

# **Masterarbeit**

## **„Die Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft“**

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Umsetzung des Kompetenzmodells in  
Hinblick auf die generalistische Grundausbildung

eingereicht von

**Isabella Zechner, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften

unter der Anleitung von

**Univ. Prof. Dr. rer. cur. Juliane Eichhorn- Kissel**

**Univ. Prof. Dr. rer. cur. Christa Lohrmann**

Graz, am 07.11.2015

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Isabella Zechner eh.

Graz, am 07.11.2015

## **Zusammenfassung**

### Hintergrund

Mit dem demografischen Wandel steigt auch die Nachfrage nach qualifiziertem Pflegepersonal. In Österreich herrschen viele unterschiedliche Qualifikationsmöglichkeiten für den Pflegeberuf vor, die jedoch national wie auch europaweit nicht miteinander vergleichbar sind. In Österreich fehlt es derzeit noch an einer einheitlichen Grundausbildung und an Möglichkeiten, eine Höherqualifizierung zu erreichen. Die Implementierung eines Kompetenzmodells und die damit einhergehende generalistische Grundausbildung sollen dieser Problematik Abhilfe verschaffen.

### Ziel

Ziel dieser Arbeit ist die Vorstellung der verschiedenen Entwürfe an Kompetenzmodellen, deren Umsetzungsmöglichkeiten, sowie eine kritische Reflexion der damit einhergehenden generalistischen Grundausbildung für die österreichische Pflegeausbildung.

### Methode

Es wurde eine qualitative Untersuchung mithilfe von halbstrukturierten Leitfadeninterviews durchgeführt, wobei fünf Expertinnen und Experten befragt wurden. Mittels Heidelberger Strukturlegetechnik wurden die Ergebnisse analysiert.

### Ergebnisse

Die Befragungen ergaben, dass die Implementierung eines Kompetenzmodells für Pflegeberufe einiger grundlegender Änderungen bedarf, wie etwa einer adaptierten gesetzlichen Grundlage und der Überführung der Pflegeausbildung in der tertiären Ausbildungsbereich. Die Einführung der generalistischen Grundausbildung wurde durchwegs als positiv angesehen.

### Schlussfolgerung

Mit einigen Anpassungen kann durch die Einführung eines Kompetenzmodells für Pflegeberufe einhergehend mit einer generalistischen Grundausbildung europaweite Vergleichbarkeit und eine Aufwertung der gesamten Berufsgruppe erzielt werden.

## **Abstract**

### Background

Demographic change increases the demand for qualified nurses. In Austria many different ways to qualify for the nursing profession prevail that are nationally and throughout Europe not comparable, however. The implementation of a competence model and the concomitant generalist basic training should procure remedy.

### Aim

The aim of this work is the presentation of various designs of competency models, as well as the feasibility of generalist basic training for Austrian nursing education.

### Method

It was a qualitative study using semi-structured qualitative interviews conducted with five experts were interviewed. Agent Heidelberger structure laying technique the results were analyzed.

### Results

The surveys revealed that the implementation of a competence model for nursing professions of some key changes needed, such as an adapted legal basis or the utter transformation of nursing education in the tertiary education sector. The implementation of generalist basic training has been consistently regarded as positive.

### Conclusion

With a few adjustments, the introduction of a competence model for nursing professions can be achieved along with a generalist basic training Europe-wide comparability and an appreciation of the entire professional group.

## Abkürzungsverzeichnis

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
ANP	Advanced Nurse Practitioner
BA	Bachelor of Arts
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSc	Bachelor of Science
BScN	Bachelor of Science in Nursing
bzw.	beziehungsweise
ECTS	European Credit Transfer System
EU	Europäische Union
etc.	et cetera
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
FH	Fachhochschule
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICN	International Council of Nurses
ICNP	International Classification for Nursing Practice
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PhD	Doctor of Philosophy
PMU	Paracelsus medizinische Privatuniversität

SAGK Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

STL Struktur -Lege -Technik

u.a. unter anderem

UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik GmbH

WHO World Health Organisation

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 AUSTRIA, KARTOGRAPHIE UND GIS – 2011 .....	12
ABBILDUNG 2 KOMPETENZMODELL DES ÖGKV, EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN ÖGKV MODELL .....	31
ABBILDUNG 3 KOMPETENZMODELL DER BUNDESLÄNDER, EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN DAS MODELL DER BUNDESLÄNDER .....	32
ABBILDUNG 4 KOMPETENZMODELL DER GÖG, EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN DAS MODELL DER GÖG .....	35

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 EIGENE DARSTELLUNG DER SCHULABSCHNITTE IN ÖSTERREICH IN ANLEHNUNG AN WEIß & TRITSCHER- ARCHAN, 2011.....	14
TABELLE 2 EIGENE DARSTELLUNG DER AUSBILDUNGSMÖGLICHKEITEN IM SEKUNDARBEREICH.....	16
TABELLE 3 EIGENE DARSTELLUNG DER AUSBILDUNGSMÖGLICHKEITEN IM TERTIÄRBEREICH .....	16
TABELLE 4 EIGENE DARSTELLUNG DER AUSBILDUNGSMÖGLICHKEITEN IM SEKUNDARBEREICH.....	18
TABELLE 5 EIGENE DARSTELLUNG DER AUSBILDUNGSMÖGLICHKEITEN IM TERTIÄREN AUSBILDUNGSBEREICH.....	20
TABELLE 6 EIGENE DARSTELLUNG DER PFLEGEAUSBILDUNG IN DEN NIEDERLANDEN .....	22
TABELLE 7 EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN WALDHAUSEN A, SITTERMAN- BRANDSEN B & MATAREA- TÜRK L (2014) .....	23
TABELLE 8 EIGENE DARSTELLUNG DER INTERVIEWDAUER.....	44

## Inhalt

1	EINLEITUNG	9
1.1	HINTERGRUND	9
1.2	ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN	11
2	THEORETISCHER RAHMEN	12
2.1	GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG	12
2.2	RELEVANZ DES THEMAS	13
2.3	QUALIFIKATIONSMÖGLICHKEITEN IN ÖSTERREICH	15
2.4	QUALIFIKATIONSMÖGLICHKEITEN IM INTERNATIONALEN KONTEXT	21
2.5	GENERALISTISCHE GRUNDAUSBILDUNG	24
3	KOMPETENZMODELL FÜR PFLEGEBERUFE	27
3.1.	KONZEPTION EINES KOMPETENZMODELLS FÜR PFLEGEBERUFE IN ÖSTERREICH	29
3.2.	ZUSAMMENSCHAU DER DREI MODELLVORSCHLÄGE	35
4	METHODISCHE VORÜBERLEGUNGEN	37
4.1	FORSCHUNGSDESIGN	37
4.2	METHODE ZUR DATENERHEBUNG	37
4.3	METHODE ZUR DATENANALYSE UND VALIDIERUNG	39
4.4	EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	41
4.5	SAMPLE UND SETTING	43
4.6	ETHISCHE VORÜBERLEGUNGEN	44
5	METHODE	45
5.1	FORSCHUNGSDESIGN	45
5.2	SETTING UND SAMPLE	45
5.3	DATENERHEBUNG	45
5.4	DATENANALYSE UND VALIDIERUNG	47
6	ERGEBNISSE	48
6.1	ERGEBNISSE ZUR 1. FORSCHUNGSFRAGE	48
6.2	ERGEBNISSE ZUR 2. FORSCHUNGSFRAGE	51
6.3	ERGEBNISSE ZUR 3.FORSCHUNGSFRAGE	54
6.4	ERGEBNISSE ZUR 4. FORSCHUNGSFRAGE	56
7	SCHLUSSFOLGERUNG	59
8	DISKUSSION	60
8.1	VERORTUNG DER PFLEGEAUSBILDUNG	60

8.2 PÄDAGOGISCH/DIDAKTISCHE VORAUSSETZUNGEN	62
8.3 KONSEQUENZEN DER EINFÜHRUNG DER GENERALISTISCHEN GRUNDAUSBILDUNG	63
8.4 EINSATZ VON PRAXISANLEITERINNEN UND –ANLEITERN	64
9 IMPLIKATIONEN	65
9.1 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS	65
9.2 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEPÄDAGOGIK	65
9.3 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEFORSCHUNG	66
10 LIMITATION	67
11 LITERATURVERZEICHNIS	68

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften steigt mit der demografischen Entwicklung an. Darauf aufbauend vergrößert sich der Kostendruck in Österreich im Bezug auf die Sicherstellung von adäquater Pflege. Der zukünftige Bedarf an Pflegepersonal und die exakten Kosten für die notwendige Ausbildung können derzeit nur schwer abgeschätzt werden. Gleichzeitig weitet sich ein Fachkräftemangel aus, welcher sich auf zu geringe Differenzierungsgrade zurückführen lässt. Die Aufgabengebiete und Kompetenzverteilungen innerhalb österreichischer Pflegeberufe sind unzureichend abgegrenzt, vergleicht man sie mit denen der Niederlande beispielsweise. Dies wiederum endet in Fluktuation und Abwanderung in andere Berufsfelder. Die Verschiebung von "skills and grades" fordert ebenso ein Wachstum der Ausbildungsqualität und der Konkurrenzdruck am Bildungs- und Arbeitsmarkt nimmt zu. Dies aber steht der Sicherstellung qualitativ hochwertiger Ausbildung entgegen. Um der zukünftigen hohen Anzahl an älteren Personen sichere und qualitativ hochwertige Pflege auch weiterhin anbieten zu können, muss in Österreich die Tertiärisierung des Pflegeberufs ausgebaut werden.

