflegerischen Bereichen nach SGB V und SGB XI gleichermaßen eingesetzt werden können. [...] Schaffung einer neuen, gemeinsamen Pflegeausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss, die so gestaltet wird, dass die besonderen Kompetenzen der Alten-, der Gesundheits- und Kinderkranken- und der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt werden.“ (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2014)</p> <p><i>Argumente für den Einsatz</i></p> <p>„Patienten und Bewohner kommen mit hohem Pflegebedarf nach Hause und müssen weiter medizinisch und pflegerisch betreut werden. Damit steigt gerade auch bei den ambulanten Diensten und in der stationären Pflege der Bedarf an Pflegekräften, die alle Aspekte der Pflege abdecken und umfassend einsetzbar sind“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009)</p> <p>Ziel der Pflegebildung „Pflegefachkräfte mit einem breit angelegten Fachwissen zur Verfügung zu stellen, die darüber hinaus über die Kompetenz verfügen, sich bei Bedarf spezifisches Wissen anzueignen.“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009)</p> <p><i>Auswirkungen auf pflegerische Versorgung</i></p> <p>„Es liegt auf der Hand, dass gerade eigenverantwortlich tätige Pflegefachkräfte künftig übergreifende Pflegekompetenzen aufweisen müssen“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009)</p> <p><i>Maßnahmen bei Nachteilen</i></p> <p>„Die Praxisanleitung muss im gesamten Bildungsprozess einen höheren Stellenwert einnehmen“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009)</p> <p><i>Rolle Fort- und Weiterbildung</i></p>

		„Parallel zur Schaffung der dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung legen die Länder eine Weiterbildungsordnung Pflege fest, die die Spezialisierung in zentralen Fachgebieten der Pflege regelt.“ (Deutsches Rotes Kreuz e. V. 2014)
6	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg GA: Kontra	<p><i>GA Generell</i> „In einer gemeinsamen dreijährigen Ausbildung werden alle Pflegeberufe einen Verlust an spezifischen Fähigkeiten hinnehmen müssen. Breite statt Tiefe wird dann gelten. Alle drei Pflegebereiche sind heute in hohem Maße ausdifferenziert und verlangen spezifische Fachkenntnisse von den Pflegekräften. Eine reine Basisqualifizierung wird hier schnell zur beruflichen Überforderung führen.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>GA Altenpflege</i> „Mit wachsendem Anteil chronischer Erkrankungen und der Maxime, Lebensqualität auch mit gesundheitlichem und funktionalem Handicap zu schaffen und soziale Teilhabe zu ermöglichen, bedarf es weiterhin eines hierauf ausgerichteten Berufsbildes.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Berufsaussichten</i> „Allerdings werden auch generalisiert ausgebildete Pflegekräfte – wenn sie ihre Praxiseinsätze schwerpunktmäßig in der Altenpflege wahrgenommen haben – wegen des spezifischen Bedarfs des Krankenhauses zur Akutversorgung und des hierfür erforderlichen Spezialwissens nur selten eingestellt werden.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Fort- und Weiterbildung</i> „Eine Spezialisierung in einem der drei Berufe soll im Anschluss an die dreijährige Ausbildung erfolgen. Diese wiederum wird die Ausbildungszeit verlängern und vor allem auch dazu führen, dass sie von der Pflegekraft voraussichtlich selber finanziert werden muss.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Erwartete langfristige Veränderungen</i> „Mit einer generalistischen Ausbildung erhofft man sich, durch einen flexibleren Einsatz der Pflegekräfte in den unterschiedlichen Bereichen, den Personalmangel zu mindern. Es kommen durch die Flexibilisierung aber nicht automatisch mehr Pflegekräfte ins System. Ob der Beruf hierdurch attraktiver wird, ist ebenfalls nicht belegbar. Davon auszugehen ist derzeit reine Spekulation.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p>

