

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 51-71



4	Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern.....	51
	<i>Yvonne Lehmann und Johann Behrens</i>	
4.1	Einleitung.....	51
4.2	Pflegende – eine heterogene Berufsgruppe.....	53
4.2.1	Zur Ausbildung von Pflegefachpersonen in europäischen Ländern	53
4.2.2	Zu den Weiterqualifizierungen für Pflegefachpersonen	57
4.2.3	Zu den Qualifizierungen für Pflegehelfer/innen.....	59
4.2.4	Qualifikationsstufenkonzepte, Kompetenzrahmen und Strategie- papiere	61
4.3	(Irr-)Wege zur Pflegepersonalsicherung und Attraktivitäts- steigerung von Ausbildung und Beruf.....	62
4.4	Fazit: Was lässt sich für Deutschland lernen?.....	67

4 Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern

Yvonne Lehmann und Johann Behrens

Abstract

Im Beitrag wird aufgezeigt, dass Pflegepersonalmangel und Maßnahmen zu seiner Milderung ein europäisches und internationales Dauerthema sind. Dabei können keine eindeutigen Aussagen dazu getroffen werden, inwiefern die in vielen Ländern vollzogene Akademisierung der Pflege die Attraktivität des Berufs steigern und damit zur Begegnung des Personalmangels beitragen konnte. Entsprechend anzunehmende Effekte werden v. a. durch vielfach als unattraktiv befundene Arbeitsbedingungen überlagert. Mit Sicherheit aber bewirkt die Akademisierung positive Effekte auf die Professionalisierung des Berufsfeldes und die qualitativ hochwertige Sicherung der Patientenversorgung.

The article indicates that a shortage of nurses and measures to mitigate it is an ongoing European and international issue. There is no clear conclusion about how the academisation of nursing implemented in many countries could make this profession more attractive and remove staff shortage. Appropriate effects are overlaid by difficult working conditions. However, academisation has positive effects on the professionalisation of the occupation and a patient care of high quality.

4.1 Einleitung

An die Bestrebungen, die Pflegeaus- und -weiterbildung in Deutschland zu akademisieren, sind eine Reihe von Erwartungen geknüpft. Zentrales Anliegen ist, die Professionalisierung des Pflegeberufes voranzutreiben, um die Versorgungsqualität in der Pflege aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Die Anbindung an die Hochschule soll dabei einen zentralen Beitrag zur Evidence-Basierung beruflichen Handelns bzw. zur Implementierung (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis leisten (Benner et al. 2010; Behrens und Langer 2010; WR 2012). Zusätzlich geht es vielen auch darum, das Ansehen und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, um mehr Bewerber/innen anzuziehen und so dem Personalmangel entgegenzuwirken (SVR 2007, 2012; DPR und DGP 2014).

Diese beiden Erwartungen an die Akademisierung können relativ unabhängig voneinander betrachtet und wohl auch erfüllt werden. Sie sind jedoch keineswegs

identisch. Die erste Erwartung ergibt sich in Hinblick auf das Wohl der Pflegebedürftigen: Eine Pflege, die nicht externe Evidence finden und reflektierend interne Evidence mit ihren einzigartigen Klienten und Klientinnen aufbauen kann, ist schlicht „gefährliche Pflege“. Wenn Akademisierung der Evidence-Basierung dient, ist Akademisierung selbst dann nötig, wenn durch sie niemand für den Beruf motiviert werden würde. Die erste Erwartung wäre erfüllt, die zweite verletzt. Umgekehrt scheint es auch denkbar, dass eine Akademisierung die Attraktivität des Pflegeberufes steigern kann, ohne gleichzeitig die Forderung nach Evidence als Grundlage besser zu erfüllen als eine traditionelle Ausbildung. Bei dieser Konstellation wäre die erste Erwartung verletzt, die zweite erfüllt.

Im folgenden Beitrag wird – die erste Erwartung berücksichtigend – primär die zweite geprüft, nämlich ob und ggf. wie die Akademisierung der Pflege international das Ansehen und die Attraktivität des Pflegeberufes verändert und dem Pflegepersonal mangel entgegengewirkt hat. Eine solche Prüfung erscheint interessant, da Personal, einschließlich Nachwuchsmangel auch in Ländern mit etablierten akademischen Pflegebildungsstrukturen ein bekanntes Phänomen ist. Personal mangel zieht sich als überdauerndes Problem durch die Pflegegeschichte (Attree et al. 2011). In vielen Ländern nimmt er jedoch aktuell in einem bisher nicht bekannten Ausmaß zu (ebd.; ICN 2005). Der Mangel an Pflegenden muss dabei nicht unbedingt ein grundsätzliches Defizit an qualifizierten Personen bedeuten, sondern kann auch für einen Mangel an Personen stehen, die bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen zu arbeiten (European Commission 2012). Aus diesem Grund kommt neben Maßnahmen, die die Pflegeausbildung anziehender machen (sollen), v. a. auch solchen eine zentrale Bedeutung zu, die die Tätigkeit in einem Pflegeberuf attraktiver machen.

Neben grundsätzlichen Aussagen zu Entwicklungen im internationalen Raum finden sich dabei im Folgenden länderspezifische Aussagen für Frankreich, Großbritannien, die Niederlande und Österreich. Diese gründen auf einer Studie zur „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) (Lehmann et al. 2014). Die GesinE-Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und mit fachlicher Begleitung des Bundesinstituts für Berufsbildung unter der Leitung von Prof. Dr. J. Behrens und Prof. Dr. M. Landenberger am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt. Leitendes Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über die Ausbildungs-, Tätigkeits-, Qualifikations- und Kompetenzprofile für 16 Gesundheitsfachberufe in Deutschland und der ihnen entsprechenden Berufe in den genannten Ländern, die vom Förderer vorgegeben waren, zu erarbeiten. Die Studie soll einen Beitrag zur fundierten Weiterentwicklung und Neuordnung der Gesundheitsfachberufsprofile und ihrer Qualifizierungswege in Deutschland leisten.

Die aus der GesinE-Studie für diesen Beitrag nutzbaren Informationen wurden aktualisiert und durch eine explorative Recherche in den Datenbanken Pubmed, Cinahl und Cochrane Library sowie per Handsuche in internationalen Zeitschriften ergänzt. Weitere Literatur wurde nach Durchsicht der Verzeichnisse gefundener Quellen zusammengetragen.

4.2 Pflegende – eine heterogene Berufsgruppe

Pflegende bilden in allen Ländern die größte und zugleich eine – gemessen an den Qualifikationsprofilen – vielschichtige Berufsgruppe des Gesundheitswesens. Diese Vielschichtigkeit wird sich durch den vermehrten Einsatz von Helfer/innen einerseits und weiterqualifizierten Pflegenden andererseits weiter verstärken. Zentrale Säule der Pflegeberufsgruppe sind die „Pflegefachpersonen“ (auch: Pflegefachkräfte). Sie sind i. d. R. gemeint, wenn von „Pflegepersonalmangel“ oder „Pflegefachkräftemangel“ gesprochen wird. Und sie sind es, um deren Ausbildung es beim Diskurs um die Akademisierung der Pflege geht. In Deutschland gehören zu ihnen Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger/innen sowie Altenpfleger/innen.

4.2.1 Zur Ausbildung von Pflegefachpersonen in europäischen Ländern

In der Europäischen Union (EU) orientieren sich die Ausbildungen von Pflegefachpersonen an der Richtlinie 2005/36/EG, die die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen für die „Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“ regelt (EU Parlament und Rat der EU 2005). Die Mindestausbildungsdauer beträgt demnach drei Jahre und umfasst 4 600 Stunden theoretischen Unterricht und praktische Unterweisung. Das theoretische Element darf dabei nicht weniger als ein Drittel und das praktische nicht weniger als die Hälfte betragen. Zudem sind in der Richtlinie in die Ausbildung zu integrierende Themen und Fachgebiete und seit 2013 auch zu erreichende Kompetenzen festgehalten. Den skizzierten Mindestanforderungen steht nicht entgegen, dass EU-Länder darüber hinausgehende Erfordernisse vorschreiben dürfen (ebd.). Damit lassen sich unter anderem nationale Besonderheiten in den Ausbildungen erklären.