(Rappold, 2011; Rottenhofer, 2012)

Derzeit fehlt es in Österreich an einer einheitlichen und vergleichbaren Grundausbildung. Die Möglichkeiten, sich auf tertiärem Niveau für die Pflegepraxis zu qualifizieren sind sehr gering, was die Attraktivität dieser Branche zusätzlich abschwächt. Kompetenzprofile sind unausgereift und können somit in der Praxis auch nicht gelebt werden. Der Einsatz von spezifischer Pflege anhand verschiedener Ausbildungs- und Qualifikationslevels findet praktisch nicht statt. Auf die zunehmenden Anforderungen im Pflegeberuf, nämlich die Zunahme von chronisch oder auch dementiell erkrankten Personen, kann nicht adäquat reagiert werden. Ebenso wird die sichere und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung von älteren Menschen gefährdet, wenn es an motiviertem, gut ausgebildetem Personal fehlt. ( Rappold, 2012; Rottenhofer, 2012)

Somit stellt sich die Frage nach der Umstrukturierung des derzeitigen Ausbildungsmodells und welche Kompetenzen und Qualifikationen Pflegepersonen

mitbringen müssen, um den zukünftigen Ansprüchen gerecht zu werden. Es bedarf bereits in der Ausbildung von Pflegepersonen einer Neustrukturierung, um den wachsenden Anforderungen im Beruf entsprechen zu können. Deshalb wurde vom Österreichischen Gesundheit- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) das Kompetenzmodell des International Council of Nurses (ICN) weiterentwickelt. Dieses Modell soll anhand eines Schemas Qualifikationen und Kompetenzen von Pflegepersonen definieren und einstufen. Die derzeitige Problematik besteht darin, dieses Modell, sowie die damit verbundene generalistische Grundausbildung für Österreich in Ausbildung und Praxis zu adaptieren und umsetzbar zu machen. (Rappold, 2012; Rottenhofer, 2012)

Diesen Herausforderungen stellte sich auch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), welche ein Kompetenzmodell im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwarf. Auch die Bundesländer machten sich zu diesem Thema Gedanken und formulierten ihre Version des Kompetenzmodells. Das vom ÖGKV weiterentwickelte Kompetenzmodell bietet dazu eine erste Orientierungshilfe. In diesem Rahmenmodell werden Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen in verschiedenen Bildungsniveaus dargestellt. Somit soll Vergleichbarkeit und Transparenz in Ausbildung und Einsetzbarkeit des Pflegeberufs ermöglicht werden. Daraufhin wurden auch von der GÖG, sowie von den Bundesländern Vorschläge zur Gestaltung eines Kompetenzmodells erarbeitet, welche im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt werden. (<http://stmk.arbeiterkammer.at>, Stand: 07.11.2014)

Die Erfordernisse für die Umsetzung eines Modells sollen in diese Arbeit Eingang finden, da ein Kompetenzmodell in Österreich die künftige Karrierelaufbahn darstellen wird. Mit der Umsetzung eines Modells ist es auch notwendig, eine Vorlage zur Entwicklung der Curricula von Pflegeberufen zu finden und dem Pflegemanagement zur Praxisentwicklung und Personalplanung einen Rahmen zu geben. Außerdem wird mit der Neustrukturierung der pflegerischen Berufsfelder auch ein alternatives Entlohnungsmodell gefunden werden müssen. (Brandstätter et al., 2011)

Durch die Darstellung der derzeitigen Ausbildungssituation österreichischer Pflegepersonen, sowie einer Gegenüberstellung pflegerischer Ausbildungsformen anderer europäischer Ländern ergeben sich Ansätze für die Umsetzung neuer Ausbildungsstrukturen. Daraus können Rahmen für curriculare Umstrukturierungsmaßnahmen und geforderte didaktische Ansätze ermittelt und an

österreichische Anforderungen angepasst werden. Dadurch sollen auch erste Ansätze realistischer Umsetzungsmöglichkeiten des Kompetenzmodells in Österreich entstehen.

## **1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen**

Ziel dieser Arbeit ist es, die vielfältigen Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegeberufe in Österreich zu sichten, zu evaluieren und mit anderen Ländern zu vergleichen. Besondere Berücksichtigung findet in dieser Arbeit die Vorstellung der verschiedenen Entwürfe an Kompetenzmodellen, sowie die Umsetzungsmöglichkeiten der generalistischen Grundausbildung.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich für diese Arbeit folgende Forschungsfragen:

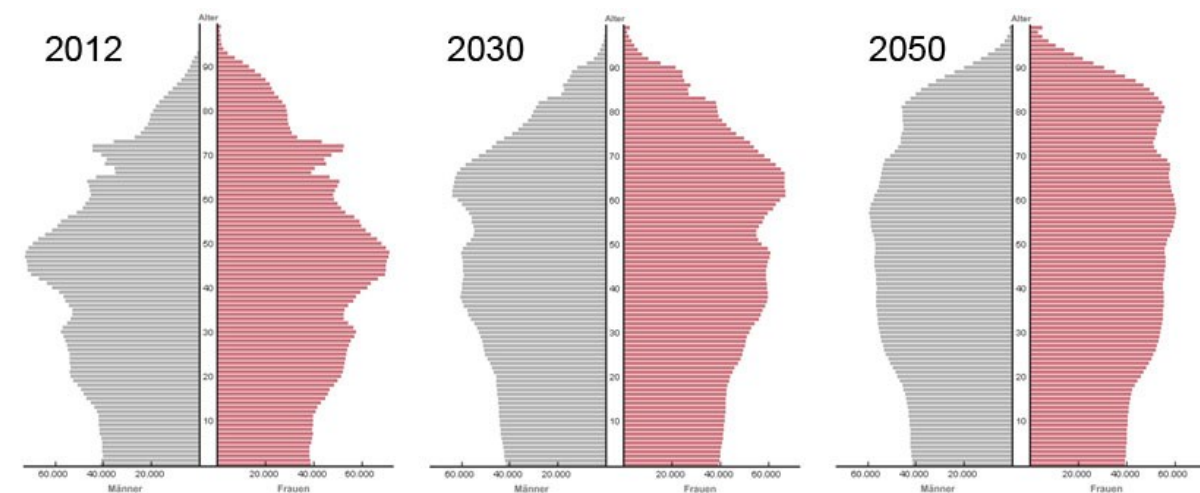
1. „Welche Erfordernisse bringt die Einführung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft mit sich?“
2. „Welche Konsequenzen zieht die Umsetzung der generalistischen Grundausbildung, welche im Rahmen der Implementierung des Kompetenzmodells gefordert wird nach sich?“
3. „Welche vergleichbaren Modelle gibt es im europäischen Raum und welche Ansätze in Bezug auf die generalistische Grundausbildung könnten für die österreichische Pflegeausbildung übernommen werden?“
4. „Welche Konsequenzen haben diese eruierten Aspekte auf curricularer bzw. praktischer Ebene der Pflegeausbildung?“

## 2 Theoretischer Rahmen

Im folgenden Kapitel werden Faktoren, die den theoretischen Rahmen dieser Arbeit bilden näher betrachtet.

### 2.1 Gesellschaftliche Bedeutung

Der Thematik der Pflegeausbildung wird nicht nur in Fachkreisen eine große Bedeutung beigemessen. Auch in gesellschaftlicher Hinsicht gerät dieses Thema immer mehr in den Vordergrund. Der demografischen Entwicklung in Österreich steht eine sinkende Anzahl von Pflegepersonen gegenüber. Bedenkt man, dass derzeit in Österreich 8,43 Millionen Menschen leben und bis zum Jahr 2030 diese Zahl um sieben Prozent ansteigen wird, so wird klar, dass Handlungsbedarf herrscht. Von pflegerischer Relevanz ist die Tatsache, dass ein starker Zuwachs an über 65-jährigen Menschen zu verzeichnen sein wird. 2030 werden in Österreich 2,16 Millionen Menschen über 65 Jahre alt sein und im Jahr 2060 werden 2,7 Millionen Menschen dieses Alter überschritten haben. ([https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html), Stand: 28.4.2014)



**Abbildung 1** AUSTRIA, Kartographie und GIS – 2011

([http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html), Stand: 20.05.2015)

Aufgrund der wachsenden und vor allem alternden Gesellschaft wird es zur Herausforderung für die Zukunft genügend und adäquat ausgebildete Pflegekräfte zu

akquirieren. Aber nicht nur der demografische Wandel, sondern auch die Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität gestalten die zukünftige Situation des Pflegeberufes schwierig. Diese Anforderungen bringen nach einem erhöhten Pflegebedarf mit sich, welcher aus heutiger Sicht kaum zu bewältigen sein wird. Schätzungen zufolge fehlen bereits jetzt rund 7.000 Pflegepersonen österreichweit. Um den Menschen eine bedarfsgerechte und adäquate Pflege anbieten zu können, deren Vertreter über eine solide und umfassende Grundausbildung verfügen und sich auf verschiedenen Gebieten vertiefen können, muss das System der Pflege in Österreich neu ausgerichtet werden. (Petek, 2011)

## 2.2 Relevanz des Themas

Das Kompetenzmodell für Pflegeberufe ist, wie bereits oben erörtert von großer gesellschaftlicher Bedeutung. Dieser Umstand wird durch die Medienpräsenz des Themas noch verdeutlicht. Die Brisanz entsteht dadurch, dass österreichweit hinsichtlich der Gestaltung der Ausbildung seit einigen Jahren Uneinigkeit herrscht. Für Diskussionsstoff sorgt beispielsweise die zukünftige Durchlässigkeit der Ausbildung. Die Rede ist von einem „Beruf in der Sackgasse“, da verglichen mit dem internationalen Kontext die Chancen auf eine Anschlusskarriere bisher gering waren:

*"Nur in Österreich und Deutschland kann man einen Berufsabschluss in Gesundheits- und Krankenpflege nicht mit einem Bakkalaureat abschließen. Das heißt, man kann in der Folge nicht an einer Universität weiterstudieren. Das ist eine Bildungssackgasse. Daher sind diese Berufe als eigenständige Gesundheitsprofessionen wenig anerkannt, dementsprechend wenig gut bezahlt und auch wenig gut in den Systemen abgebildet"* (Frohner, <http://oe1.orf.at/artikel/374823>, Zugriff: 13.5.2014).

Der Gegenstand der Durchlässigkeit ist für diese Arbeit von großer Bedeutung. Durchlässigkeit in Bildungssystemen bedeutet, dass Lernenden zwischen verschiedenen Bildungsarten und Bildungsstufen ungehinderter Zugang gewährt wird. Dies heißt auch, dass zwischen Hochschulbildung und Berufsbildung oder von Sekundarbildung zu Hochschulbildung Mobilität erfolgen kann (CEDEFOP, 2012). In der nachfolgenden Tabelle wird ein Überblick über die derzeit vorherrschenden

Schultypen in Österreich gegeben. Diese gliedern sich in vier Abschnitte, wobei die Pflegeausbildung von der Sekundarstufe II in den Tertiärbereich vorrücken soll.

Abschnitt	Schultyp
Primarstufe	Volksschule
Sekundarstufe I	Hauptschule, Unterstufe einer allgemeinbildenden höheren Schule, Neue Mittelschule
Sekundarstufe II	allgemein bildende höhere oder berufsbildende Schule
Tertiärbereich	Akademien, Kollegs, Fachhochschulen, Universitäten

**Tabelle 1** eigene Darstellung der Schulabschnitte in Österreich in Anlehnung an Weiß & Tritscher- Archan, 2011

Für die zukünftigen Ausbildungsmodelle ist diese Thematik genauso relevant, wie auch für zwischenzeitige Übergangslösungen. Denn in den Reihen der derzeit im Beruf tätigen Pflegepersonen macht sich mit der wachsenden Entwicklung der letzten Zeit Unsicherheit breit. In Fachkreisen wird seit einigen Jahren über mögliche Übergangslösungen diskutiert und erste Lösungsansätze wurden bereits präsentiert. Dennoch werden mangels flächendeckender Aufklärung Bedenken aus dem Kreis der Praktiker laut. Die notwendige Neugestaltung der österreichischen Pflegelandschaft sieht ein generalistisch angelegtes Modell vor, welches nicht von allen Seiten als positiv bewertet wird:

*„Aus meiner Perspektive steht dahinter jedoch die Botschaft, dass ein spezielles Wissen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit den unterschiedlichen Sektoren und Settings nicht notwendig ist“* (Hasseler, bpa Magazin 02/2013, S. 12).