7	<p>Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.</p> <p>GA: Pro</p>	<p><i>Pro GA-Einsatz</i></p> <p>„Im Krankenhaus werden für die Pflege hochbetagter Menschen verstärkt gerontologische und gerontopsychiatrische Kompetenzen erforderlich; in der ambulanten Pflege und der stationären Altenhilfe werden mehr krankenpflegerische oder medizinisch-pflegerische Kompetenzen benötigt. Traditionell ausgebildete Kranken- oder Altenpfleger(innen) verfügen in aller Regel nicht über ein Kompetenzprofil, das alters- und sektorenübergreifenden Anforderungen gerecht wird.“ (Germeten-Ortmann 2011)</p> <p><i>Auswirkungen pflegerischer Versorgung</i></p> <p>„Die Modellabsolvent(inn)en beweisen sich in der beruflichen Praxis als kompetente Pflegekräfte, indem sie ihr Handlungswissen auf unterschiedliche pflegerische Situationen übertragen sowie eigeninitiativ und flexibel arbeiten. Sie verfügen über das Potenzial, umfassend zu denken und komplexe Zusammenhänge im pflegerischen Alltag schnell zu begreifen. Zudem zeigen sie in schwierigen beruflichen Situationen ausgeprägte personale und soziale Fähigkeiten“ (Rottländer 2009)</p> <p><i>Maßnahmen bei Nachteilen</i></p> <p>„Neben der Zusammenführung der theoretischen Ausbildung kommt es besonders darauf an, die praktische Ausbildung auszugestalten. In der Praxis sollten Pflegeschüler(innen) ausreichend Gelegenheit für vertiefende und intensive Lern- und Arbeitserfahrungen in den allgemeinen pflegerischen Bereichen erhalten sowie weitere pflegerische Handlungsfelder kennenlernen.“ (Rottländer 2009)</p> <p><i>Rolle Fort- und Weiterbildung</i></p> <p>„Dass Spezialisierungen für einzelne Arbeitsbereiche (zum Beispiel Intensivpflege) und Funktionen (Leitung einer Pflegeeinheit) weiterhin erforderlich sind, bleibt unbenommen.“ Ev. Fachverband Altenhilfe (Germeten-Ortmann 2011)</p> <p><i>Erfahrungen</i></p> <p>„Es hat sich erwiesen, dass eine gemeinsame Pflegeausbildung umfassend qualifizierte Pflegefachkräfte hervorbringt und die 241 Absolvent(inn)en sich den derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen stellen können“ (Rottländer 2009)</p>
8	<p>Gemeinsames Positionspapier: Deutscher</p>	<p><i>GA generell</i></p> <p>„Eine dreijährige grundständige Ausbildung ist neu zu konzipieren. Sie muss sich an den strukturellen Veränderungen im</p>

	<p>Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD)Kirchliche Verbände</p> <p>GA: Pro</p>	<p>Pflegebereich ausrichten und ein gesundheits- und ressourcenorientiertes Pflegeverständnis fördern. Die Ausbildung muss einen direkten Einstieg in alle Tätigkeitsfelder des Gesundheits- und Pflegewesens ermöglichen.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p> <p><i>Berufsaussichten</i> „Dieses Berufsgesetz [mit generalistischem Berufsabschluss] muss sicherstellen, dass Absolventen ihren Beruf ohne Einschränkungen in allen Arbeitsfeldern der Pflege ausüben können.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p> <p><i>Maßnahmen bei Nachteilen</i> „Sie [generalistische Ausbildung] stellt eine an Kompetenzen orientierte grundständige Ausbildung mit auf einander bezogenen theoretischen und praktischen Ausbildungsabschnitten dar und befähigt zur professionellen Ausübung des Berufes. Übergreifende Kompetenzbereiche, wie z. B. Beratung, Prävention, Pflege alter Menschen, Akutversorgung chronisch erkrankter Menschen sollen in der Ausbildung besondere Berücksichtigung finden.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p> <p><i>Rolle Fort- und Weiterbildung</i> „Aus-, Fort- und Weiterbildung: Sie müssen als aufeinander bezogenes Bildungskonzept gedacht und entwickelt werden. Sie sind sowohl im beruflichen als auch im Hochschulbereich anzusiedeln und müssen einen Wechsel zwischen den Arbeitsfeldern als auch den Zugang zum tertiären Sektor ermöglichen“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011) „Spezialisierungen und weiterführende Arbeitsplatz bezogene Lernangebote erfolgen durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach dem Ausbildungsabschluss.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p>
9	<p>Arbeiterwohlfahrt – Bezirksverband Württemberg e. V.</p> <p>GA: Kontra</p>	<p><i>GA generell</i> „Ein Reformprozess in Richtung einer generalistischen Pflegeausbildung muss sich aus Sicht der AWO an folgenden Prämissen orientieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewährleistung einer zielgruppenspezifischen, fachgerechten Versorgung alter Menschen - Faire Lösung für die Finanzierung des Umbaus der Schulen - Kein Verlust von Ausbildungsplätzen bzw. Personalkapazitäten auch bei den Lehrenden - Erhalt der (wohnortnahen) Ausbildungsinfrastruktur - Größtmögliche Durchlässigkeit auf allen Ebenen der Qualifizierung