2011 wurde ein Modernisierungsentwurf der Richtlinie 2005/36/EG vorgelegt. Er sah u. a. eine Anhebung von zehn auf zwölf allgemeinbildende Schuljahre als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung vor (Europäische Kommission 2011). Diese Regelung wurde zu diesem Zeitpunkt – mit Ausnahme von Deutschland, Luxemburg und Österreich – bereits in allen EU-Staaten umgesetzt (Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland 2012). 2013 wurde schließlich ein Kompromiss verabschiedet. Dieser kam v. a. auf Druck der deutschen Bundesregierung zustande. Diese argumentierte, dass bei wachsendem Pflegepersonalmangel der Zutritt zum Beruf auch mit einem mittleren Schulabschluss offen bleiben muss. Dass der Zugang zur beruflichen Pflege auch über neu zu konzipierende Helfer/innenausbildungen und durchlässige Bildungsstrukturen möglich wäre, wurde im Rahmen der Argumentation nicht erwähnt. So gibt es auch in den anderen Ländern einen Zugang unterhalb einer zwölfjährigen Schulbildung – nämlich über den Weg der Weiterqualifikation aus Hilfsberufen heraus. Letztlich wurde festgelegt, dass von der Richtlinie zukünftig weiterhin Ausbildungen auf der Basis von zehn und von zwölf Jahren Allgemeinbildung erfasst werden. Die Länder, in denen bereits eine zwölfjährige oder darüber liegende allgemeine Schulbildung nachzuweisen war, müssen diesen Standard beibehalten. Der deutsche, luxemburgische und österreichische „Sonderweg“, den Zugang zur Ausbildung mit zehn Schuljahren zu eröffnen und hinter dem Standard der anderen EU-Länder zurückzubleiben, kann

Abbildung 4–1

Ausbildungen für Pflegefachpersonen in ausgewählten Ländern				
Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Drei Berufe: <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankenpflege • Gesundheits- und Kinderkrankenpflege • Altenpflege 	Ein Beruf: <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière 	Ein Beruf mit vier Vertiefungsrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> • Nursing <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsenenkrankenpflege - Kinderkrankenpflege - Psychiatrische Pflege - Lernbehindertentpflege 	Zwei Berufe mit vier bzw. drei Vertiefungsrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkunde MBO (mittlerer Berufsabschluss) <ul style="list-style-type: none"> - P. im Krankenhaus - P. im Pflegeheim und in der häuslichen Pflege - Psychiatrische Pflege - Behindertentpflege • Verpleegkundige HBO (höherer Berufsabschluss) <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Pflege - Psychiatrische Pflege - Public Health 	Drei Berufe: <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege • Kinder- und Jugendlichenpflege • Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
Verortung: <ul style="list-style-type: none"> • Regulär: Ausbildung im sekundären Bildungssektor • Modellprojekte: Erwerb eines Berufs- und eines Bachelorabschlusses im Hochschulsektor <p>Eckpunktepapier für ein neues Pflegeberufgesetz sieht zwei reguläre Varianten vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsabschluss im sekundären Sektor • berufszulassender Bachelorabschluss im Hochschulsektor 	Verortung: <ul style="list-style-type: none"> • Seit Studienjahr 2009/10 ausschließlich berufszulassende Bachelorstudiengänge • Zuvor: Ausbildung im postsekundären Sektor 	Verortung: <ul style="list-style-type: none"> • Seit Studienjahr 2012/13 ausschließlich berufszulassende Bachelorstudiengänge • Zuvor: seit den 1990er Jahren parallel bestehende berufszulassende Abschlüsse im Hochschulsektor: Diploma in Higher Education oder Bachelor Degree 	Verortung: <p>Zwei Varianten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundärer Bildungssektor: Erwerb eines sogenannten mittleren Berufsabschlusses • Tertiärer Sektor: Erwerb eines sogenannten höheren Berufsabschlusses auf Bachelorstufe <p>Beschluss: zukünftig ausschließlich berufszulassende Bachelorabschlüsse</p>	Verortung: <ul style="list-style-type: none"> • Regulär: sekundärer Bildungssektor: Erwerb eines sogenannten Diploms • Modellprojekte: Erwerb eines berufszulassenden Bachelorabschlusses im Hochschulsektor <p>Beschluss: zukünftig ausschließlich berufszulassende Bachelorabschlüsse</p>
Pflege-Report 2016				Wido

beibehalten werden (DBfK 2013). Die EU-Richtlinie 2005/36/EG trifft keine Aussage über eine notwendige Ansiedlung der Ausbildung von Pflegefachpersonen im Hochschulsektor. Gleichwohl ist diese in den EU-Ländern inzwischen weitgehend Realität (Eaton 2012).

Ausbildungsprofile und Verortung der Ausbildung für Pflegefachpersonen

Die bisherige Aufteilung in drei Ausbildungen in Deutschland, nämlich für Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege, gibt es in anderen Ländern nicht. Eine ähnliche Ausbildungsstruktur findet sich

(noch) in Österreich: Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (siehe Abbildung 4–1). Allerdings spezialisieren sich auch in vielen anderen Ländern die Auszubildenden bereits früh innerhalb der dort vielfach als generalistisch bezeichneten Ausbildung. So können sich unter dem Etikett der generalistischen Ausbildung hochspezialisierte Vertiefungen verbergen, die allerdings zumindest formal Arbeitsmarktzugänge nicht beschränken.

In Frankreich kennt man nur eine Krankenpflegeausbildung. Ein Abschluss für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dort durch eine zwölfmonatige Verlängerung der Ausbildung möglich oder durch eine spätere Weiterqualifizierung. Eine Altenpflegeausbildung gibt es in Frankreich, wie auch in den anderen Ländern, nicht. Jedoch bestehen dort weiterqualifizierende Studiengänge mit gerontologisch-geriatrischem Schwerpunkt.

In Großbritannien und in den Niederlanden werden Ausbildungen für Pflegefachpersonen mit einer berufsfeldbreiten Phase und daran anschließenden Vertiefungsrichtungen umgesetzt. Der erfolgreiche Abschluss führt in beiden Ländern zu einer beruflichen Registrierung als „Registered Nurse“ bzw. „Verpleegkundige“. Das Einsatzfeld der Absolvent/innen ist durch die gewählte Vertiefung nicht beschränkt. Die Vertiefung kann den Berufsweg prägen, muss es aber nicht. Mit diesem Vorgehen sind die Abschlüsse aus Großbritannien und den Niederlanden innerhalb der EU automatisch nach der Richtlinie 2005/36/EG als Berufsqualifikationen in der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ anerkannt. Für die spezialisierten Ausbildungen in der Alten- sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland bzw. in der Kinder- und Jugendlichen- sowie Psychiatrischen Pflege in Österreich gilt dies nicht. Damit sind die Absolvent/innen dieser Ausbildungen in ihrer Mobilität in Europa begrenzt.

In Deutschland und Österreich sind die Ausbildungen für Pflegefachpersonen, außer in Modellstudiengängen, bislang im sekundären Bildungssektor angesiedelt. Dagegen bestehen in Frankreich seit 2009/10 und in Großbritannien seit 2012/13 ausschließlich Ausbildungen im tertiären Bereich. In den Niederlanden wiederum gibt es (noch) sowohl eine Ausbildung im sekundären Sektor als auch ein Studium an Hochschulen.

Entwicklungen in der Ausbildung für Pflegefachpersonen

Erste Pflegestudiengänge in Europa, zunächst als Weiterbildungen, lassen sich für Großbritannien und die Niederlande auf die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts datieren. Berufszulassende Studiengänge – wenngleich bis in die späten 1990er bzw. 2000er Jahre hinein nicht flächendeckend – gibt es in Großbritannien seit den 1960er und in den skandinavischen Ländern sowie in den Niederlanden seit Anfang der 1970er bzw. 80er Jahre (Laiho 2010). Gemessen daran sind die Entwicklungen in Deutschland, Österreich und Frankreich sehr jung. So wurde zwar in Frankreich bereits seit 1965 ein Hochschulstudium für Führungskräfte angeboten, doch begann die eigentliche Akademisierung erst 2009 mit der Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor. Dabei waren und sind einige Fragen nicht endgültig geklärt, wie jene nach dem Verhältnis von Pflege und Medizin und auch, an welchen Fakultäten die Pflege zu verorten ist. Ärztliche Vertreter/innen betonen, dass nur medizinische Fakultäten die Qualität der pflegerischen Ausbildung sicherstellen

könnten. Vertreter/innen der Pflege hingegen fordern Fakultäten für Gesundheitsberufe oder die Verortung der Pflege in geistes- oder sozialwissenschaftlichen Fakultäten (Delmas 2010).

In Großbritannien begannen Überlegungen zu einer Neugestaltung der Pflegeausbildung in den 1980er Jahren. Damit sollten Defizite der traditionellen Ausbildung abgebaut und deren Attraktivität erhöht werden. Die Ausbildung sollte an moderne berufspädagogische Prämissen angelehnt und auf veränderte Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtet werden. Bis dahin war sie, nicht zuletzt durch ihre Ansiedlung an Krankenhausschulen des Nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS), stark auf die Versorgung von akut Kranken fokussiert. Eine Vorbereitung auf andere Kontexte, v. a. in der Gemeinde- und stationären Langzeitpflege, spielte kaum eine Rolle (Burke 2003). Der „Nursing and Midwifery Council“ (NMC) setzte in seiner Funktion als Berufskammer eine Arbeitsgruppe ein, die unter dem Titel „Project 2000“ ein neues Ausbildungskonzept erstellte (Hackmann 1999). Ab 1989 wurde es umgesetzt und die Ausbildung bis 1995 aus dem NHS herausgelöst und vollständig in den Hochschulsektor verlagert (ebd.).