Auf die Bedeutung eines generalistisch angelegten Modells wird in dieser Arbeit im Speziellen eingegangen. Da in der Umsetzung des Kompetenzmodells ein

generalistischer Ansatz angestrebt wird, stellt sich die Frage der adäquaten Ausbildung und deren curricularer Struktur.

Grundsätzlich meint der Begriff „generalistisch“ in diesem Kontext die Zusammenführung der drei bisher getrennten Ausbildungen. Diese Ausbildungen sind derzeit die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und die Kinder- und Jugendlichenpflege. Daraus soll ein neues Berufsprofil entstehen, welches zu einem einheitlichen Berufsabschluss führt (Wagner, 2014). Darauf wird später in dieser Arbeit noch genauer eingegangen.

### **2.3 Qualifikationsmöglichkeiten in Österreich**

Den für diese Arbeit bedeutendsten Faktor stellt die Problematik der Ausbildung für Gesundheits- und Pflegeberufe in Österreich dar. Hierzulande gibt es derzeit eine Vielzahl an Ausbildungsmöglichkeiten für den Gesundheits- und Pflegebereich. In diesem „Ausbildungsdschungel“ herrschen verschiedene Angebote mit und ohne Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege vor, welche dem künftigen Anspruch aber nicht mehr gerecht werden können.

Derzeit gibt es in Österreich folgende Möglichkeiten, sich für die Pflege zu qualifizieren:

<b>Ausbildung im Sekundarbereich</b>	Pflegehilfe	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	Kinder- und Jugendlichenpflege
<b>Verortung</b>	Fachschule, Lehrgänge	Fachschule	Fachschule	Fachschule
<b>Ausbildungsdauer</b>	1 Jahr	3 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
<b>Zugangsvoraussetzung</b>	Pflichtschule (9 Jahre)	Pflichtschule (10 Jahre)	Pflichtschule (10 Jahre)	Pflichtschule 10 Jahre)
<b>Abschluss</b>	Pflegehelfer/in	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger	Diplomierte/r psychiatrische/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger	Diplomierte/r Kinderkrankenschwester/-pfleger
<b>Link</b>	<a href="http://www.gesundheit.steiermark.at/">http://www.gesundheit.steiermark.at/</a>			

Tabelle 2 eigene Darstellung der Ausbildungsmöglichkeiten im Sekundarbereich

<b>Ausbildung im Tertiärbereich</b>	Studium Gesundheits- und Pflegewissenschaft	Kombistudium Pflege, 2- in. 1 Modelle	Kombistudium Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegewissenschaft
<b>Verortung</b>	Fachhochschule	Private Universität	Öffentliche Universität
<b>Ausbildungsdauer</b>	6 Semester	7 Semester	8 Semester
<b>Abschluss</b>	BSc (keine Berufsberechtigung)	BScN (inkl. Berufsberechtigung)	BSc (inkl. Berufsberechtigung)
<b>Link</b>	<a href="http://www.gesundheit.steiermark.at/">http://www.gesundheit.steiermark.at/</a> , <a href="http://www.umit.at">http://www.umit.at</a> <a href="http://www.fh-campuswien.ac.at">http://www.fh-campuswien.ac.at</a> <a href="http://www.pmu.ac.at">http://www.pmu.ac.at</a> <a href="http://www.fh-salzburg.ac.at">http://www.fh-salzburg.ac.at</a> <a href="http://www.rudolfinerhaus.at">http://www.rudolfinerhaus.at</a>		

Tabelle 3 eigene Darstellung der Ausbildungsmöglichkeiten im Tertiärbereich

Anhand der Tabellen wird ersichtlich, dass die Angebotspalette von der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, über Kombinationsstudiengänge mit Bachelorabschluss, bis hin zu verschiedenen anderen Modellen im tertiären Bildungssektor reicht. Vor allem die im österreichischen Sekundarbereich angebotenen drei Abschlüsse mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen (allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und Kinder- und Jugendlichenpflege) sind europaweit eine Seltenheit.

Diese Vielzahl an Angeboten verfügt nicht nur über differenzierte Aufnahmekriterien, sondern auch über einige Spezifizierungen. Dennoch soll ein gemeinsamer Weg in einem gemeinsamen System gefunden werden. Vor allem die Vorgabe der Durchlässigkeit sollte gegeben sein, wie auch ein Vorrücken der Ausbildung in den tertiären Bereich. (Rappold, 2012)

Um trotz knapper Ressourcen eine hohe Versorgungsqualität zu erreichen wurde für Österreich die Möglichkeit gesehen, ein Kompetenzmodell für die Pflege zu implementieren. Ausgehend von dieser Tatsache soll für diese Arbeit dieses Vorhaben näher betrachtet und die damit einhergehende generalistische Grundausbildung kritisch hinterfragt werden.

Wie bereits eingangs dargestellt, existieren hierzulande derzeit viele Möglichkeiten, sich für den Pflegeberuf zu qualifizieren. Durch die zunehmende Professionalisierung entstanden neben der Ausbildung an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege auch Ausbildungen im Hochschulbereich. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich hinter den Ausbildungsmöglichkeiten verbergen wird nachfolgend erläutert.

## **Pflegeausbildungsangebote im Sekundarbereich**

Die Ausbildungssituation im Gesundheits- und Krankenpflegesektor Österreichs gestaltet sich derzeit vielfältig. Einhergehend mit dieser Vielfalt häufen sich auch Zugangsvoraussetzungen, Kompetenzen und Abschlüsse. Diese Tatsache ist

mitunter ein Grund für die Bestrebungen das Kompetenzmodell in Österreich zur Umsetzung zu bringen.

In Österreich herrschen die grundständigen Ausbildungsmöglichkeiten der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, sowie Kinder- und Jugendlichenpflege vor, was im internationalen Vergleich eine Rarität darstellt.

Auch die Tatsache, dass in Österreich keine generalistische Grundausbildung angelegt ist, trägt dazu bei, sich nicht international vergleichen zu können. Die Verortungen variieren genauso von Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege im Sekundarbereich, wie auch die ansteigende Sparte der dualen Formen, welche akademische Abschlüsse in Kombination mit Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege anbieten.

Im Folgenden eine Übersicht über die derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich im sekundären Bildungsbereich:

<b>Berufssparte</b>	Pflegehilfe	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	Kinder- und Jugendlichenpflege
<b>Verortung</b>	Fachschule, Lehrgänge	Fachschule	Fachschule	Fachschule
<b>Ausbildungsdauer</b>	1 Jahr	3 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
<b>Zugangsvoraussetzung</b>	Pflichtschule (9 Jahre)	Pflichtschule (10 Jahre)	Pflichtschule (10 Jahre)	Pflichtschule (10 Jahre)
<b>Abschluss</b>	Pflegehelfer/in	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger	Diplomierte/r psychiatrische/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger	Diplomierte/r Kinderkrankenschwester/-pfleger
<b>Link</b>	<a href="http://www.gesundheit.steiermark.at/">http://www.gesundheit.steiermark.at/</a>			

**Tabelle 4** eigene Darstellung der Ausbildungsmöglichkeiten im Sekundarbereich

## **Pflegeausbildungsangebote im Tertiärbereich**

Es besteht in Österreich auch die Möglichkeit, das Diplom für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in Kombination mit dem Bachelorabschluss auf tertiärem Ausbildungsniveau zu erlangen. Diese Kombinationsausbildungsform findet sich hierzulande

- an Fachhochschulen
- an Privatuniversitäten (in Kooperation mit Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege)
- an öffentlichen Universitäten (in Kooperation mit Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege).

Nachfolgend eine Tabelle zur Übersicht über die derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich im tertiären Bereich:

Verortung	Bezeichnung	Verortung	Bezeichnung
<b>Öffentliche Universität</b>	Medizinische Universität Graz	<b>Private Universität</b>	Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT)
<b>Studiendauer</b>	8 Semester	<b>Studiendauer</b>	7 Semester
<b>Abschluss</b>	BSc	<b>Abschluss</b>	BScN
<b>Link</b>	<a href="http://www.gesundheit.steiermark.at">http://www.gesundheit.steiermark.at</a>	<b>Link</b>	<a href="http://www.umat.at">http://www.umat.at</a>
Verortung	Bezeichnung	Verortung	Bezeichnung
<b>Fachhochschule</b>	FH Salzburg	<b>Private Universität</b>	Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU)
<b>Studiendauer</b>	6 Semester	<b>Studiendauer</b>	7 Semester
<b>Abschluss</b>	BSc	<b>Abschluss</b>	BScN
<b>Link</b>	<a href="http://www.fh-salzburg.ac.at">http://www.fh-salzburg.ac.at</a>	<b>Link</b>	<a href="http://www.pmu.ac.at">http://www.pmu.ac.at</a>
Verortung	Bezeichnung	Verortung	Bezeichnung
<b>Fachhochschule</b>	FH Campus Wien	<b>Fachhochschule</b>	Rudolfinerhaus
<b>Studiendauer</b>	6 Semester	<b>Studiendauer</b>	BSc
<b>Abschluss</b>	BSc	<b>Abschluss</b>	6 Semester
<b>Link</b>	<a href="http://www.fh-campuswien.ac.at">http://www.fh-campuswien.ac.at</a>	<b>Link</b>	<a href="http://www.rudolfinerhaus.at">http://www.rudolfinerhaus.at</a>

Tabelle 5 eigene Darstellung der Ausbildungsmöglichkeiten im tertiären Ausbildungsbereich

Es besteht aber ebenso die Möglichkeit, pflegebezogene Bildungsangebote im tertiären Sektor zu besuchen, ohne Integration einer pflegerischen Grundausbildung. Diese Angebote gehen aber auch nicht mit einer Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege einher, weshalb die Einsatzmöglichkeiten eher begrenzt sind und hier nicht näher erläutert werden.

## **2.4 Qualifikationsmöglichkeiten im internationalen Kontext**

Um die künftige Ausbildungssituation für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich besser abschätzen zu können, findet sich im Folgenden ein detailliertes Ausbildungsprofil der Niederlande. Die Ausarbeitung der verschiedenen Möglichkeiten im internationalen Kontext könnte für Österreich exemplarisch die Umsetzung des Kompetenzmodells unterstützen, insofern einige Aspekte, wie die generalistische Grundausbildung oder die Auslagerung der Ausbildung in den tertiären Sektor dort bereits umgesetzt wurden.