Qualifizierungsangebote zur Sicherung des Zugangs zum Ausbildungsberuf wie auch zur nachfolgenden Spezialisierung Altenpflege“ (AWO Bundesverband e.V. 2014)

GA Altenpflege

„Obwohl laut Koalitionsvertrag noch in dieser Legislatur eine Umsetzung dieses Vorhaben [Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung] erfolgen soll, gleicht es bis heute einer ‚black box‘. Das schürt Ängste, Befürchtungen und Skepsis in immer größeren Fachkreisen, v.va. im Bereich der Altenpflege“. (AWO Bundesverband e.V. 2014)

Gegen Einsatz GA-Absolventen

„Wenn das notwendige spezifische Wissen bspw. über Demenzerkrankungen, ihre Symptome, Behandlungsmöglichkeiten, Therapie- und Pflegekonzepte, nicht ausreichend vorhanden ist, kann eine Pflege nicht qualitätsgesichert erbracht werden. Während dreijährig ausgebildete Altenpflegekräfte dieses Wissen erwerben, wird diese Fachtiefe in der generalistischen Basisqualifikation künftig nicht mehr erreicht.“ (AWO Bundesverband e.V. 2014)

Maßnahmen bei Nachteilen

Im Kontext einer neuen Pflegeausbildung müssen daher folgende Aspekte besonders berücksichtigt werden:

- Herstellung von Rahmenbedingungen in der Ausbildung, die die Entwicklung von Beruflichkeit ermöglichen und unterstützen.
- Berufsvorstellungen der Auszubildenden im Vorfeld der Ausbildung auf reale Verwirklichungsmöglichkeiten prüfen.
- Ausreichend Zeit zum Erlernen praxisrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- Ausreichend Zeit für fachliche Fokussierung nach eigenen Wünschen in der Ausbildung zulassen.
- Verringerung der Anzahl der Praxisorte und Praxiseinsätze während der Ausbildung.
- Aufklärung bereits tätiger Pflegekräfte über Inhalte und Ausrichtung der generalistischen Ausbildung und über Differenzen zur bisherigen Ausbildung.
- Entwicklung von unterstützenden Ausbildungsstrukturen.“ (AWO Bundesverband e.V. 2014)

Rolle Fort- und Weiterbildung

„[Es müssen] finanzielle und immaterielle Förderstrukturen und Anreize für die spezialisierte Weiterbildung etabliert werden“ (AWO Bundesverband e.V. 2014)

		„Der Wegfall der heutigen Spezialisierung, die bei einer generalistischen Ausbildung künftig erst im Anschluss an die dreijährige Basisqualifizierung erfolgt, wird für die Einrichtungen und Dienste zu erheblichen Nachqualifizierungskosten führen.“ (AWO Bundesverband e.V. 2014)
10	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft GA: Pro, aber	Zentrale Anliegen für die Einführung einer generalistischen Ausbildung <ul style="list-style-type: none"> - „Auch bei einem einheitlichen Berufsabschluss muss ausreichend Raum für die Schwerpunktsetzung in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege bleiben. Dies gilt für die praktische, aber auch für die theoretische Ausbildung. - Die ausbildenden Einrichtungen sollen nicht zu bloßen Rotationsstellen reduziert werden. - Es sollen keine ‚Flaschenhälse‘ geschaffen werden, insbesondere durch ein Pflichtpraktikum für alle Pflegeschüler in der Kinderkrankenpflege/Geburtshilfe. - Die Finanzierung der Ausbildung muss gesichert sein.“ (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. 2015)

3. Beurteilung der Entwicklung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge

1.	Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg e. V. PQP: Pro (als Ergänzung zu GA)	<i>PQP generell</i> „Eine Akademische Ausbildung ergänzt die Berufliche Bildung sinnvoll, kann diese aber keineswegs ersetzen.“ (Pawils 2011)
2.	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. – Landesverband Baden-Württemberg PQP: keine Angaben	Keine Angaben
3.	Bundesverband Pflegemanagement –	<i>PQP generell</i> „Unterstützung der Akademisierung des Pflegeberufs“ (Bundesverband Pflegemanagement e.V. 2014)