Nachdem erkannt wurde, dass auf die eingeleiteten Reformen nicht die erwünschten Entwicklungen folgten, fanden zunächst kleinere Anpassungen statt und im Jahr 2000 folgte das Reformprogramm „Making a Difference“. Erneut wurde eine umfassende Bestandsaufnahme der Versorgungsbedarfe und der dafür notwendigen Qualifikationsanforderungen gemacht. Auf dieser Basis erarbeitete der NMC neue Standards für die Erstausbildung. Ein zentrales Ziel war, die Studierenden bis zu ihrem Berufseintritt „fit for practice“, d. h. handlungsfähig zu machen (Bradshaw und Merriman 2008). Dazu wurden zum einen die praktische Anleitung und der Theorie-Praxis-Bezug verbessert, zum anderen wurde der in Großbritannien für alle Pflegestudierenden inhaltlich gleiche erste Studienabschnitt von 18 auf zwölf Monate verkürzt. Folglich wurde das Differenzierungsprogramm, mit dem sich die angehenden Pflegenden in einem der vier Zweige „Erwachsene“, „Kinder“, „Lernbehinderte“ oder „Psychisch Kranke“ spezialisieren, von 18 auf 24 Monate verlängert¹.

Mehrere Studien aus Großbritannien zeigen, dass die Studierenden seit der Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor das Studium zwar mit einem hohen Maß an theoretischen Kenntnissen, aber ohne als hinreichend empfundene praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten verlassen (ebd.). Ähnliche Einschätzungen – hier zugleich mit Bezug zu der Frage, ob die Ausbildung hinreichend auf die zukünftigen Anforderungen vorbereitet – finden sich auch in weiteren Beiträgen (z. B. Holland et al. 2010; Taylor et al. 2010). I. d. R. ist nach Abschluss des Studiums eine umfassende Einarbeitung unumgänglich (Bradshaw und Merriman 2008). Hierfür werden vielerorts die ersten zwölf Monate im Beruf als Lernphase deklariert und durch ein Einarbeitungskonzept strukturiert.

¹ Eine genauere Analyse der britischen Entwicklung erscheint für die in Deutschland geplante generalistische Ausbildung relevant: Zwei Jahre der Ausbildung in Großbritannien werden getrennt nach Berufsfeldern durchgeführt. Dabei besteht an der Einheit des Berufs „Nurse“ kein Zweifel und der Abschluss ist – unabhängig von der Vertiefungsrichtung – automatisch innerhalb der EU anerkannt.

In den Niederlanden wurden die Pflegeausbildungen ab Mitte der 1990er Jahre überarbeitet und in ein gestuftes System gebracht (de Jong und Landenberger 2005). Seit 2000 sind die Ausbildungen in fünf Niveaus gegliedert, wobei Niveau 5 der berufsbefähigenden Bachelor-Ebene entspricht (ebd.). Den Ausbildungsniveaus sind sukzessive pflegerische Aufgaben von zunehmender Komplexität zugeordnet. Pflegeausbildung und -studium werden dabei in den Niederlanden als gestuftes Kontinuum gesehen. Die Ausbildungsniveaus sind mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen verbunden, bauen aufeinander auf und sind zugleich in sich abgeschlossene Qualifizierungsangebote (ebd)².

Aktuell ist für die Niederlande auf ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsministeriums zu verweisen, in dem unter der Leitung des Pflegeberufsverbandes neue Profile für Pflegeassistent/innen, Pflegefachpersonen und (weitergebildete) Fachpflegende entwickelt wurden (V & VN 2012). Als eine Antwort auf die gestiegenen Herausforderungen in der Versorgung soll es zukünftig nur noch Abschlüsse für Pflegefachpersonen auf Bachelorebene und nicht mehr im sekundären Sektor geben. Zudem wurden Qualifikationsprofile für Fachpflegende mit erweiterten Kompetenzen in der Gemeindepflege und im Case Management konzipiert (ebd.).

Auch in Österreich wurde kürzlich, ähnlich wie in den Niederlanden, ein Gesamtkonzept zur Qualifizierung in den Pflegeberufen entwickelt. Es sieht drei Säulen vor: Pflegeassistenten, Pflegefachpersonen und Spezialisierungen (ÖGKV 2011). In Hinblick auf die Ausbildung von Pflegefachpersonen wurde inzwischen beschlossen, die bislang existierenden drei Ausbildungen auf Sekundarebene durch einen generalistischen Abschluss auf Bachelorebene zu ersetzen (APA 2014).

4.2.2 Zu den Weiterqualifizierungen für Pflegefachpersonen

Für Pflegefachpersonen gibt es eine große und wachsende Vielfalt an Weiterqualifizierungsmöglichkeiten. Das stützt die These, dass die Erstausbildungen die Qualifikationsbedarfe nicht umfänglich abdecken können. Stattdessen sind sie für viele eine Art Basisqualifikation für darauf aufbauende Spezialisierungen.

Anders als in Deutschland, wo pflegerische (Fach-)Weiterbildungen in die Regelungskompetenz der Bundesländer fallen, sind in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für zentrale Fachgebiete und Bereiche Mindestan-

² Zu verweisen ist darauf, dass diese und ähnliche Qualifikationsstufenmodelle Dimensionen verknüpfen, die empirisch nicht unbedingt zusammen auftreten. So sind es oft Helfer/innen der untersten Stufe, die z. B. mitten in der Nacht begründbare Entscheidungen mit ihren jeweils einzigartigen Klient/innen in komplexen Situationen zu treffen haben, wie sie eigentlich für weitergebildete akademische Pflegenden mit erweiterten Kompetenzen der oberen Qualifikationsstufen typisch sein sollen. Hierbei kommt es dann auf die Erfahrung der Helfer/innen, ihre Kenntnis wissenschaftlich vertrauenswürdiger Optionen und ihre Fähigkeit, Klient/innen beim Aufbau interner Evidenz zu unterstützen an. In günstigen Fällen steht den Helfer/innen eine Pflegenden einer höheren Qualifikationsstufe zur Seite. Wenn nicht, müssen sie trotzdem handeln – ggf. mit erhöhten Risiken für die Klient/innen. Mit anderen Worten: Qualifikationsstufenmodelle setzen in ihrer Verknüpfung von Arbeitssituation, Kompetenz und formaler Zertifizierung logisch voraus, dass sich auch die Anforderungen der Arbeit entsprechend auseinanderhalten lassen. Für die Autoherstellung ist das dem Ingenieur Taylor gelungen. Ob es auch für die Pflege gelingt und nicht in „organisierter Unverantwortlichkeit“ (Behrens et al. 2012) endet, muss sich erst noch erweisen.

forderungen an die Bildungsgänge und an die zu erwerbenden Kompetenzen auf zentralstaatlicher Ebene bzw. in verbindlichen Standards von hierfür autorisierten Berufsorganisationen vorgegeben. Je nach Weiterqualifikationsprofil sind dabei für Pflegende in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden erweiterte Handlungskompetenzen – im Sinne einer „Advanced Nursing Practice“ – möglich. Dazu gehört z. B. die Berechtigung, eigenverantwortlich bestimmte diagnostische und therapeutische Leistungen für definierte Patient/innengruppen, z. B. mit Diabetes mellitus, zu erbringen. Möglich ist auch der Erwerb einer Befugnis, Medikamente, Verbandstoffe und Hilfsmittel zu verschreiben sowie an Mediziner/innen oder andere Gesundheitsberufe zu überweisen.

Entwicklungen bei pflegerischen Weiterqualifizierungen

Weiterqualifizierungen für Pflegende auf Masterebene haben innerhalb Europas in Großbritannien die längste Tradition (Whyte et al. 2000). Auch in den Niederlanden wurden seit den 2000er Jahren mit den „Physician Assistants“ (PAs) und „Advanced Nurse Practitioners“ (ANPs) – zunächst in Modellprojekten evaluierte – neue Weiterbildungsberufsbilder mit erweiterten Kompetenzen sowie entsprechenden ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen eingeführt.

PAs gründen ihr Handeln auf ein medizinisches Denkmodell. Sie sind unter ärztlicher Anweisung und Supervision tätig und z. B. in Hausarztpraxen für sog. „minor ailments“ (kleinere Gebrechen) zuständig (Crommentuyn 2002). ANPs hingegen agieren im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis weitgehend eigenständig. Ihr Handeln fußt auf einem pflegerischen Verständnis. Sie übernehmen Aufgaben, die von einer anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können und solche Aufgaben, die durch den gesellschaftlichen, v. a. demografisch-epidemiologischen Wandel, neu entstanden sind (de Jong 2008). ANPs zeichnen sich durch Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Handlungsfeld aus und werden z. B. von Kolleg/innen in komplexen Handlungssituationen konsultiert. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten zur Verbesserung der Pflegepraxis (Schober und Affara 2008).