Die Niederlande wurden deshalb als Exempel gewählt, da die generalistische Grundausbildung und die Ausbildung nach Qualifikationsniveaus bereits erfolgreich umgesetzt werden. Außerdem knüpft die pflegerische Ausbildung an ein tertiäres Ausbildungsprogramm an, welches Absolventinnen und Absolventen für Tätigkeiten in den Bereichen Management, Forschung oder Pädagogik vorbereitet.

### **Pflegeausbildung in den Niederlanden**

Die Pflegeausbildung in den Niederlanden ist landesweit einheitlich geregelt, was Vergleichbarkeit möglich macht. Die Grundausbildung ist generalistisch aufgebaut und unterscheidet in fünf verschiedenen Qualifikationsniveaus vier Berufe. Dabei handelt es sich um Hilfskräfte in der Pflege, Pflege- und Sozialhelferinnen und -helfer, welche in den ersten drei Qualifikationsniveaus angesiedelt sind. Innerhalb dieses Tätigkeitsbereichs ist vor allem die Durchführung von Routine- und Standardverfahren angesetzt. Diplomiertes Pflegepersonal wird in Fachschulen ausgebildet, welche nach vier Jahren zur Berufsberechtigung führen. Diese Ausbildung steht im vierten Qualifikationsniveau und berechtigt die Pflegepersonen zu eigenständiger Planung und Durchführung der Krankenpflege. Ab dem fünften Qualifikationsniveau wird an Fachhochschulen ausgebildet. Diese Stufe beinhaltet im Tätigkeitsbereich auch die Mitarbeit an Forschung und neuen Verfahren. Aufbauend auf die Ausbildung an der Fachhochschule können Absolventinnen und Absolventen ein Masterstudium im Bereich Management und Innovation, Ausbildung und Betreuung oder Wissenschaft und Forschung absolvieren. Das Curriculum ist kompetenzorientiert aufgebaut, was bedeutet, dass problem-, wissenschafts-,

erfahrungsorientiertes und selbstgesteuertes Lernen umgesetzt werden kann. Im Sinne der Bologna-Konformität wird die Ausbildung modularisiert und mit einem Kredit-System abgehandelt. Praktische Fähigkeiten werden in Form von Trainings und Handlungsbefähigung für die Pflege vermittelt. Die Qualifikationsniveaus sind so aufgebaut, dass mit jeder Stufe die Kompetenz- und Verantwortungsbereiche steigen. (Lamers & Lau, 2002)

Zur besseren Verständlichkeit werden die Ausbildungsmöglichkeiten in den Niederlanden nachfolgend tabellarisch dargestellt:

<b>Berufsbezeichnung</b>	Pflegehilfe	Helfer/in, Sozialpflegepersonen	Pfleger/-in in der persönlichen Pflege	Pflegefachkraft	Pflegefachkraft + Bachelor of Art/Science
<b>Qualifikationslevel</b>	1	1-2	2-3	4	5
<b>Verortung</b>	Berufsfachschule	Berufsfachschule	Berufsfachschule	Berufsfachschule	Fachhochschule
<b>Ausbildungsdauer</b>	1 Jahr	2-3 Jahre	2-3 Jahre	3-4 Jahre	4-4, 5 Jahre
<b>Abschluss</b>	„Zorghulp“	„Helpende Zorg, Welzijn“	Verzorgende/ Individuelle Gesundheitszorg	Verpleegkundige (MBO)	BSc/ BA + Verpleegkundige (HBO)
<b>Österreichische Entsprechung</b>	entsprechen in Österreich der derzeitigen Pflegehilfe		entsprechen in Österreich der derzeitigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson		entsprechen in Österreich der derzeitigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit tertiärem Abschluss

**Tabelle 6** eigene Darstellung der Pflegeausbildung in den Niederlanden

Durch diesen Vergleich stellt sich heraus, dass der Einsatz von Pflegepersonen flexibler von statten gehen kann. Ebenso ergibt sich daraus im Gesamten eine bessere Vergleichbarkeit und eine bessere Möglichkeit, Spezialisierungen aufbauend anzubieten. Die Ausbildung dauert vor allem in den höheren Qualifikationslevels länger, als es in Österreich der Fall ist. Die Unterteilung der assistierenden und unterstützenden Berufe (Qualifikationslevel 1 und 2) kann für die Entwicklung des

Kompetenzmodells in Österreich ein Vorbild sein, da dadurch zukünftig viele Tätigkeiten, die derzeit vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ausgeführt werden von Assistenzberufen übernommen werden könnten. Somit wäre in den höheren Qualifikationslevels mehr Spielraum für Organisation, Beratung oder spezifische Pflegeinterventionen. (Lamers & Lau, 2002)

Um einen weiteren Überblick zu geben, sind nachfolgend die Ausbildungsmodalitäten (analog des österreichischen gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) fünf weiterer europäischer Länder angeführt. Hierbei wird ersichtlich, dass größtenteils auf universitärem, jedenfalls aber auf tertiärem Level ausgebildet wird. Gemeinsam haben diese Länder auch, dass die Grundausbildung in allen angeführten Ländern generalistisch aufgebaut ist. Die jeweiligen Spezialisierungen werden in Form von Weiterbildungen, Fortbildungen oder sogar Masterabschlüssen angeboten und umfassen Teilbereiche, wie die geriatrische Pflege (Frankreich), Intensiv- Pflege (Dänemark) oder auch Langzeitpflege (Polen) (Waldhausen A, Sitterman- Brandsen B & Matarea- Türk L, 2014):

Nation	Berufs-bezeichnung	Dauer der Ausbildung	Verortung	Grundausbildung
Dänemark	„Sygeplejersker“	3,5 Jahre	Fachhochschule	generalistisch
Frankreich	„Infirmier“ (m) „Infirmière“ (w)	3 Jahre	Universität	generalistisch
Polen	„pielęgniarka“ (w)/ „pielęgniarsz“ (m)	4 Jahre	Universität/ Fachhochschule	generalistisch
Schweden	„Sjuksköterska“	3 Jahre	Universität	generalistisch
Spanien	„Enfermero“ (m) / „Enferma“ (w)	4 Jahre	Universität	generalistisch

**Tabelle 7** Eigene Darstellung in Anlehnung an Waldhausen A, Sitterman- Brandsen B & Matarea- Türk L (2014)

Wie oben dargestellt, ist die Pflegeausbildung in allen angegebenen Ländern generalistisch angelegt. Nachfolgend werden die generalistische Grundausbildung und deren Erfordernisse näher betrachtet.

## 2.5 Generalistische Grundausbildung

Die generalistische Grundausbildung sieht eine Zusammenführung dreier bisher getrennter Ausbildungen vor. Daraus soll ein neues Berufsprofil entstehen, welches zu einem einheitlichen Berufsabschluss führt. Dieser Abschluss soll somit gemäß der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2013/55/EU in allen EU-Staaten anerkannt werden. Aufbauend auf die Grundausbildungen sollen Spezialisierungen folgen, womit das Prinzip des lebenslangen Lernens verfolgt wird. Dies hat gerade für den Gesundheitsbereich seine Berechtigung, da pflegerisches und medizinisches Wissen sich rasch erneuert. (Wagner, 2014)

Davon klar abzugrenzen ist die integrierte Ausbildung, die lediglich eine teilweise Zusammenführung von Ausbildungen meint. Die Spezialisierung erfolgt nicht aufbauend, sondern bereits vor Berufseinsatz, was zu unterschiedlichen Bezeichnungen führt. Ein klarer Nachteil dieser Ausbildungsform besteht darin, dass die Ausbildungsinhalte nur bedingt angepasst werden und die Neustrukturierung dennoch aufwendig ist. (Görres et al., 2003)

Die WHO empfiehlt die Umsetzung einer generalistischen Grundausbildung mit folgenden Worten:

*„Die Erstausbildung ist aufgrund der verstärkten Komplexität im Gesundheits- und Sozialwesen generalistisch auszurichten. Jede spezifische Fachausbildung soll auf einer allgemeinen Pflegeausbildung aufbauen“* (WHO Regionalbüro Europa, 1990).

In den EU-Staaten wird bereits mehrheitlich generalistisch ausgebildet. Die Curricula umfassen die Lernbereiche der Pädiatrie, Geriatrie und ebenso der Psychiatrie in Theorie und Praxis richtliniengemäß. Mit Abschluss einer generalistischen Grundausbildung sollen künftig folgende Kompetenzen nachgewiesen werden:

- Der Bedarf an Pflege soll eigenverantwortlich mittels theoretischer und klinisch-praktischer Erkenntnisse erfasst werden und darauf aufbauend sind Maßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Berufspraxis zu planen, zu organisieren und durchzuführen.

- Es soll mit anderen Berufsgruppen effektiv zusammengearbeitet werden. Dazu gehört auch die Mitarbeit an der praktischen Ausbildung Angehöriger von Gesundheitsberufen.
- Einzelpersonen, Familien und Gruppen von Betroffenen soll dazu verholfen werden, ein gesundes Leben zu führen.
- In Krisen- und Katastrophenfällen sollen lebensrettende Sofortmaßnahmen eingeleitet, wie auch Maßnahmen durchgeführt werden können.
- Beratung, Anleitung und Unterstützung pflegebedürftiger Personen und deren Bezugspersonen soll eigenverantwortlich erbracht werden können.
- Die Qualität der Pflege soll sichergestellt und bewertet werden können.
- Umfassende fachliche Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen soll ebenso erwartet werden können.
- Pflegequalität hinsichtlich der Verbesserung der Berufspraxis soll analysiert werden. (Reinhardt, 2014)

Für die Ausbildung in Österreich wäre es deshalb notwendig, nicht die Lehrinhalte der bisher getrennten Fachbereiche (allgemein, pädiatrisch, psychiatrisch) zu addieren, sondern sich ein pädagogisch/didaktisches Konzept zur Neugestaltung eines Curriculums zu überlegen. Ansätze, die in diese Richtung gehen, sollen das Ziel verfolgen, Lehr- und Lernprozesse exemplarisch in Lernsituationen auszugestalten. Dazu empfiehlt sich der didaktische Ansatz nach Wolfgang Klafki oder der immer mehr aufkommende Lernfeldansatz. Im Lernfeldansatz sollen Verknüpfungen von Settings, Rahmenbedingungen, handelnden Personen und Zielgruppen, Pflegehandlungen und Aufgaben, Pflegekonzepten und Pflegeanlässen erstellt werden. Ergänzend zu solch einem Ansatz empfiehlt es sich, eine Verbindung zwischen theoretischen und praktischen Lernprozessen herzustellen, um das Lernen zu erleichtern. Grundsätzlich sollte man davon ausgehen können, dass generalistisch ausgebildete Pflegepersonen über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, allgemeine Pflege an Menschen aller Altersgruppen in unterschiedlichen Settings auszuüben. Danach soll bedarfsabhängig einschlägig spezialisiert werden, wie etwa für Intensiv- oder gerontologische Pflege. Es bedarf schließlich eines schlüssigen

Gesamtkonzepts, um den künftigen Herausforderungen begegnen und die Qualität der Pflege hoch halten zu können. (Reinhart, 2014)

Einen Vorschlag für solch ein Gesamtkonzept könnte das Kompetenzmodell für Pflegeberufe sein. Im folgenden Kapitel werden die Entwicklung des Kompetenzmodells des ICN sowie die bisherigen Entwürfe Österreichs behandelt.