	Landesgruppe Baden-Württemberg PQP: Pro	<i>Veränderte Wahrnehmung des Berufsbildes</i> „Zum anderen hat die Einführung der dualen und grundständigen Pflegestudiengänge ein verändertes, selbstbewusstes Berufsverständnis mit sich gebracht.“ (Bundesverband Pflegemanagement e. V. 2014)
4.	Landesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg Keines vorhanden	Keine Angaben
5.	Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Baden-Württemberg e. V. und Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. PQP: Pro	<i>Generell</i> „Langfristig fordert der Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. eine grundständige generalistische Hochschulbildung für die Pflege, die mit dem Grad „Bachelor in Nursing“ abschließt.“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009) <i>Unterschiede der Einsatzbereiche</i> „Über Master-Studiengänge können Anforderungen der Intensiv- oder Langzeitversorgung, aber auch besondere Anforderungen an Beratung, Begleitung oder Begutachtung oder auch aus spezifischen Aufgaben der Organisation, des Managements oder der Koordination aufgegriffen werden“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009) <i>Erwartete langfristige Veränderungen</i> „Von den Absolventen der hochschulischen Pflegeerausbildung wird darüber hinaus erwartet, dass sie ihr Praxisfeld wissenschaftlich fundiert weiterentwickeln“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009) <i>Veränderte Wahrnehmung Berufsbild</i> „Bisher besteht auch für Pflegende ohne Hochschulreife die Chance, sich nach der dreijährigen Ausbildung mit einer fachbezogenen Weiterbildung beruflich weiterentwickeln zu können. Das spricht vor allem Pflegekräfte an, die bereits mitten in ihrem Berufsleben stehen und schon Verantwortung tragen. Eine erweiterte Zulassung zum Bachelor bietet aus Sicht des

		Verbandes der Schwesternschaften vom DRK zudem die Chance, die Attraktivität des Pflegeberufs generell zu steigern und bei Schulabsolventen – egal mit welchem Abschluss – mehr Interesse an dem Beruf hervorzurufen.“ (Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. 2012)
6.	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. – Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg PQP: Kontra	<p><i>Generell</i></p> <p>„Dem im Bund-Länder Eckpunktepapier vorgesehenen Doppelabschluss (Berufsabschluss und Bachelor) stehen wir skeptisch gegenüber.“ (bpa 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsetzbarkeit im Tätigkeitsfeld unklar - Funktionen und Vergütungsstrukturen nicht vorhanden - Keine Akzeptanz der Kostenträger <p>Geeignet zur Spezialisierung und Qualifikation von zukünftigem Führungspersonal (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Berufsaussichten</i></p> <p>„Spezialisierung und Qualifikation von zukünftigem Führungspersonal“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 2014)</p> <p><i>Einsatzmöglichkeiten klientennah</i></p> <p>„Gegenwärtig sind für diese Art qualifizierter Berufsangehöriger bisher weder Funktionen noch Vergütungsstrukturen noch die Akzeptanz der Kostenträger zur entsprechenden Berücksichtigung im Stellenschlüssel oder den Pflegesätzen zu erkennen“ (bpa 2014)</p>
7.	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. PQP: Pro	<p><i>PQP generell</i></p> <p>„Auch die Möglichkeit, parallel eine grundständige Pflegeausbildung und ein Pflegestudium in Form eines dualen Studiums zu absolvieren, wird befürwortet. Dies eröffnet zeitlich komprimierten Bildungswegen eine Chance.“ (Germeten-Ortmann 2011)</p> <p><i>Veränderte Wahrnehmung Berufsbild</i></p> <p>„Eine akademische Ausbildung von Pflegekräften entspricht nicht nur den komplexer werdenden Anforderungen an die Pflege und Versorgung der betroffenen Menschen, sondern kann auch als Anstoß gesehen werden, den Beruf für junge</p>

		<p>Menschen attraktiver zu gestalten.“ (Thielhorn 2011)</p> <p><i>Tarifliche Eingruppierung</i></p> <p>„Manche Rahmenbedingungen sind noch nicht geklärt, etwa die tarifliche Eingruppierung oder das spezifische Aufgabengebiet der Bachelor-Absolvent(inn)en.“ (Thielhorn 2011)</p>
8.	<p>Gemeinsames Positionspapier: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD)Kirchliche Verbände</p> <p>PQP: Pro</p>	<p><i>PQP generell</i></p> <p>„Parallel ist eine grundständige akademische Qualifizierung in Form eines dualen Studiums vorzusehen.“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p> <p><i>Berufsaussichten PQP</i></p> <p>„So [durch praxisorientierte akademische Qualifizierung] ist es möglich, Interessenten für den Pflegeberuf zu gewinnen, die perspektivisch auch Organisations-, Führungs- und Prozessverantwortung übernehmen können“ (Deutscher Caritasverband et al. 2011)</p>
9.	<p>Arbeiterwohlfahrt – Bezirksverband Württemberg e. V.</p> <p>PQP: keine Angaben</p>	Keine Angaben
10.	Baden-Württembergische	Keine Angaben