Die genannten Weiterqualifizierungen wurden ursprünglich konzipiert, um ärztliche Leistungen kostengünstig zu substituieren und einer Unterversorgung durch Ärztemangel entgegenzuwirken (Grobler et al. 2009). Schließlich wurden sie aber auch wegen ihrer besonderen Leistungsqualität verstetigt (Buchan und Calman 2005) und in einem präventiven Verständnis weiterentwickelt (Alpi und Adams 2007). Akademisch weitergebildete Pflegende sind dabei z. B. mit Aufgaben in der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Beratung und Unterstützung verschiedener Personengruppen mit erschwertem Zugang zu Gesundheitsleistungen betraut (Alpi und Adams 2007). Als Schlagworte ihrer Tätigkeiten sind z. B. Community (Medicine) Nursing, Public Health Nursing oder Family Health Nursing zu nennen (ebd.). Trotz teils widersprüchlicher Evaluationsergebnisse liegen einige robuste Belege für die Wirksamkeit solcher Konzepte vor. Dazu gehören eine bessere Patient/innen-Adhärenz bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, verkürzte Krankenhausverweildauern und verringerte Wiedereinweisungsraten durch Sicherstellung der häuslichen Versorgung sowie positiv empfundene Lebensqualität ambulant versorgter geriatrischer Patient/innen und ihrer Angehörigen (Al-

len und Fabri 2005; Callaghan 2007; Dierick-van Daele et al. 2009; Grobler et al. 2009).

Der zunehmende Mangel an Ärzt/innen, der Motor für Entwicklungen von weiterführenden Pflegestudiengängen war, birgt aus Sicht der im Rahmen der GesinE-Studie befragten Expert/innen auch Risiken. Diese bestehen darin, dass Pflegenden lediglich zur Kompensation von Personalengpässen, v. a. durch Aufgabenverschiebungen zwischen Medizin und Pflege, herangezogen werden könnten. Einerseits wird dabei die Übertragung ärztlicher Aufgaben begrüßt, da sie Pflegenden neue Entwicklungsoptionen eröffnet. Gleichzeitig wird jedoch hierdurch für die Pflege – verstanden als weiterzuentwickelnde eigenständige Profession – die Chance geschmälert, ihre spezifische eigenständige Expertise herauszubilden, um die demografisch-epidemiologischen Herausforderungen zu bewältigen. Befragte – hier konkret aus den Niederlanden – mahnten deshalb eine Aufgabenausdifferenzierung unter Beibehaltung einer eigenständigen pflegerischen Position in der Gesundheitsversorgung an.

Inzwischen existieren auch in Frankreich akademische Weiterbildungsangebote, die die Handlungskompetenzen erweitern (Cadre de santé 2015). In Deutschland werden PA- und ANP-Rollen gleichfalls von den Pflegeberufsverbänden gefordert (DBfK et al. 2013) und vom Sachverständigenrat Gesundheit empfohlen (SVR 2007, 2009, 2012). Sie haben sich jedoch, ähnlich wie in A, erst in Ansätzen etabliert. Damit werden Möglichkeiten, Versorgungsabläufe und Kosten-Nutzen-Effekte zu optimieren, nicht ausgeschöpft. Zudem bleibt die Option ungenutzt, dazu beizutragen, dass die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert wird, indem neue Weiterqualifizierungsoptionen eröffnet werden, die durch erweiterte Kompetenzen die Karriereoptionen verbessern. In diesen Entwicklungsperspektiven liegt jedoch ein wirksames Mittel, dem Fachpersonalmangel entgegenzuwirken, indem die Pflegenden länger in ihrem Beruf tätig bleiben (Aiken et al. 2002; Numuta et al. 2006).

4.2.3 Zu den Qualifizierungen für Pflegehelfer/innen

In allen Vergleichsländern werden Pflegehelfer/innenausbildungen mit einer Dauer von ein bis zwei Jahren angeboten. Während in Deutschland die Ausbildung vom jeweiligen Bundesland abhängt, basieren sie in Frankreich, Grossbritannien, den Niederlanden und Österreich auf landesweit einheitlichen Vorgaben. Hinzu kommt eine Vielzahl unterschiedlichster Qualifikationen von geringerem Umfang.

Auffallend in Frankreich und Großbritannien ist der im Vergleich zu Deutschland und Österreich deutlich höhere Anteil an Helfer/innen am Gesamtpflegepersonal der Krankenhäuser. Für Deutschland gehen Leitungskräfte wegen des Mangels an Pflegefachpersonal von einer wieder wachsenden Bedeutung der Helfer/innen aus.

Anders ist die Situation im ambulanten und v. a. stationären Langzeitpflegebereich. In diesem, oft besonders unter Personalmangel leidenden Bereich, machen in Deutschland Pflegehelfer/innen sowie kurzzeitig angelernte Personen, wie vielerorts sonst in Europa und darüber hinaus, einen erheblichen Anteil des Personals aus (McCann et al. 2010). Dies wird vielfach kritisch gesehen, v. a. für die Betreuung hoch vulnerabler Klient/innen wie Personen mit geistiger Behinderung oder Demenz (ebd.). Gerade bei diesen ist es besonders schwer, aber auch besonders dring-

lich, auf der einen Seite die individuellen Wünsche zu achten und auf der anderen Seite keinen Machtmissbrauch zu betreiben. Ebenso ist es bei dieser Personengruppe schwierig, interne Evidence zu erarbeiten, um externe Evidence zu nutzen (Behrens und Zimmermann 2006).

Entwicklungen bei den Pflegehelfer/innenausbildungen

In Frankreich zählen die Pflegehelfer/innen zu den am stärksten wachsenden Beschäftigtengruppen. Zwischen 2005 und 2015 betrug die Zuwachsrate 32% bzw. knapp 150 000 neue Arbeitsplätze (Daydé et al. 2010). Der Makel der Geringqualifizierung, der in Deutschland Pflegehelfer/innen oft anhaftet, trifft für Frankreich eher nicht zu. Dazu trägt auch ein eigener Berufsverband bei sowie die gesetzliche Verankerung zentraler Aspekte ihrer Qualifizierung und Berufsausübung und die 2005 novellierte, kompetenzorientierte Ausbildung (ebd.). Pflegehelfer/innen haben in Frankreich ein gesetzlich verbürgtes Recht auf Weiterbildung. Sie können sich auf verschiedene Handlungsfelder spezialisieren und nach dreijähriger Tätigkeit eine Aufnahmeprüfung für ein Pflegestudium ablegen.

In Großbritannien standen bis zur Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulsektor Pflegeschüler/innen, die zugleich als Angestellte des NHS auf den Stellenplan angerechnet wurden, als „preiswerte Arbeitskräfte“ zur Verfügung (Gould et al. 2004). Mit der Hochschulausbildung wurden die Praxisphasen der Lernenden reduziert. Zudem sind sie als Praktikant/innen nicht mehr auf den Stellenplan anrechenbar. Damit entstand eine Personallücke. Dieser wurde Mitte der 1990er Jahre durch die Schaffung der Rolle der „Health Care Assistants“ (HCAs) begegnet (ebd.). HCAs sind Pflegehelfer/innen, die über eine ein- bis zweijährige Ausbildung verfügen und unter der Supervision von Pflegefachpersonen arbeiten (Gould et al. 2004). Zuvor waren viele Hilfskräfte nur im Arbeitsprozess für ihre Tätigkeit angelernt worden (Keeney et al. 2005).

Vielfach nehmen etwas ältere Personen eine HCA-Ausbildung auf. Oft sind sie bereits in einer helfenden Rolle tätig, möchten nach einer Familienphase zurück ins Erwerbsleben oder sich beruflich umorientieren. Die HCA-Ausbildung ermöglicht vielen, die die Voraussetzungen für ein Pflegestudium nicht erfüllen, den Eintritt in die berufliche Pflege und ggf. über ein Anerkennungsverfahren später ein Studium aufzunehmen (Gould et al. 2004). Relevant hinsichtlich der Personalsicherung ist dabei auch die Erkenntnis, dass – wie u. a. eine repräsentative Studie zur Verweildauer in der Berufstätigkeit für Deutschland belegen konnte (Behrens et al. 2009) – auch die Ausbildung älterer Ungelernter als Pflegehelfer/in oder Pflegefachperson zu einer Berufsverweildauer führen kann, die der jüngerer Personen keineswegs unterlegen ist (vgl. schon Behrens et al. 1999). Was viele der Späteinsteiger/innen jedoch benötigen, sind flexible Ausbildungs- bzw. Studienmöglichkeiten, z. B. in Teilzeitform, um ihren parallel bestehenden Verpflichtungen wie Familienarbeit und Einkommenssicherung nachkommen zu können (Kevern und Webb 2004).

In den 2000er Jahren wurde die Rolle der HCAs gestärkt. Durch eine verbesserte Ausbildung und strukturierte Personalentwicklung soll die Attraktivität dieses Berufsbildes verbessert werden. Dazu wurde u. a. die Rolle der „Advanced Health Care Assistants“ konzipiert. In dieser Rolle können HCAs mit mehrjähriger Berufserfahrung und nachgewiesenen Fortbildungen erweiterte Tätigkeiten ausüben (ebd.). Ihnen werden Aufgaben übertragen, die bislang Pflegefachpersonen über-

nahmen. Hier geht es v. a. auch darum, den Mangel an Pflegefachpersonen zu mildern, ohne die Patient/innensicherheit zu gefährden (Hancock et al. 2005). Ähnliches ist für die Niederlande und Österreich beschreibbar.