### 3 Kompetenzmodell für Pflegeberufe

Das Kompetenzmodell für Pflegeberufe, das in Österreich entstehen soll, lehnt sich an die bestehende Version des ICN an. Nachfolgend werden der ICN, die Entwicklung des ICN Kompetenzmodells und die österreichischen Entwürfe dazu näher betrachtet.

#### Entwicklung

Mit dem im Jahr 1989 vom ICN erstellten Programm zur Entwicklung einer internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis, nämlich der ICNP, wurde eine gültige Terminologie zur Abbildung der gesamten Pflege geschaffen. Die Notwendigkeit sich einer gemeinsamen Pflegefachsprache bedienen zu können, war der ausschlaggebende Impuls diese systematisch strukturierte, codierte und formal strukturierte Klassifikation in der Welt der professionellen Pflege zu schaffen.

Die Referenzterminologie ICNP stellt eine Grundlage des Kompetenzmodells zur Differenzierung und Beschreibung der Fachkompetenzen in der jeweiligen Stufe dar. Im Jahr 2008 wurde vom ICN das „ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ aufgrund der sich verändernden Anforderungen an den Pflegeberuf entworfen. Daraus resultierend entstand ein Rahmenmodell, welches auf nationaler Ebene von den zuständigen Verbänden an die jeweiligen geltenden Besonderheiten und gesetzlichen Rahmenbedingungen adaptiert wurde. In Österreich wurde vom ÖGKV-Landesverband Steiermark das ICN-Rahmenmodell als Basis für das Projekt „Kompetenzmodell für Pflegeberufe“ herangezogen. Als weitere Grundlagen zur Erstellung dieses Projekts dienten unter anderem der Europäische und Nationale Qualifikationsrahmen (EQR und NQR). Im Jahr 2009 fanden Informations- und Diskussionsreihen zur Bildungsoffensive „Pflege NEU denken“ statt. Ergebnisse dieser Reihen waren unter anderem dringende Umstrukturierungsmaßnahmen und Kompetenzbeschreibungen professioneller Pflege. In Workshops (Oktober 2010 bis Juli 2011) entstand das Projekt „Entwicklung des Kompetenzmodells für Pflegeberufe, in Anlehnung an das Modell des International Council of Nurses“.

(Brandstätter et al., 2011)

## **Kompetenzstufen nach Patricia Benner**

Im Kompetenzmodell spielen auch die Kompetenzstufen nach Patricia Benner (1984) eine wichtige Rolle. In dieser Beschreibung werden die Stufen zum Kompetenzerwerb anschaulich dargelegt und sollen die fachliche Entwicklung einer Pflegeperson innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit aufzeigen. Demnach absolvieren Lernende fünf verschiedene Leistungsstufen beim Kompetenzerwerb: Die erste Stufe nehmen Neulinge ein, danach folgt der Schritt zu fortgeschrittenen Anfängerinnen bzw. Anfängern, hin zur kompetent Pflegenden bzw. zum kompetent Pflegenden, weiter zur erfahrenen Pflegenden bzw. zum erfahrenen Pflegenden und schließlich zur Expertin bzw. zum Experten. Das Modell nach Benner wird als situatives Modell beschrieben, was bedeutet, dass ein und dieselbe Person in unterschiedlichen Situationen auf unterschiedlichen Kompetenzstufen stehen kann, abhängig davon, wie viel an Erfahrung sie in der jeweiligen Situation vorweisen kann. (Benner, 1994)

## **Aufbau**

Im ICN „Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ werden Pflegeberufe in verschiedene Stufen gegliedert. Die erste Stufe nimmt der „Nursing Support Worker“ ein, welcher in seinen Tätigkeiten durch diverse Hilfs- und Unterstützungsleistungen gekennzeichnet ist. Dieser Unterstützungsberuf steht unter indirekter oder direkter Aufsicht von Registered Nurses. Enrolled, registered oder Licensed Practical Nurses werden für ihren definierten Aufgabenbereich speziell ausgebildet und arbeiten in diesem unter Anleitung und Aufsicht von Registered Nurses. Registered Nurses arbeiten autonom und mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Darüber hinaus ist diese Gruppe dazu verpflichtet, die Standards des Nursing Boards/Council zu erfüllen. Darauf aufbauend folgt die Berufsgruppe der Nurse Specialists, welche sich ein vertieftes und erweitertes Wissen in einem Fachbereich angeeignet haben. Damit verfügen sie über mehrere Kompetenzen, die über die Grundausbildung hinausgehen. Mit diesen Kompetenzen ist es ihnen möglich, als Expertin bzw. Experte in Fachbereichen wie Management, Qualitätsentwicklung oder in speziellen Settings zu arbeiten. Die Spitze nimmt die Rolle der Advanced Nursing Practice/Advanced Nurse ein. Diese Berufe müssen zusätzlich zu den davor genannten über die Fähigkeit verfügen, klinische Entscheidungen in einem weiteren Feld der Pflegepraxis zu treffen. (Brandstätter et al., 2011)

Ziele des ICN Kompetenzmodells sind:

- Fähigkeiten und Fertigkeiten von Pflegeberufen schematisch darzustellen,
- Kompetenzen der Pflege darzustellen,
- eine Basis für politische Entscheidungen zu schaffen,
- die Curriculumsgestaltung von Pflegeberufen zu erstellen und
- das Pflegemanagement in Praxisentwicklung und Personalplanung zu unterstützen. (Brandstätter et al., 2011)

### **3.1. Konzeption eines Kompetenzmodells für Pflegeberufe in Österreich**

In Österreich wurden bisher drei verschiedene Vorschläge zur Erstellung eines Kompetenzmodells für Pflegeberufe gemacht. Die vorgestellten Ergebnisse wurden in Fachkreisen diskutiert und nun wird abgewogen, welches Modell für die zukünftige österreichische Pflegelandschaft in Erwägung gezogen werden könnte bzw. welche Erfordernisse die Einführung eines dieser Modelle mit sich bringen wird.

Gemeinsam haben alle drei Entwürfe die Einführung der generalistischen Grundausbildung, die (zumindest teilweise) Überführung der Pflegeausbildung in den tertiären Ausbildungssektor, sowie die Zielsetzung, horizontale und vertikale Durchlässigkeit sowie EU- Konformität zu gewährleisten.

Nachfolgend werden die Besonderheiten der jeweiligen Modellvorschläge erläutert:

#### **Kompetenzmodell des ÖGKV**

In Anlehnung an das Modell des ICN entwarf der ÖGKV ein Kompetenzmodell für Österreich, welches sich aus fünf Stufen zusammensetzt. In Stufe eins wird die Unterstützungskraft angesiedelt. In der zweiten Stufe findet sich die Pflegeassistenz, in der dritten Stufe die Generalistin bzw. der Generalist wieder. Die vierte Stufe beinhaltet die Spezialistin bzw. den Spezialisten und in der letzten Stufe Advanced Nurse Practitioners. (Brandstätter et al., 2011)

Neu ist in diesem Modell der Einsatz der Unterstützungskraft, welche einfache Tätigkeiten im Bereich der Unterstützung übernehmen könnte und diese unter Anleitung und Aufsicht durchführen soll. Analog zur derzeit bestehenden Ausbildung

zur Heimhilfe könnte die Ausbildung zur Unterstützungskraft im Rahmen von Kursen angeboten werden (z. B. von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen oder Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens). (Brandstätter et al., 2011)

Eine Besonderheit würde der Einsatz von Pflegeassistentinnen bzw. Pflegeassistenten darstellen, welche eine standardisierte Ausbildung absolvieren sollen, die sie für Aufgaben, die innerhalb definierter Handlungsparameter stattfinden qualifizieren soll. Die Ausbildung zur Pflegeassistenz soll entweder in berufsbildenden höheren Schulen oder im Rahmen neuer Kooperationen angeboten werden. Im ÖGKV Modell soll die Ausbildung modular gestaltet sein, um settingspezifische Kompetenzen aufbauen zu können. Für diese Berufsgruppe sind sowohl kompetenzvertiefende, als auch -erweiternde Spezialisierungen geplant. Mit der Einführung von Generalistinnen und Generalisten könnte eine auf europäischer Ebene standardisierte Ausbildung angeboten werden. Die generalistische Grundausbildung im tertiären Bildungssystem soll an Fachhochschulen bzw. Universitäten angesiedelt sein und der Abschluss soll auf Bachelorniveau erfolgen. Mittels akademischer Höherqualifikation und einschlägiger Spezialisierung, wie etwa einem besonderen Einsatzgebiet, Zielgruppen, Aufgaben, Fokus oder einer Rollenerweiterung soll die Attraktivität des Berufes gesteigert werden. Es werden mehrere Möglichkeiten geboten, sich neben der pflegerischen Aufgaben im jeweiligen Tätigkeitsbereich auch mit der Einschätzung und kritischen Urteilsbildung, Delegation, Anleitung und Supervision von anderen Pflegeberufen in der Pflegepraxis, Organisation und Planung von Prozessen im multiprofessionellen Team zu beschäftigen. Aufbauend auf die Ausbildung von Generalistinnen und Generalisten folgt die Spezialisierung für bestimmte Abschnitte des Versorgungskontinuums (Gesundheitsförderung, Palliativpflege, Intensivpflege oder auch Dialyse), bestimmte Handlungsebenen (z.B. auf politischer Ebene), für ein bestimmte Lebensalter oder als Lehr- und Führungsaufgaben. Advanced Nurse Practitioners sind Personen, die bereits über die Ausbildung als Generalistin bzw. Generalist für Gesundheits- und Krankenpflege und über eine vertiefte Ausbildung verfügen. Ihre Hauptaufgabe soll darin liegen, die Erweiterung des Handlungsfeldes sowie den Fortschritt des Faches Pflege zu unterstützen. (Brandstätter et al., 2011)

Nachfolgend eine Abbildung des Kompetenzmodells des ÖGKV zur besseren Verständlichkeit:

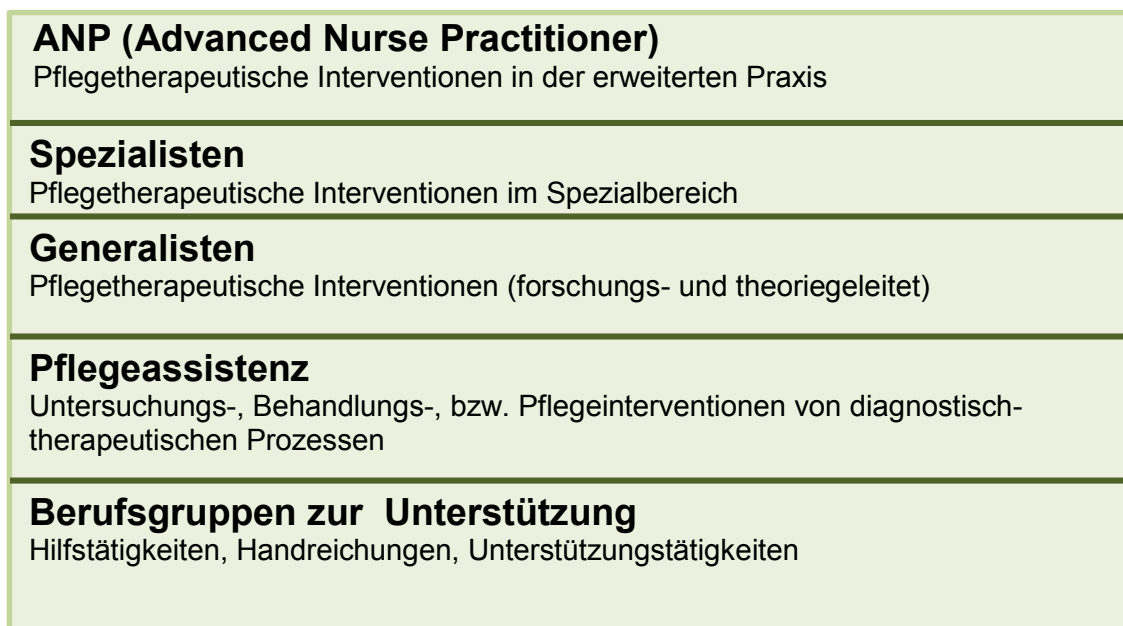


Abbildung 2 Kompetenzmodell des ÖGKV, eigene Darstellung in Anlehnung an ÖGKV Modell

## Kompetenzmodell der Bundesländer

Ausgangslage für die Entstehung des Kompetenzmodells der Bundesländer war unter anderem die Evaluierung der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsbereiche seitens der GÖG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In diesem Modell sollen Basisleistungen von einer Serviceassistentenz bzw. Stationsassistentenz ausgeführt werden, mit dem Ziel die Übernahme von Systemerhaltungstätigkeiten zu gewährleisten. Ergänzend zu Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten sollen auch Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten ausgebildet werden. Beide Gruppen zählen zu den Pflegeassistentenberufen und sind zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärztinnen und Ärzten einzusetzen. Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten sollen über eine zweijährige Ausbildung (3.200 Stunden in Theorie und Praxis) verfügen und aufgrund ihrer Weiterqualifizierung zu mehr Eigenverantwortung ohne verpflichtende Aufsicht seitens des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gelangen. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege soll künftig noch mehr Mitglied eines multiprofessionellen Behandlungsteams sein, der sich setting- und zielgruppenspezifisch spezialisieren kann im Sinne der Kompetenzerweiterung und Kompetenzvertiefung. Die Ausbildung soll auf Fachhochschulen stattfinden.

Aufbauend auf diese Ausbildung kann die Kompetenzstufe Spezialistin bzw. Spezialist erreicht werden. Dies geschieht durch nachgewiesene Praxiserfahrung, Weiterbildungen/Sonderausbildungen (z.B.: Spezialisierung im Bereich Hygiene, Intensiv, Anästhesie, Nierenersatztherapie). Auch die Berufsfelder der Beratung und Begleitung, Prävention, Anleitung und Gemeindepflege können in diesem Modell eine Spezialisierung darstellen. Neu ist in diesem Modell der Begriff der „Paramedics“. Dabei wird angedacht, durch die Bereitstellung von Masterprogrammen Pflegepersonen speziell zu schulen, um nach US-amerikanischem Vorbild einen Teil von Notarzt-Aufgaben übernehmen zu können. Anschließend an das Masterstudium wird noch die Möglichkeit eines Doktorstudiums geboten (PhD). Der Fokus dieses Studiums soll auf der Pflegewissenschaft liegen. Des Weiteren wird an die Etablierung von Masterprogrammen für Führungskräfte oder Pädagogik gedacht. (<http://www.betriebsrat-tamsweg.com/pflegeberuf/unterlagen-für-die-pflege/> Stand: 20.04.2015)

Zur Veranschaulichung folgt eine Grafik des Kompetenzmodells der Bundesländer:



**Abbildung 3** Kompetenzmodell der Bundesländer, eigene Darstellung in Anlehnung an das Modell der Bundesländer

## Das Kompetenzmodell der GÖG

Wie bereits eingangs erwähnt, wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit auch die GÖG damit beauftragt, sich mit der Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe auseinander zu setzen. Die Evaluierung der Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungsbereiche, welche dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) unterliegen, bildeten die Grundlage dieses Auftrages.

Im Fokus steht hierbei vor allem die Bedarfsorientierung, welche im derzeitigen System kaum anzutreffen ist, zukünftig aber von immenser Bedeutung sein wird. Durch die Einführung dieses Kompetenzmodells soll mehr Flexibilität erreicht werden und somit soll auf den jeweiligen Bedarf reagiert werden können. Die vor allem für die vorliegende Arbeit wesentliche Frage, ob die Grundausbildung generalistisch angeboten werden soll, wird auch im Modell der GÖG behandelt. Bereits 1997, im Rahmen des Reformprozesses zum GuKG, war diese Frage von Bedeutung, wobei zu Gunsten beider Formen (allgemein und mit Schwerpunkt) entschieden wurde. Von Seiten der GÖG wird für eine ausschließlich generalistische Grundausbildung plädiert, da die derzeitige Ausbildung, obwohl zielgruppenspezifisch konzipiert trotzdem noch zu wenig umfassend ist, um sich dem Rest Europas anzugleichen.

(Rappold et al., 2011)

Die GÖG erarbeitet dieses Aus- und Weiterbildungskonzeptes, welches sich durch folgende Punkte vom Kompetenzmodell des ÖGKV und der Bundesländer unterscheidet. Die Stufe der Unterstützungskraft wird als Stufe „0“ angesehen. Hierbei sei erwähnt, dass die Stufe der Unterstützungskraft, obwohl mit Stufe „0“ betitelt mit Recht in die Aufzählung Eingang findet, um den Bedarf an Leistungen überhaupt abdecken zu können. Die Stufe „1“ entspricht der Pflegeassistenz, Stufe „2“ nimmt der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Form der Generalistin bzw. des Generalisten ein. Die Rolle der Spezialistin bzw. des Spezialisten wird unter Stufe „3“ in eine kompetenzvertiefende und eine kompetenzerweiternde Komponente gesplittet. (Rappold et al., 2011)

In diesem Modell ist neu, dass die Durchlässigkeit über Fachhochschulen bzw. Universitäten national, sowie auch international gegeben sein soll. Vertikal sind Spezialisierungen kompetenzvertiefend oder kompetenzerweiternd (Intensivpflege,

Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Pflege, Geriatrie, Hauskrankenpflege, Lehre, Management, Forschung) vorgesehen. (Rappold et al., 2011)

Die kompetenzvertiefende Spezialisierung meint die Festigung, Aktualisierung und Intensivierung von in der Grundausbildung erworbenen Handlungskompetenzen. Wichtig hierbei zu erwähnen ist, dass eine Kompetenzvertiefung nicht mit mehr Autonomie, Verantwortung oder Kontrolle einhergeht. Die Kompetenzvertiefung hängt somit vom Aufgabenprofil innerhalb des Fachbereiches ab. Die kompetenzvertiefende Spezialisierung wird in den jeweiligen beruflichen Bildungsbereichen möglich sein, wobei als Vorbildung der Bachelor im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Voraussetzung ist. Die horizontale Durchlässigkeit wäre abhängig von der Art der Vertiefung, soll aber jedenfalls einrichtungsübergreifende Gültigkeit haben. Vertikal soll die Durchlässigkeit auch in Richtung Master, PhD/Doktorat gegeben sein. (Rappold et al., 2011)

Die kompetenzerweiternde Spezialisierung erfordert mehr Autonomie und somit auch mehr Verantwortung. Beispiele für kompetenzerweiternde Spezialisierungen wären beispielsweise ein Zuwachs an Befugnissen (Übernahme von Kernaufgaben anderer Berufe), die Leitung und Gestaltung neuer, komplexer Arbeitssituationen oder auch die Anwendung wissenschaftlicher Methoden und Umsetzung von Forschungsergebnissen im klinischen Kontext. Die Rolle der Advanced Nurse Practitioners (ANP) verschmilzt in diesem Modell mit den kompetenzerweiternden und kompetenzvertiefenden Spezialisierungen. Aufgaben- und Kompetenzprofile dieses Feldes wäre hauptsächlich die Weiterentwicklung des Faches „Pflege“. Die jeweiligen Voraussetzungen zu den kompetenzvertiefenden und kompetenzerweiternden Spezialisierungen stehen noch nicht fest, denn bei manchen Spezialisierungen kann es durchaus sein, dass Ausbildungen auf Masterebene erforderlich sein werden. Insbesondere wird das auf ANPs, Lehrerinnen und Lehrer, Forscherinnen und Forscher sowie das Management in oberen Führungsbereichen zutreffen. (Rappold et al., 2011)

Nachfolgend wird eine Abbildung dargestellt, die das Kompetenzmodell der GÖG mit seinen Ausprägungen veranschaulichen soll:



Abbildung 4 Kompetenzmodell der GÖG, eigene Darstellung in Anlehnung an das Modell der GÖG

### 3.2. Zusammenschau der drei Modellvorschläge

Anhand der angeführten Modelle soll für Österreich ein einheitliches Modell für die Ausbildung und den Einsatz von Pflegepersonen generiert werden.

Wesentliche Unterschiede ergeben sich in der Verortung der tertiären Ausbildung. Es herrscht in den Modellen keine Einigkeit über die Verlegung der Ausbildung auf Fachhochschulen oder Universitäten. Hierbei muss eine Entscheidung für eine der beiden Institutionen getroffen werden, da gesetzliche Grundlagen eng damit zusammenhängen und Curricula darauf abgestimmt aufgebaut werden.

Dass die Pflegeassistentenz eingesetzt wird, kommt ebenso in jedem der drei Modelle heraus, klar ist jedoch noch nicht, in welchem Ausmaß die Aufgaben und Qualifikationen verteilt werden. Das breite Mittelfeld des gehobenen Dienstes bzw. der Generalistinnen und Generalisten gestaltet sich in den drei Modellen ähnlich, jedoch ist noch nicht klar, wie weitere Kompetenzen, wie etwa die darauf aufbauenden Spezialisierungen unterteilt werden könnten. Feststehen muss, welche Fähigkeiten einer Spezialisierung bedürfen (z.B. Intensivpflege) und welche Qualifikationen beispielsweise über Weiterbildungen absolviert werden können.