	Krankenhausgesellschaft PQP: keine Angaben	
--	--	--

4. Weitere Entwicklung der Ausbildung der Pflegeberufe und zukunftsweisende Maßnahmen

1	Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg e. V.	<p>Anforderungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verankerung der Kernkompetenzen der Altenpflege und praxisnahe Ausbildung 2. Weiterentwicklung des Anforderungsprofils (höhere Fachlichkeit, Interdisziplinarität, Vernetzung, Management- und Steuerungsfunktionen, Ökonomisierung und Berücksichtigung neuer Technologien: Prävention) 3. Durchlässigkeit des gesamten Bildungssystems verbessern 4. Flächendeckende Ausbildung und Erhalt von bewährten Strukturen 5. Finanzierung der Ausbildungskosten aller Pflegeberufe aus dem Leistungssystem der Kranken- und Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln 6. Ausbau der Ausbildungsplätze im schulischen und praktischen Bereich <p>(Pawils 2011; Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. 2011, 2012)</p>
2	Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. – Landesverband Baden-Württemberg	<p><i>Zukunftsweisende subjektive Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hauptfach wird in der fachlichen Wissensvermittlung vernachlässigt - Durch GA entstehen Versorgungslücken, die durch andere Berufsbilder geschlossen werden müssen - Betriebe müssen sich auf eine enorme Schülerrotation einstellen: Hälfte der praktischen Ausbildungszeit in externen Betrieben - Professionalisierung der Altenpflege voranbringen, dadurch Verbesserung des Images, kein neuer Beruf notwendig - Altenpflegeausbildung analog der Krankenpflegeausbildung durch Kostenträger zu finanzieren. (Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. 2012)
3	Bundesverband Pflegemanagement – Landesgruppe Baden-Württemberg	Keine Angaben
4	Landesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg	Keine Angaben
5	Deutsches Rotes Kreuz –	<i>Abschluss GA</i>

	<p>Landesverband Baden-Württemberg e. V. und Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V.</p>	<p>„Die Veränderungen des Berufsbildes Pflege ziehen eine nötige Reform der Pflegebildung nach sich. Die Etablierung der grundständigen akademischen Berufsausbildung mit generalistischer Struktur schafft hier die nötigen Voraussetzungen.“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009)</p> <p><i>Wichtige Maßnahmen</i> Attraktivität der Pflegeberufe steigern durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gute Arbeitsbedingungen - Neues Bild der Pflege (Neuakzentuierung der Tätigkeiten und Erweiterung der Kompetenzen, Erweiterung der klinischen Funktionen der Pflege, Erweiterung der edukativen Funktionen der Pflege, Erweiterung der versorgungssteuernden Funktionen der Pflege) (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 2009) <p>„Eine berechtigt eingeforderte Patientenorientierung, die Forderung der Erhöhung der Qualität der Pflegeleistung und die passgenauere individuelle Abstimmung des Pflegebedarfs auf den hilfebedürftigen Menschen sind sichtbare Zeichen der Entwicklung. Qualität der Versorgung und die Transparenz in der Versorgungsleistung sind damit zu maßgeblichen Themen der professionellen Pflege geworden. ... Damit ändern sich auch berufliche Anforderungen und Qualifizierungsbedarfe in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Zu erwarten ist auch eine Differenzierung von Qualifikationsprofilen aufgrund des medizinisch-technischen und wissenschaftlichen Fortschritts.“ (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. 2009)</p> <p>Modell der gestuften Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegehelfer/Pflegeassistenten - Pflegefachkraft <p>Akademische Pflegefachkraft (Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. 2009)</p>
6	<p>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. – Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg</p>	<p><i>Abschluss GA</i></p> <p>„Bei einer Generalisierung der Pflegeausbildung in Deutschland würde ein Großteil der Altenpflegerischen Ausbildungsinhalte verloren gehen und der neue einheitliche Pflegeberuf in hohem Maße dem entsprechen, was heute in der Krankenpflegeausbildung vermittelt wird.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 2014)</p> <p>„Die fachlichen Anforderungen an unsere Fachkräfte in der Altenpflege sind hoch und werden in Zukunft weiter steigen. Deshalb müssen spezialisierte Inhalte direkt in der Ausbildung vermittelt werden‘, betont der bpa-Landesvorsitzende</p>