4.2.4 Qualifikationsstufenkonzepte, Kompetenzrahmen und Strategiepapiere

Bei der Analyse der Pflegeausbildungen in den verschiedenen Ländern fällt auf, dass dort – anders als aktuell in Deutschland – der Blick sowohl auf die Modernisierung der Ausbildungen von Pflegefachpersonen gerichtet ist als auch auf jene für Pflegehelfer/innen sowie auf Weiterqualifizierungen. Dabei haben Großbritannien und die Niederlande die Leitkategorie des lebenslangen Lernens am umfänglichsten erreicht. Ähnlich wie in den Niederlanden umgesetzt und in Österreich konzipiert verfügt dabei auch Großbritannien über ein Qualifikationsstufenkonzept. Dieses korrespondiert mit dem Kompetenz- bzw. Karriererahmen des britischen NHS „Careers Framework for Health“ (NHS Careers 2012). Dieser Rahmen wurde Anfang der 2000er Jahre als ein Element einer umfangreichen Strategie zur Zukunftssicherung des Gesundheitssystems entwickelt (ebd.). Er bildet – zunächst für alle Gesundheitsberufe allgemein – Positionen auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen in klinischen Tätigkeitsbereichen sowie in Forschung, Lehre und Management ab und weist zu diesen jeweils Aufgaben und zu erwerbende Kompetenzen aus. Zugleich bildet der Rahmen individuelle Entwicklungsmöglichkeiten ab.

Zur Sicherung der pflegerischen Versorgung durch – quantitativ und qualitativ – ausreichend ausgebildete Pflegende wurde in der vom Gesundheitsministerium ausgegangenen Initiative „Modernising Nursing Careers“ der allgemeine Kompetenz- und Karriererahmen für die Pflegeberufe spezifiziert (DH 2009). Mit dem erarbeiteten „Nursing Careers Framework“ besteht eine Grundlage für Diskussions- und Entscheidungsprozesse zur Aus- und Weiterbildung sowie zugleich zur Karrierestaltung in verschiedenen pflegerischen Handlungsfeldern (ebd., NHS Careers 2012).

Für viele Länder kann von wiederkehrenden Imagekampagnen und Aktionsprogrammen berichtet werden. In Großbritannien wurde zuletzt z. B. eine Kommission zur Zukunft der Pflege und des Hebammenwesens einberufen. Sie erarbeitete das Strategiepapier „Front line care“ (Prime Minister’s Commission 2010), in dem u. a. Wege aufgezeigt werden, wie Pflegende und Hebammen – z. B. durch die Wahrnehmung von ANP-Rollen – besser zur Bevölkerungsgesundheit beitragen könn(t)en. Das Papier wurde medienpräsent diskutiert und soll als Argumentationsgrundlage zur Weiterentwicklung von Bildungsprogrammen und Handlungsfeldern sowie zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegenden und Hebammen herangezogen werden.

4.3 (Irr-)Wege zur Pflegepersonalsicherung und Attraktivitätssteigerung von Ausbildung und Beruf

Akademisierung als Weg der Professionalisierung und qualitativen Versorgungssicherung

Die Ergebnisse der GesinE-Studie bestätigen wie viele Studien, dass eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifikationswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe, einschließlich der Pflegeberufe, in Deutschland erforderlich ist. Eine Überarbeitung der Ausbildungen durch das Aufgreifen wissenschaftlich geprüfter Lerninhalte und -arrangements sowie eine Festlegung der zu erzielenden Kompetenzen steht dringend an. Dabei machen die Ergebnisse deutlich, dass eine akademische Ausbildung in einer Reihe von Aspekten Vorteile gegenüber der Ausbildung im sekundären Sektor aufweist. Das betrifft besonders die Kompetenz zur Erschließung und Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sowie zur Umsetzung reflektierter Entscheidungsprozesse. Internationale Studien belegen zudem, dass eine höhere Dichte an Pflegenden mit einer akademischen Ausbildung mit einer sichereren und effektiveren Versorgung einhergeht (Aiken et al. 2002, 2003, 2014; Numuta et al. 2006; Needleman et al. 2011). Umgekehrt korrelieren eine schlechte(re) Versorgungsqualität, einschließlich höherer Mortalitätsraten, oft mit geringen Qualifikationsniveaus der Pflegenden und Unterbesetzung (Aiken et al. 2002, 2011; Needleman et al. 2011). Belegt ist weiter, dass akademisch gebildete Pflegende eine höhere Identifikation mit ihren Aufgaben empfinden als traditionell ausgebildete. Sie übernehmen bewusster Handlungsverantwortung und zeigen ein höheres Maß an professionellem Verhalten (Adams und Miller 2001). Ein akademisches Abschlussniveau von Pflegenden geht auch mit einer veränderten Wahrnehmung und Anerkennung der Pflege in der Bevölkerung sowie von Seiten anderer Berufsgruppen, v. a. Ärzt/innen einher, wie Schölkopf (2010) seine Untersuchung zusammenfasste. Mit der in den einzelnen Ländern unterschiedlich weit reichenden Akademisierung entstanden neue Beziehungssysteme zwischen den Leistungserbringern. Kennzeichnend dafür sind neugestaltete Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche sowie eine veränderte interprofessionelle Zusammenarbeit hin zu einer Kooperation „auf Augenhöhe“ (SVR 2009). Diese Veränderungen versprechen günstige Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung (ebd.; Frenk et al. 2010). Damit scheint die (Teil-)Akademisierung der Pflege als Weg zur Professionalisierung des Berufsfeldes und zu einer qualitativ hochwertigen Sicherung der Versorgung schwerlich in Frage gestellt werden zu können; unabhängig davon, ob die Akademisierung einen quantitativ messbaren Beitrag gegen den Personal-mangel zu leisten vermag. Zu fragen ist jedoch, welches der günstigste Modernisierungsweg ist. Hier lässt sich von Ländern mit Erfahrungsvorsprung lernen. Die Beschreibungen und Einschätzungen aus Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden zeigen, dass die eingeleiteten Reformen einen langfristigen, mehrdimensionalen Wandlungsprozess in Gang gesetzt haben, der flankierender Maßnahmen bedarf (z. B. SVR 2007, 2009; WR 2012). Dazu gehören die Schaffung von Stellenprofilen und Unterstützungsstrukturen für die Absolvent/innen der Studiengänge sowie von transparenten intra- und interprofessionellen Teamstrukturen mit klaren Aufgaben- und Verantwortungszuschreibungen.

Modernisierung der Pflegebildung in Zeiten schlecht befundener Arbeitsbedingungen

Von der Modernisierung der Ausbildungs- bzw. Studienstrukturen und -programme wurde in vielen Ländern eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs erwartet (Danzer 2003). Besonders die Akademisierung, so wurde und wird mitunter gemutmaßt, könnte einen Beruf bereits dadurch attraktiver machen und den Fachkräftemangel verringern, dass reizvolle Titel und Zertifikate verliehen werden. Das Fazit zu dieser Vermutung fällt differenzierter aus. Auch in Ländern, in denen die Ausbildung von Pflegefachpersonen vollständig akademisiert ist, besteht Personalmangel. Dieser liegt v. a. in den Arbeitsbedingungen begründet. Durch Arbeitsverdichtung und schwierige Personalsituationen können Pflegende ihren professionellen Ansprüchen vielfach nicht gerecht werden. Daraus folgen Patientengefährdung und eingeschränkte Ergebnisqualität sowie Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, emotionale Erschöpfung, auf Dauer eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und schließlich die Attraktivitätseinbuße des Berufs. Das provoziert eine höhere Berufsaufgabe(bereitschaft)³ und hält potenzielle Interessent/innen vom Erlernen eines Pflegeberufs ab (Coomber und Barriball 2007). Auch eine äußere Anerkennung durch Titel und Stellung kann nicht hinreichend das Gefühl kompensieren, den eigenen Arbeitsaufgaben aus organisatorischen Gründen nicht gerecht werden zu können. Arbeit muss Sinn und Belohnung in sich selbst tragen. Daher sind zentrale Mittel, um dem Pflegepersonalmangel zu begegnen, die Pflegenden vor Ausbeutung zu schützen, zugleich einen Mindeststandard in der Versorgung zu gewährleisten und Schaden von Patient/innen abzuwenden. Diverse Studienergebnisse – zuletzt aus der „Registered Nurse Forecasting (RN4CAST)“-Studie – zeigen, dass Investitionen in die Qualität der Arbeitsumgebung eine wirksame Strategie sind, um Pflegefachpersonal am Arbeitsplatz zu halten und neue Mitarbeiter/innen zu gewinnen (Zander et al. 2013; Aiken et al. 2014).