In jedem Modell wird der Part der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung als fixer Bestandteil bedacht, es wird sich aber erst zeigen, ob dieser Teil als Advanced Nurse Practitioners (ANP) in der Praxis Einsatz findet und Masterprogramme bisherige Sonderausbildungen ablösen werden. Für den Einsatz von ANPs müssten für die

Praxis Konzepte geschaffen werden, die aufzeigen, in welcher Form Arbeitsverhältnisse gestaltet werden können. Der Einsatz von Masterprogrammen anstelle von Sonderausbildungen würde sich mit jedem der drei Modelle decken und den Pflegeberuf hinsichtlich Karrierechancen attraktiver machen.

Die für diese Arbeit wichtigste Gemeinsamkeit der drei Modellvorschläge, nämlich die Einführung der generalistischen Grundausbildung wird, wie später in dieser Arbeit ersichtlich, von vielen Seiten als positiv eingeschätzt.

Betrachtet man die drei Modellvorschläge zusammenführend, so kommt man zum Ergebnis, dass das zukünftige Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich generalistisch angelegt sein wird. Die Überführung in den tertiären Sektor wird ebenso in allen Modellvorschlägen favorisiert. Hinsichtlich der Ausgestaltung des Aufbaus muss überlegt werden, welcher Vorschlag für Österreich überhaupt umsetzbar ist. Das bedeutet in erster Linie, die gesetzlichen Gegebenheiten, pädagogischen Voraussetzungen und praktischen Umsetzungsmöglichkeiten zu ergründen.

Im nachfolgenden Kapitel wird erörtert, welche methodischen Vorüberlegungen getroffen wurden, um die für diese Arbeit bedeutenden Bereiche untersuchen zu können.

## **4 Methodische Vorüberlegungen**

Um die Forschungsfragen dieser Arbeit beantworten zu können, wurde eine empirische Untersuchung angelegt. Dazu wurden folgende Überlegungen getroffen:

### **4.1 Forschungsdesign**

Als Forschungsdesign wurde für diese Arbeit eine qualitative Untersuchung gewählt. Den Rahmen dafür bildet das deskriptive Forschungsdesign im Zuge dessen weitreichende Informationen eingeholt werden. Dadurch kann die Realität wiedergegeben werden, was für das Ziel der vorliegenden Arbeit von enormer Bedeutung ist. Die Aktualität dieses Themas kann mit Hilfe des deskriptiven Forschungsdesigns herausgehoben werden. (Polit & Beck, 2008)

Für diese Arbeit ist die Einbettung eines qualitativen Forschungsansatzes in ein deskriptives Forschungsdesign passend, da die Thematik bzw. die Interviewfragen größtenteils mit persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen zu tun haben.

Da keine Kausalitätszusammenhänge ermittelt werden, wird für diese Arbeit keine abhängige und unabhängige Variable bestimmt. Auf die Eventualität des Auftretens von Verzerrungen wurde mit der Auswahl der Stichprobengröße und definierten Ein- und Ausschlusskriterien reagiert. (Burns & Grove, 2005)

### **4.2 Methode zur Datenerhebung**

Als Methode der Datenerhebung wurde für diese Arbeit das halbstrukturierte Leitfadeninterview mit Expertinnen bzw. Experten gewählt. Die gewählte Methode soll im Folgenden begründet werden.

#### **Interview mit Expertinnen und Experten**

Diese Methode eignet sich für dieses Forschungsvorhaben deshalb, weil die befragten Personen über die Bedeutsamkeit der Inhalte entscheiden und den Bedeutungsrahmen strukturieren (Dexter, 1970 in Bogner, 2005).

Das Interview mit Expertinnen und Experten stellt eine besondere Form des qualitativen Interviews dar. Von Bedeutung ist bei dieser Befragungsmethode die Gesprächsführung, wie auch deren Auswertung. (Meuser und Nagel, 2002 in Bogner, 2005)

Das Interview an sich bedient sich einer asymmetrischen Kommunikationsform, wobei dennoch beide teilnehmende Parteien an der Aufrechterhaltung der Kommunikation beteiligt sind. Dazu gehört auch das Eingehen der Interviewerin bzw. des Interviewers auf die Interviewpartnerinnen und -partner beim Stellen, Korrigieren oder Präzisieren der Fragen. Dadurch kann sofort reflektiert werden und etwaige Missverständnisse beseitigt werden. Bereits in der Planungsphase eines Interviews muss sich die interviewende Person über Ziel und Zweck des Interviews bewusst sein. Die Forschungsfragen der Arbeit bieten die Grundlage des Interviews und dessen Fragen. Um die Fragen auf Verständlichkeit und die gewählten Inhalte auf Vollständigkeit zu überprüfen, empfiehlt es sich, Probeinterviews zu führen. Auch die Auswahl der Zielgruppe will gut überlegt sein, da davon auch die Ergebnisse abhängen. (Meuser und Nagel, 2002 in Bogner, 2005)

## **Instrument**

Das Leitfadeninterview ist in erster Linie durch den „Leitfaden“ gekennzeichnet, der als Interviewanweisung bzw. schriftliche Richtlinie angesehen werden kann. Der interviewenden Person dient dieser Leitfaden als Vorgabe für die Interaktion im Interview. Dieser Leitfaden kann nur grob skizziert sein, aber auch detailliert beschrieben werden in Form von einzelnen Handlungsschritten. Der explorative Einsatz des Leitfadeninterviews fällt besonders in den Bereich der Hypothesengenerierung oder zur qualitativen Analyse kleiner Gruppen. Mithilfe des Leitfadens können unterschiedliche Interviews auch vergleichbar gemacht werden. Die Grundlage des Leitfadeninterviews ist ein Stichwortkatalog (bei skizzierten Vorlagen) oder ein ausformulierter Leitfaden, der sämtliche Fragen beinhaltet. Das Leitfadeninterview bietet einige Vorteile, wie beispielsweise die Möglichkeit für die interviewten Personen, eigene Formulierungen zu wählen. Dass die Interviewerin bzw. der Interviewer die Fragen je nach Gesprächsverlauf stellen kann, ist ein weiterer positiver Aspekt dieser Interviewform. (Breuer/Muckel, 1990; Stier 1999; Lamnek 2003; Flick 2002)

Grundsätzlich ist bei der Ausarbeitung der Interviewfragen auf die Auswahl verschiedener Fragetypen zu achten. Offene Fragen (zumeist W-Fragen) können dazu eingesetzt werden, um zum Erzählen zu animieren. Dies bietet sich besonders zu Beginn des Interviews an, um das Gespräch in Gang zu bringen. Sie können auch zum Verständnis beitragen oder Inhalte präzisieren zu helfen. Direkte Fragen präsentieren das Frageziel klar, indirekte Fragen (Provokationsfragen) verdecken das Frageziel. Sie enthalten beispielsweise Aussagen von Dritten, die die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner bestätigen oder widerlegen können. Verständnisfragen werden in geschlossener Form gestellt und sollen unklare oder mehrdeutige Aussagen konkretisieren. Sie dienen auch dazu, um sicherzustellen, dass die Interviewerin bzw. der Interviewer die befragte Person richtig verstanden hat. Sogenannte „Schlüssel Fragen“ sind im Interview unbedingt zu stellen, da sie für das Thema relevant sind. Eventualfragen können gestellt werden, abhängig vom Gesprächsverlauf. In welcher Reihenfolge die Fragen formuliert werden, obliegt der Entscheidung der interviewenden Person, wobei die hier angeführte Aufzählung empfehlenswert ist. (Breuer/Muckel 1990; Stier 1999; Lamnek 2003; Flick 2002)

Die Interviewfragen orientieren sich an den Forschungsfragen und wurden an die Kriterien von halbstrukturierten Interviews angepasst (Burns & Grove, 2005). Zur Vorbereitung wurden die Fragen an drei Kommilitoninnen auf Verständlichkeit und Erfassung der relevanten Inhalte getestet. Es stellte sich heraus, dass in den Leitfaden noch flexible Fragen zur Überleitung eingebaut werden mussten. Damit wurde der Fluss der Interviews gewährleistet.

#### **4.3 Methode zur Datenanalyse und Validierung**

Im folgenden Abschnitt wird die Methode zur Datenanalyse und Validierung erläutert.

##### **Heidelberger Strukturlegetechnik**

Um die gewonnenen Daten aus den Interviews zu analysieren wurde die Heidelberger Strukturlegetechnik herangezogen. Sie eignet sich deshalb besonders gut, da diese Methode darauf abzielt, Gesagtes in einem Interview zu verstehen und die Ansichten

der Interviewpartnerinnen und -partner mittels Analyse in Zusammenhang zu bringen. (Scheele & Groeben, 1988)

Die „Heidelberger Strukturlegetechnik“ wird als Methode zur Datenanalyse und Validierung herangezogen. Diese Technik wurde von Scheele und Groeben (1988) zur Rekonstruktion subjektiver Theorien entwickelt und wird zu den Dialog-Konsens Methoden gezählt. Bei dieser Methode werden die erhobenen Daten, welche zumeist persönliche Ansichten und Theorien sind, durch das Aufschreiben einzelner Statements auf Kärtchen in Zusammenhang gebracht. Je nach Statement und Inhalt werden diese Kärtchen durch verschiedene Symbole ergänzt. Somit werden wesentliche, für das Forschungsvorhaben relevante Informationen selektiert und in eine strukturierte Form gebracht. Anschließend folgt die Kontrolle durch die interviewende Person und die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner selbst, indem die vorgelegten Kärtchen samt Zusammenhängen den interviewten Personen zur Durchsicht vorgelegt werden. So wird sichergestellt, dass nur die Aussagen in die Arbeit aufgenommen werden, die auch tatsächlich mit der Meinung der befragten Personen übereinstimmen. Empfohlen wird bei der Anwendung der „Heidelberger Strukturlegetechnik“ der Einsatz des halbstandardisierten Interviews, da eine Interpretation der subjektiven Theorien stark von der Kommunikation zwischen den beteiligten Personen abhängt. Es wird davon ausgegangen, dass die zu interviewenden Personen über ein großes Wissen zum untersuchten Themengebiet verfügen, weshalb teils über offene Fragen an das Thema herangegangen wird. Durch den Einsatz verschiedener Fragetypen werden spezifische Gebiete abgedeckt.