		<p>[Rainer Wiesner]. „Ansonsten lernen die Pflegekräfte in der Zukunft zuerst vieles, was sie nicht brauchen, und müssen sich um ihre so wichtige Spezialisierung anschließend selbst kümmern. Wir fordern den Erhalt der Altenpflegeausbildung“, so Wiesner.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 2015)</p> <p><i>Weitere Maßnahmen</i></p> <p>„Die diversen lebensweltlichen und gesundheitlichen Anforderungen, vor allem in der vielfältigen Verknüpfung von Selbstpflege, Laienpflege, ehrenamtlicher Tätigkeit, Hilfs- und Assistenzfunktionen sowie in der Abstimmung und Koordination inter- und transdisziplinärer Art, erfordern Steuerungs- und Führungskompetenzen. Diese sind bereits in der Grundausbildung (und nicht erst im akademischen Anschluss) zu vermitteln, da Fachkräfte in erster Linie in der Steuerung des Alltags tätig und wirksam sind.“ (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 2014)</p>
7	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.	<p><i>Abschluss PQP</i></p> <p>„Durch eine akademische Berufsausbildung in der Pflege ist – vor dem Hintergrund des gesamtgesellschaftlich gesehen steigenden Pflegebedarfs – zu erwarten, dass neue Qualitätsimpulse für die Ausbildung und Praxis gesetzt werden, die Ausbildung international anschlussfähig wird und schließlich ein Beitrag zur Professionalisierung in den Pflegeberufen geleistet wird.“ (Thielhorn 2011)</p>
8	Gemeinsames Positionspapier: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und Verband katholischer	Keine Angaben

	Altenhilfe in Deutschland (VKAD) Kirchliche Verbände	
9	Arbeiterwohlfahrt – Bezirksverband Württemberg e.V.	<p><i>Abschluss GA</i></p> <p>Forderungen der AWO bei der Gestaltung der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegerische Versorgungsqualität für ältere Menschen erhalten und weiter entwickeln - Wohnortnahe Ausbildungsinfrastruktur auch zukünftig sichern - Alle Ausbildungsstätten für Pflege als Berufsfachschulen anerkennen - Weniger ist mehr – Fachlichkeit und Personalbindung durch längere Praxis-Pflichteinsätze ermöglichen - Gesamtverantwortung der Schulen rechtlich fundieren - Durch regionale Kooperation und Vernetzung die Ausbildung optimieren - Niedrigschwelligen Ausbildungszugang erhalten und Weiterentwicklung unbürokratisch gestalten - Mehraufwand der neuen Ausbildung personell und finanziell adäquat begegnen. <p>„Wer eine Reform der Pflegeausbildung politisch umsetzen will, wird sich mit den hier dargelegten Fragestellungen befassen müssen, um nicht die Grundlagen für die Pflegeausbildung in Deutschland in Zeiten des stetig wachsenden Fachkräftemangels zu gefährden. Diese Fragen sollten dringend im Kontext eines Gesetzgebungsprozesses bedacht und abgewogen werden.“ (AWO Bundesverband e.V. 14.09.2024)</p>
10	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft	Keine Angaben

Kontakt:

Professorin Dr. Karin Reiber
Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen
Tel +49 (0) 711 / 39745-12
Karin.Reiber@hs-esslingen.de
www.hochschule-esslingen.de

Professor Dr. Maik H.-J. Winter
Hochschule Ravensburg Weingarten
Leibnizstraße 10
88250 Weingarten
Tel +49 (0) 751 / 501- 9419
maik.winter@hs-weingarten.de
www.hs-weingarten.de

DIE BADEN-WÜRTTEMBERG STIFTUNG setzt sich für ein lebendiges und lebenswertes Baden-Württemberg ein. Sie ebnet den Weg für Spitzenforschung, vielfältige Bildungsmaßnahmen und den verantwortungsbewussten Umgang mit unseren Mitmenschen.

Die Baden-Württemberg Stiftung ist eine der großen operativen Stiftungen in Deutschland. Sie ist die einzige, die ausschließlich und überparteilich in die Zukunft Baden-Württembergs investiert – und damit in die Zukunft seiner Bürgerinnen und Bürger.

Baden-Württemberg Stiftung gGmbH
Kriegsbergstraße 42 · 70174 Stuttgart
Tel +49 (0) 711 248 476-0
Fax +49 (0) 711 248 476-50
info@bwstiftung.de · www.bwstiftung.de