Weiterhin spielt die alter(n)s- bzw. lebensphasensensible Personalpolitik inzwischen in vielen europäischen Ländern eine zunehmende Rolle (Ilmarinen 2005). Hierbei geht es darum, Mitarbeiter/innen Erwerbstätigkeit und Laufbahnen zu ermöglichen, die z. B. mit der Betreuung von Kindern, Enkelkindern und zu pflegenden Angehörigen oder mit außerberuflichen Entwicklungsinteressen vereinbar sind. Auch geht es darum, Mitarbeiter/innen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit Beschäftigung zu bieten, um ihrer vorzeitigen Berentung entgegenzuwirken und ihre Arbeitskraft zu nutzen.

Der Grad der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit hängt wesentlich von der Erwartungshaltung der einzelnen Personen ab. Erwartungen etwa an die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten beruhen wiederum besonders darauf, welche Ausbildung Pflegenden durchlaufen haben. Zander et al. (2013) zeigen an Befragungser-

3 Hier muss zwischen der Absichtsäußerung, den Pflegeberuf verlassen zu wollen und dem tatsächlichen Ausstieg unterschieden werden (Flinkman et al. 2010). Festzuhalten ist, dass es in Deutschland keine fundierten Daten für die sich hartnäckig haltende pessimistische Annahme von nur kurzen Verweildauern im Pflegeberuf gibt (Joost 2009). Eher konnte mehrfach national wie international, z. B. vergleichend mit anderen frauentypischen Berufen wie Friseur/in, Erzieher/in und Verkäufer/in gezeigt werden, dass die Flucht aus dem Pflegeberuf deutlich weniger auffällig ist als vielfach angenommen wird (z. B. Joost 2009; Behrens et al. 2009; Flinkman et al. 2010).

gebnissen von Pflegefachpersonen aus zwölf europäischen Ländern, dass jenen mit einem Bachelorabschluss prinzipiell mehr Entwicklungsmöglichkeiten offenstehen. Dadurch sind ihre Karriereerwartungen höher als z.B. in D, wo keine flächendeckende akademische Ausbildung besteht. Erfüllen sich ihre Erwartungen aber nicht (schnell genug), ist die Enttäuschung umso größer und die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit steigt.

Diese Situation wird getriggert durch zunehmend mehr Mitarbeiter/innen der sog. „Generation Y“ – auch „Millennials“ (Jamieson et al. 2015). Gemeint sind Personen, die zwischen etwa 1990 und 2010 zu den Teenagern zählten. Sie stellen höhere Erwartungen an ihre Arbeitsbedingungen als die Generationen davor. Ein weitgehend übereinstimmend beschriebenes Merkmal der Millennials ist ihre Suche nach Sinn in Arbeit und Leben. Sie fordern mehr Freiräume und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten. Beruf und Freizeit mit Familie und Freunden soll für sie in einem Gleichgewicht stehen – Aspekte, die im klassischen Bild von Pflege(n)den eher untypisch sind. Diese Einstellungen gilt es jedoch in Belegschaften mit Personen unterschiedlicher Generationen zu berücksichtigen, um Konflikten zu begegnen und zur Personalsicherung beizutragen (ebd.).

Einarbeitungskonzepte für Berufseinsteiger/innen

Die Absicht, den Pflegeberuf verlassen zu wollen, wird besonders häufig von jungen Pflegenden in den ersten Monaten und Jahren nach Eintritt in den Beruf geäußert. Zudem scheint die Zeit bis ca. fünf Jahre nach Berufseintritt eine Phase zu sein, in der Pflegende tatsächlich ihren Beruf oder zumindest ihre Tätigkeit im Patient/innenkontakt häufiger verlassen als später (Rudman et al. 2010). Begründet wird dies mit der Aufnahme weiterführender Studiengänge und Familiengründung, aber auch mit dem ständigen Erleben von Stress, Überforderung und Frustration bei einem gleichzeitig hohen Anspruch an eine professionelle Berufsausübung. Die dabei entstehenden Konflikte werden v. a. von den in ihrer Kompetenzentwicklung noch am Anfang stehenden Berufsanfänger/innen als besonders belastend erlebt. Einen Lösungsweg sehen sie dann im Berufsaustritt (ebd.; Missen et al. 2014). Diesbezüglich liegen deutliche Hinweise dafür vor, dass Einarbeitungsprogramme und ein förderliches Umfeld den Berufseinstieg unterstützen und die Arbeitszufriedenheit der Einsteiger/innen und ihren Verbleib in der angetretenen Stelle erhöhen (ebd.).

Ausbildungskapazitäten sichern und ausbauen

Für Frankreich gehen Prognosen von einem jährlichen Mehrbedarf an Pflegefachpersonen von 5 bis 10% bis zum Jahr 2030 aus, um eine vergleichbare Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können wie im Ausgangsjahr der Berechnungen 2011 (DREES 2011). Auf der Basis regionaler Bedarfserhebungen wird die Zahl der Studienplätze entsprechend angepasst. Ähnliches lässt sich z.B. auch für Großbritannien und die Niederlande berichten. In Deutschland hingegen fehlt eine strukturierte Berichterstattung mit einer systematischen Beschreibung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen sowie der Angebots- und Nachfrageentwicklung in den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen (RBS 2013). Folglich mangelt es an einer soliden Grundlage für Situationsanalysen und begründete Schlussfolgerungen zur (Aus-)Bildungsbedarfsplanung und -steuerung (ebd.). Zugleich wird es bei der

rückläufigen Zahl junger Menschen für die Bildungsinstitutionen zunehmend schwieriger, die vorhandenen Plätze mit ausreichend geeigneten Bewerber/innen zu besetzen.

Im Report der „Willis Commission“ (2012) zur Zukunft der Pflegebildung in Großbritannien wird u. a. auch darauf hingewiesen, dass für ausreichend Nachwuchs an Lehrenden in der Pflege gesorgt werden muss. Der durch den anstehenden Generationenwechsel notwendige Ausbau an Studienkapazitäten sorgt für einen erhöhten Bedarf an Lehrenden. Dabei droht sich die bereits aktuell bestehende Personallücke zu vergrößern. Diese wiederum gefährdet zunehmend die Sicherstellung der Pflegeausbildung. Dieses Problem wird auch länderübergreifend angesprochen (z. B. Benner et al. 2010; Frenk et al. 2010).

Neue Berufsprofile als Strategie gegen Pflegepersonalmangel

Um dem Mangel an Pflegepersonal in einzelnen Bereichen zu begegnen, wurden spezifische Kampagnen gestartet. Dazu gehören z. B. vertiefende Lernangebote für Studierende und Einarbeitungsprogramme, um sie z. B. für den Anästhesie- und OP-Pflegedienst, die psychiatrische Pflege, die ambulante oder die stationäre Langzeitpflege zu gewinnen (Ball et al. 2015; Abrahamsen 2015).

Eine weitere Personalbeschaffungsstrategie stellt die Entwicklung neuer Ausbildungen für Bereiche dar, die bisher vielfach von Pflegenden mit einer Fachweiterbildung besetzt sind. So gibt es seit den 1990er Jahren in Großbritannien in Ergänzung und in den Niederlanden als Ersatz zur pflegerischen Weiterbildung für den Anästhesie- und OP-Dienst die Ausbildungen für „Operating Department Practitioner“ bzw. für „Anesthesiemedewerker“ und „Operatieassistenten“. Diese Ausbildungen sollen ein anderes Bewerber/innenspektrum ansprechen. Das sind hier Personen mit einem eher medizinisch-technischen Interesse, die den bisherigen „Umweg“ über eine Pflegeausbildung mit anschließender Weiterbildung meiden würden, um in diesen Feldern tätig zu werden. Absolvent/innen dieser Ausbildungen haben in den Niederlanden Pflegenden in der Anästhesie und im OP inzwischen nahezu vollständig ersetzt bzw. – je nach Sicht – Personalressourcen für andere Bereiche freigesetzt⁴.

(Un-)Veränderliches Bild von Pflege in Gesellschaft und Berufsfeld

Berufliche Pflege wird ebenso wie Angehörigenpflege – wenn auch mit zwischenzeitlich leichten Verschiebungen zugunsten von mehr pflegenden Männern – nach wie vor und auf allen Kontinenten vorwiegend von Frauen erbracht. Abushaikha et al. (2014) erklären das mit tief verankerten kulturübergreifenden Bildern von Pflege bzw. von pflegenden Frauen und Männern. Bezogen auf den europäischen Raum empfehlen sie, v. a. auch (junge) Männer für das Berufsfeld zu begeistern und ihre Entwicklung in Studium und Beruf zu fördern. Mehrfach wurde in Studien aus verschiedenen Ländern belegt, dass das Berufsfeld nur eine geringe Anziehungskraft ausübt. Die meisten Heranwachsenden sehen in der Pflege kein Berufsziel für sich

⁴ In Orientierung an den Ausbildungen in den Niederlanden werden auch in Deutschland inzwischen zunehmend mehr Ausbildungen für Anästhesie- und für Operationstechnische Assistent/innen angeboten, deren Nachteile für die „Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer“ (zu diesem Begriff siehe Behrens 1999) allerdings deutlich zu vermuten sind (ausführlich dazu Lehmann 2014).

(z. B. Gould und Fontenla 2006 für GB; Lai et al. 2006 für mehrere asiatische Länder). Dante et al. (2014) zeigten in einem systematischen Review zu Effekten des Bologna-Prozesses auf die Ausbildungs- bzw. Studienwahl und die erfolgreiche Beendigung des Pflegestudiums in europäischen Ländern, dass sich junge Menschen vielfach aufgrund von Fehlinformationen über die Pflege für ein anderes Studium entscheiden. Deshalb empfehlen die Autor/innen, Informationen über den Pflegeberuf verstärkt in der Schulzeit anzubieten, um jungen Menschen eine informierte Entscheidung gegen oder eben auch für einen Pflegeberuf zu ermöglichen. Dies ist auch relevant, weil falsche Vorstellungen über einen Beruf die Wahrscheinlichkeit eines Ausbildungsabbruchs und einer geringen Berufsverweildauer deutlich erhöhen (z. B. Miller und Cummings 2009 für Kanada sowie Price und McGillis Hall 2013 in einer Übersichtsarbeit von Studien aus zwölf nordamerikanischen, europäischen und asiatischen Ländern). In einer Untersuchung aus Großbritannien zeigten Neilson und McNally (2013), dass Heranwachsende durch Bezugspersonen – Eltern, Verwandte, Lehrer/innen, Mitschüler/innen – und deren Sichtweisen zur Pflege oft negativ beeinflusst werden. Sie schlussfolgerten, dass das Bild von Pflege in breiten Bevölkerungsschichten positiv beeinflusst werden müsse. Dabei sind – nach Einschätzung von in der GesinE-Studie befragten Expert/innen – die aktuell stattfindenden Aufgabenverschiebungen von Pflegefachpersonen auf Pflegehelfer/innen z. B. in Grossbritannien, den Niederlanden und Österreich nicht nur für die Versorgungsqualität fraglich. Sie schaden dem Bild von Pflege in der Bevölkerung. Es besteht Irritation darüber, dass sich um die direkte Patient/innenversorgung immer mehr Helfer/innen kümmern, während die akademischen Pflegenden mit Organisationsaufgaben beschäftigt sind (z. B. auch Fealy und McNamara 2007 für Kanada und Eaton 2012 für GB).

Internationale Personalanwerbung

Zuwanderung bzw. Anwerbung ausländischer Pflegender zur Personalbeschaffung spielt v. a. in Großbritannien eine zentrale Rolle und dies seit der Gründung des NHS 1948 (Adhikari und Melia 2015). Dabei gab es in den vergangenen Jahren eine Verschiebung zwischen den Berufsmigrant/innen aus EU- und Nicht-EU-Ländern bei gleichbleibend hoher Zuwanderung. Lag der Anteil an Neuregistrierungen von Pflegefachpersonen einschließlich Hebammen aus EU-Ländern 2001/02 bei lediglich 7%, so stieg er bis 2009/10 auf 78% an (Joung 2011). Das hängt mit dem Verbot zusammen, Pflegende aus Entwicklungsländern zu rekrutieren. Die WHO, die UNO und der Internationale Verband der Pflegenden (International Council of Nurses, ICN) waren aktiv geworden, um gegen die ethischen Probleme der Abwerbung von Pflegenden aus Ländern vorzugehen, die um die Sicherung einer basalen Funktionsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme kämpfen müssen (WHO 2010).

Auch die Niederlande sind ein Zuwanderungsland für Pflege- und anderes Gesundheitspersonal. Hier spielen zudem die Auslandspendler/innen, v. a. auch aus Deutschland, eine wichtige Rolle. Gemeint sind Personen, die zur Arbeit ins Nachbarland fahren, um den als schlechter befundenen Arbeitsbedingungen in Deutschland zu entgehen. So ist Deutschland bislang kein attraktives Einwanderungsland für Pflegefachpersonen.

4.4 Fazit: Was lässt sich für Deutschland lernen?

Die Vermutung der Einleitung hat sich bestätigt. Die Erwartungen an die Akademisierung der Pflege – erstens Professionalisierung des Berufsfeldes und zweitens Status- und Attraktivitätssteigerung des Berufs zur Begegnung des Personalmangels – werden nicht unbedingt zusammen realisiert. Zur zweiten Erwartung ist festzuhalten, dass – v. a. vor dem Hintergrund der vielfach als problematisch befundenen Arbeitsbedingungen – keine klare Aussage zum Einfluss der Akademisierung auf den Personalmangel getroffen werden kann. Es konnten keine Studien identifiziert werden, die diesen Einfluss isoliert ausweisen. Zudem zeigte die Prüfung statistischer Daten zur Personalentwicklung für Frankreich, Großbritannien und die Niederlande keine auffälligen Veränderungen bei den Absolvent/innenzahlen berufszulassender Ausbildungsprogramme sowie den Beschäftigten in der Pflege, die auf die stattgefundene Akademisierung zurückgeführt werden könnten. Zur ersten Erwartung hingegen ist festzuhalten, dass die Akademisierung zur Professionalisierung des Berufsfeldes und der qualitativ hochwertigen Sicherung der Versorgung beiträgt.

In Bezug auf Deutschland sind die Erfahrungen anderer Länder bei der Modernisierung der Pflegeausbildung und bei den Maßnahmen zur Personalsicherung und Attraktivitätssteigerung des Berufs zu berücksichtigen. Zusammenfassende Schlagworte dafür sind

- Erweiterung der Ausbildungskapazitäten auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen im sekundären und tertiären Sektor auf der Basis systematischer Bedarfserhebungen
- Ansprechen eines breiten potenziellen Bewerber/innenspektrums
- Flexibilisierung der Zugangswege zu Pflegeaus- und -weiterbildungen
- Umsetzung qualitativ hochwertiger und auf die Versorgungsbedarfe ausgerichteter Bildungsprogramme auf der Basis einheitlicher Mindeststandards
- Entwicklung neuer vertikaler und horizontaler Laufbahnmuster und Förderung der Umsetzung von Karrierewegen durch gezielte Personalentwicklung
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung gender-, alter(n)s- und lebensphasengerechter Angebote

Um dem bedrohlicher werdenden Pflegepersonalmangel erfolgreich begegnen zu können, wird es darauf ankommen, sich nicht in Einzelmaßnahmen zu verlieren, sondern die grundlegenden Strukturprobleme der Pflegebildung und -berufsausübung systematisch anzugehen (Hämel und Schaffer 2013).

Literatur

- Abrahamsen B. Nurses' choice of clinical field in early career. *JAN* 2015; 71 (2): 304–14.
- Abushaikha L, Mahadeen A, Abdelkader R, Nabolski M. Academic challenges and positive aspects: perceptions of male nursing students. *Int Nurs Rev* 2014; 61: 263–9.
- Adams D, Miller BK. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *J Prof Nurs* 2001; 17: 203–10.

- Adhikari R, Melia KM. The (mis)management of migrant nurses in the UK: a sociological study. *J Nurs Manag* 2015; 23: 359–67.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–93.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617–23.
- Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Pgochosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aung-suroch Y. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Quality in Health Care* 2011; 23: 357–64.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidou M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and educational and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Allen J, Fabri AM. An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1202–9.
- Alpi KM, Adams MG. Mapping the literature of public health and community nursing. *Journal Med Libr Assoc* 2007; 95 (1): e6–e9.
- APA (Austria Presse Agentur). Krankenpflege – Gehobene Ausbildung nur noch auf Hochschulniveau. <http://www.springermedizin.at/artikel/43962-krankenpflege-gehobene-ausbildung-nur-noch-auf-hochschulniveau> 2014 (21. Mai 2015).
- Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa R-L, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L. A review of nursing workforce policies in five European countries. *J Nurs Manag* 2011; 19: 786–802.
- Ball K, Doyle D, Oocumma NI. Nursing shortages in the OR: Solutions for new models of education. *AORN Journal* 2015; 101: 115–36.
- Behrens J, Horbach A, Müller R. Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen 2009.
- Behrens J, Morschhäuser M, Viebrock H, Zimmermann E. Länger erwerbstätig aber wie? Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 1999.
- Behrens J, Zimmermann M. Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie+Geriatric* 2006; 39 (3): 165–72.
- Behrens J, Langer G. Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Huber 2010.
- Behrens J, Weber A, Schubert M (Hg.). Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Opladen: Barbara Budrich 2012.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco: Jossey Bass 2010.
- Bradshaw A, Merriman C. Nursing competence 10 years on: Fit for practice and purpose yet? *J Clin Nurs* 2008; 17: 1263–9.
- Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce. In: *OECD Health Working Papers* 17, 2005.
- Burke LM. Integration into higher education: Key implementers' view on why nurse education moved into higher education. *JAN* 2003; 42 (4): 382–9.
- Cadre de santé (2015): Ouverture du 1er master de pratiques avancées en soins infirmiers en France. (dimanche 31 janvier 2010). <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?breve4527> (Stand: 12.07.2015).
- Callaghan L. Advanced nursing practice: An idea whose time has come. *J Clin Nurs* 2007; 17 (2): 205–13.
- Coomer B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses. *Int J Nurs Studies* 2007; 44: 297–314.
- Crommentuyn R. De physician assistant is geen loopjongen. *Medisch Contact* 2002; 57 (18): 698–300.
- Dante A, Graceffa G, Del Bello M, Rizzi L, Ianderca B, Battistella N, Bulfone T, Grando R, Zuliani S, Casetta A, Palese A. Factors influencing the choice of a nursing or a non-nursing degree. *Nurs Health Sci* 2014; 16: 498–505.

- Danzer, K. Die Arbeitsgemeinschaft der Schuldirektoren Niederösterreichs stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion. *Österreichische Pflegezeitschrift* 2003; 59 (1): 38.
- Daydé MC, Lacroix ML, Pascal C, Salabaras-Clergues É (Comité de redaction). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Masson 2010.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) Stellungnahme des DBfK zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Pflege – BT-Drucksache 17/12179. (Berlin, 11. Februar 2013). <http://www.dbfk.de/download/download/DBfK-Stena-zu-Altenpflegegesetz-2013-02-11.pdf> (25. Mai 2015).
- DBfK, ÖGKV, SBK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband und Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. 2013. <http://www.dbfk.de/download/download/ANP-DBfK-OeGKV-SBK-2013-final.pdf> (25. Mai 2015).
- de Jong A. *Advanced Nursing Practice als zukunftsweisendes Konzept*. In: Siffert P. (Hg.): *Handlungsfeld Pflege – was heute für morgen nachzudenken ist*. Wien: Facultas 2008; 44–54.
- de Jong A, Landenberger M. *Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden*. In: Landenberger M, Stöcker G et al. *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*. Hannover: Schlüter-sche 2005; 111–37.
- Delmas P. *Les Infirmières à l'Université, oui Mais*. *Santé Mentale* 2010; N°162.
- DH (Department of Health). *Nursing careers framework. Developing a visual map design*. London: Department of Health 2009.
- Dierick-van Daele A, Metsemakers J, Derckx E. *Nurse Practitioners substituting for general practitioners*. *JAN* 2009; 65 (2): 391–401.
- DPR, DGP (Deutscher Pflegeerrat, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft). *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen* 2014. [www.http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf) (17. Januar 2015).
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 – Un exercice de projections aux niveaux national et régional. études et résultats* N° 760 – mai 2011.
- Eaton A. *Pre-registration nurse education: A brief history*. 2012. http://www.williscommission.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/483286/Pre-registration_nurse_education_history.pdf (08. Juli 2015).
- EU Parlament & Rat der EU (Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union). *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (DE)*. In der konsolidierten Fassung vom 24.03.2011. 2005
- Europäische Kommission. *Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems*. Brüssel, den 19.11.2011. 2011/0435 (COD).
- Europäische Kommission – Vertretung in Deutschland. *Krankenschwester nur noch mit Abitur? – Die Fakten*. Pressemitteilung vom 19.01.2012. http://ec.europa.eu/international_market/qualifications/policy_developments/index_de/htm (29. September 2012).
- European Commission (Ed.). *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends. Revised Final Report*. 2012. http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/study_2012/index.html (25. Mai 2015).
- Fealy GM, McNamara MS. *A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland*. *Int J Nurs Studies* 2007; 44: 1187–95.
- Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salantera S. *Nurses' intention to leave the profession*. *JAN* 2010; 66 (7): 1422–34.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy P, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
- Gould D, Carr G, Kelly D, Brown P. *Seconding health care assistants to a pre-registration nursing course: Evaluation of an novel scheme*. *HTresearch* 2004; 9 (1): 50–62.

- Gould D, Fontenla M. Strategies to recruit and retain the nursing workforce in England. *J Research Nurs* 2006; 11 (1), 5–17.
- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Vomink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
- Hackmann M. Project 2000 in Großbritannien. *Printernet* 1999; 1 (3): 68–75.
- Hämel K, Schaeffer D. Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform* 2013; 59 (4): 413–31.
- Hancock H, Campbell S, Ramprogus V, Kolgour J. Role development in health care assistants: the impact of education on practice. *J Eval Clin Pract* 2005; 11 (5): 489–98.
- Holland K, Roxburgh M, Johnson M, Topping K, Watson R, Lauder W, Porter M. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *J Clin Nurs* 2010; 19 (3–4): 461–9.
- ICN (International Council of Nurses). *The global shortage of registered nurses*. Genf: ICN 2005.
- Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health 2005.
- Jamieson I, Kirk R, Wright S, Andrew C. Generation Y New Zealand registered nurses' views about nursing work: a survey of motivation and maintenance factors. *Nursing Open* 2015. doi: 10.1002/nop.2.16, 1–13.
- Joost A, Kipper J, Tewolde T. Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht des Forschungsprojektes. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität, Frankfurt a. M. 2009. <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/AbschlussBerufsverlaeuft.pdf> (25. Mai 2015).
- Joung R. A major destination country: The United Kingdom and its changing recruitment policies. In: Wismar M et al. (Ed.): *Health Professional Mobility in Europe – Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: World Health Organisation 2011.
- Keeney S, Hasson F, McKenna H, Gillen P. Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *JAN* 2005; 50 (4): 345–55.
- Kevern J, Webb C. Mature women's experiences of preregistration nurse education. *JAN* 2004; 45 (3), 297–306.
- Lai HL, Peng TC, Chang FM. Factors associated with career decision in Taiwanese nursing students: a questionnaire survey. *Int J Nurs Studies* 2006; 43 (5): 581–8.
- Laiho A. Academisation of nursing education in the Nordic Countries. *Higher Education* 2010; 60: 641–56.
- Lehmann Y. *Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege? Eine Evaluationsstudie zu Qualifizierungswegen und -profilen für das Handlungsfeld Anästhesie*. Frankfurt a. M.: Mabuse 2014.
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M. Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Hg.: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn/Berlin: BMBF 2014.
- McCann TV, Clark E, Lu S. Bachelor of Nursing students career choices. *Nurse Educ Today* 2010; 30: 31–6.
- Miller K, Cummings G. Gifted and talented students' career aspirations and influences. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2009; 6 (1): Article 8.
- Missen K, McKenna L, Beauchamp A. Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment. *JAN* 2014; 70 (11): 2419–33.
- Needleman J, Buerhaus P, Pankratz SV, Leibson CL, Stevens S, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *N Engl J Med* 2011; 364: 1037–45.
- Neilson GR, McNally J. The negative influence of significant others on high academic achieving school pupils' choice of nursing as a career. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 205–9.
- NHS Careers (2012): *NHS Nursing Careers – Home > Skills, qualifications and trainings*. <http://nursing.nhs.uk/skills> (25. Mai 2015).
- Numuta Y, Schulzer M, van der Wal R, Globberman J, Semeniuk P, Balka E, Fitzgerald JM. Nursing staffing levels and hospital mortality in critical care settings. In: *JAN* 2006; 55 (4), 435–48.

- ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband Landesverband Steiermark). Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. 2011. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf (26. Mai 2015).
- Price SL, McGillis Hall L. The history of nurse imagery and the implications for recruitment. *JAN* 2014; 70 (7), 1502–9.
- Prime Minister's Commission (Prime Minister's commission on the future of nursing and midwifery in England). *Front line care: the future of nursing and midwifery in England*. London 2010.
- RBS (Robert Bosch Stiftung) (Hg.). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: RBS 2013.
- Rudman A, Omne-Pontén M, Wallin L, Gustavsson PJ. Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the longitudinal analysis of nursing education (lane) study. *Human Resources for Health* 8: 10 open access. 2010. <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/10> (25. Mai 2015).
- Schober M, Affara F. *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Huber 2008.
- Schölkopf M. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). *Gutachten 2007*. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/Langfassung.pdf> (18. Juni 2015).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): *Deutscher Bundestag – Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). *Sondergutachten 2012*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (13. August 2015).
- Taylor J, Irvine F, Bradbury-Jones C, McKenna H. On the precipice of great things: The current state of UK nurse education. *Nurse Educ Today* 2010; 30: 239–44.
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzogenden Nederland – Beroepsvereniging van zorgprofessionals). *Het nieuwe beroepshuis*. Utrecht: V&VN 2012. http://www.venvn.nl/Vakdossiers/Beroepsprofielen/Project_VV2020.aspx (18. Januar 2015).
- WHO. WHO global Code of Practice on the International Recruitment of Health personnel. Genf: WHO 2010. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index> (04. August 2015).
- Whyte DA, Lugton J, Fawcett TN. Fit for purpose: The relevance of Masters preparation for the professional practice of nursing. In: *JAN* 2000; 31 (5): 1072–80.
- Willis Commission (Willis Commission on Nursing Education). *Quality with Compassion: The future of nursing education*. London 2012.
- WR (Wissenschaftsrat). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drucksache 2411–12, Berlin 13.07.2012.
- Zander B, Blümel M, Busse R. Nurse migration in Europe – Can expectations really be met? *Int J Nurs Studies* 2013; 50 (2), 210–8.