(Scheele & Groeben, 1988)

Die Auswahl der Fragen und der Aufbau des Schemas sind bei der Gestaltung des Interviewleitfadens zu berücksichtigen. Zu Beginn werden thematische Blöcke erstellt, welchen ein bis zwei offene und mehrere theoriegeleitete Fragen zugeordnet werden. Je nach Themenbereich und Fragestellung kann noch eine Konfrontationsfrage angereicht werden, welche aber auf die im Interview entwickelte subjektive Theorie abgestimmt werden muss. Da sich dies sehr individuell gestalten kann, wird geraten, mehrere Konfrontationsfragen als Alternative zu erstellen. Um keine Missverständnisse zu erzeugen, ist es ratsam, den Ablauf bzw. das geplante Vorgehen mit dem Interviewpartner und der Interviewpartnerin vorab zu besprechen.

Im Anschluss an die Interviews werden die Fragen mittels Strukturlegetechnik visualisiert, um Bedeutungen und Hintergründe zu erfassen. (Scheele & Groeben, 1988)

Um eine hohe Ergebnis- und Datenqualität zu erreichen, wurden die Kategorien einer zweiten Person vorgelegt. Da diese Person zum gleichen Ergebnis an Kategorien kam, kann ein Ergebnis aufgrund von subjektiver Wahrnehmung ausgeschlossen werden.

#### **4.4 Ein- und Ausschlusskriterien**

Für diese Arbeit wurden vorab Ein- und Ausschlusskriterien erstellt, um die Personengruppe, die an den Interviews teilnehmen kann einzugrenzen.

#### **Definition von Expertinnen und Experten**

In der Literatur findet man zu den Begriffen „Expertin“ oder „Experte“ unterschiedliche Definitionen. Aus methodischer Sicht lässt sich der Begriff wie folgt definieren:

*„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen“ [...] (Bogner 2005, S. 46).*

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an den Interviews waren folgende:

Es wurde gezielt nach Personen gesucht, die in der

- Strukturplanung
- Qualitätssicherung
- Curriculumsentwicklung
- Berufs- und Kompetenzentwicklung

- Lehre oder
- als politische Entscheidungsträger tätig sind.

Diese Tätigkeitsfelder implizieren die berufliche Beschäftigung mit der Entwicklung und Organisation der Pflege, der Leitung von Ausbildungsinstitutionen, der beruflichen Interessenvertretung der Pflege oder auch der Beschäftigung mit politischen Gesundheitsrechtsangelegenheiten. Diese Berufsfelder wurden deshalb ausgewählt, da sie für die Thematik des Forschungsvorhabens viel an Information und Erfahrung beisteuern können. Außerdem sind es gerade diese Berufsfelder, die maßgeblich an der Neugestaltung der österreichischen Pflegelandschaft beteiligt sind.

Neben der beruflichen Expertise waren weitere Einschlusskriterien ausschlaggebend, um am Interview teilnehmen zu können:

- Alter >18 Jahre
- Erfahrung im Berufsfeld Gesundheit und Pflege > 5 Jahre.

Klare Ausschlusskriterien waren:

- Alter <18 Jahre
- Erfahrung im Berufsfeld Gesundheit und Pflege < 5 Jahre
- Tätigkeiten in anderen als den angegebenen Bereichen.

Die Expertinnen und Experten wurden ausgehend von den Ein- und Ausschlusskriterien gezielt ausgesucht und von der Autorin eingeladen. Nach Ausgabe eines Informationsfolders wurden die ausgewählten Expertinnen und Experten über das Vorhaben aufgeklärt und Einzeltermine vereinbart.

## 4.5 Sample und Setting

Das Sample fügt sich aus Expertinnen und Experten für pflegerische Ausbildungsbelange, welche sich beispielweise mit Strukturplanung, Qualitätssicherung, Ausbildungs- und/oder Lehrplanentwicklung in Österreich beschäftigen, sowie politischen Entscheidungsträgern zusammen. Der Grund für diese Auswahl ist, dass die Implementierung eines Kompetenzmodells in Österreich eine weitreichende Planung in Ausbildung, Management und auch auf politischer Ebene mit sich bringen wird. Auf Seiten der Planung ist es relevant, sich zu überlegen, woran sich das für Österreich geschaffene Modell orientieren soll, wie die Einteilung der Kompetenzstufen erfolgen kann oder auch welche Umstrukturierungen dies aus praktischer Sicht zur Folge haben wird. Auf Ebene der Lehre ist nicht nur die Ausbildung zu berücksichtigen, sondern auch der dazu notwendige Bedarf an qualifizierten Personen, die das zukünftige Pflegepersonal ausbildet. Nicht zu vergessen ist die Frage der geplanten Verortung abzuklären, denn es macht einen Unterschied, ob die Bachelorausbildung auf Fachhochschulen oder Universitäten stattfindet. Ein Rolle hierbei spielt auch die dazu nötige Vorbildung und die horizontale wie auch vertikale Durchlässigkeit zu gewährleisten. Mitunter machen auch klar definierte Übergangslösungen einen wesentlichen Part aus. Die Politik ist schlussendlich tonangebend, was die Finanzierung der Umgestaltung und späteren Ausbildung sowie gesetzliche Grundlagen angeht. Betreffend gesetzlicher Grundlagen ist angedacht, diese an die neuen Gegebenheiten, die die Umstellung mit sich bringt, anzupassen.

Die Auswahl der Räumlichkeiten konnte nicht beeinflusst werden, da die Interviews bei den jeweiligen Kandidatinnen und Kandidaten stattfanden. Jedoch waren die Räumlichkeiten in allen Fällen für ein Interview passend. Ein ruhiger Raum, zumeist ein Büro, konnte für die Dauer des Interviews ungestört genutzt werden. Es bestanden keine akustischen Störungen, welche die Aufzeichnung des Interviews hätten stören können. Bevor das Interview startete, wurde die Vorgehensweise erklärt und die Datenschutzcheckliste (siehe Anhang) besprochen. Die durchschnittliche Dauer betrug in etwa 33 Minuten, was der Testung mit den Kommilitoninnen sehr nahe kommt (35 Minuten).

Interviewcode	Dauer
A1	33:32
B2	38:01
C3	40:42
D4	29:06
E5	24:47

Tabelle 8 eigene Darstellung der Interviewdauer

#### 4.6 Ethische Vorüberlegungen

Alle Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilnahmen, wurden vor den Interviews über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und unterzeichneten anschließend eine informierte Zustimmung (siehe Anhang). Es stand allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern frei, das Interview jederzeit zu beenden bzw. die Teilnahme an der Forschung zu verweigern. Sämtliche persönliche Daten aus den Interviews wurden anonymisiert, sodass kein Rückschluss auf die befragten Personen möglich ist. Diese Vorgehensweise soll ethische Überlegungen klären (Burns & Grove, 2005). Alle Interviews wurden mittels Tonbandgerät (Olympus VN- 733PC) aufgezeichnet und digital gesichert (Burns & Grove, 2005). Eine Transkription der Tonbandaufnahmen ist durch die Anwendung der Heidelberger Struktur-lege-Technik nicht notwendig (Scheele & Groeben, 1988). Für das vorliegende Forschungsvorhaben hat die Forscherin selbst alle Interviews durchgeführt und ausgewertet. Zur Absicherung ethischer Belange wurden die Interviewfragen, samt Datenschutzbestimmungen und Datenschutzchecklisten der Ethikkommission der medizinischen Universität Graz vorgelegt. Nach umfassender Prüfung der Ethikkommission Graz wurde für das Interviewvorhaben ein positives Voting erteilt.

## **5 Methode**

Die Auswahl der verwendeten Methoden wurde in den methodischen Vorüberlegungen begründet. Die Vorgehensweise wird folglich dargestellt:

### **5.1 Forschungsdesign**

Die qualitative Untersuchung zum Thema „Die Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft“ wurde mit Expertinnen und Experten für Strukturplanung, Qualitätssicherung, Curriculumsentwicklung, Berufs- und Kompetenzentwicklung und/oder Lehre in der Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt. Für vorliegende Arbeit wurde ein deskriptives Forschungsdesign ausgewählt, welches den theoretischen Rahmen dieser Untersuchung bildet (Burns & Grove, 2005; Flick, 2000).

### **5.2 Setting und sample**

Zur Befragung wurden fünf Expertinnen und Experten, die die oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, eingeladen. Nach Information und Zusage wurde mit diesen Personen Termine vereinbart und die Befragungen durchgeführt. Diese fanden alle in ruhiger, ungestörter Atmosphäre statt.

### **5.3 Datenerhebung**

Die Datenerhebung fand im Rahmen von Interview statt, in denen Expertinnen und Experten anhand eines Leitfrageninterviews befragt wurden.

### **Interview**

Das Ziel dieser Interviews war es, Trends und die praktische Sichtweise abzubilden. Die Interviewfragen orientierten sich an den Forschungsfragen und wurden nach den

Kriterien von halbstrukturierten Interviews angepasst. Es wurden fünf Interviews durchgeführt, da die Datensättigung nach diesen fünf Befragungen erreicht werden konnte (Scheele & Groeben, 1988).

Die Nachbereitung der Interviews erfolgte im Anschluss von der Autorin selbst. Dazu wurden mit Hilfe der elektronischen Aufzeichnung kurze Informationen notiert, um danach Kategorien nach den Regeln der Heidelberger Strukturlegetechnik anfertigen zu können. Die Ausformulierung der Interviewergebnisse erfolgte nachfolgend, wobei mit der Aussendung der Ergebnisse an die Interviewpartnerinnen und -partner gewartet wurde, bis sämtliche Interviews erfolgt sind. Diese Vorgangsweise wurde gewählt, um einen besseren Vergleich für die letztendliche Ergebnisdarstellung anfertigen zu können.

## **Instrument**

Die Grundlage des Leitfadeninterviews bildet ein ausformulierter Leitfaden, der in diesem Falle auf die Forschungsfragen der Autorin aufbaute. Diese wurden durch Verständnisfragen ergänzt, sowie um zusätzliche Fragen erweitert, welche den Redefluss in Gang halten sollten. Diese Verständnisfragen konnten bei Bedarf zu den jeweiligen Leitfragen gestellt werden. Sie waren als offene Fragen formuliert, um den befragten Personen die Möglichkeit zu geben, ihre persönliche Sichtweise zum Thema darzulegen. (Bortz & Döring, 2006)

Die erste Leitfrage sollte filtern, welche besonderen Herausforderungen die Implementierung des Kompetenzmodells mit sich bringen wird. Die zweite Leitfrage bezieht sich auf die generalistische Grundausbildung, deren Vor- und Nachteil. In der dritten Leitfrage werden vergleichbare Modelle aus dem Ausland behandelt, mit dem Ziel, Vergleiche mit anderen Ländern zu ziehen. In der vierten Leitfrage geht es um mögliche Konsequenzen, die die Implementierung des Kompetenzmodells mit sich bringen kann. Sie sollen dazu dienen, Trends für die Zukunft zu generieren.

## 5.4 Datenanalyse und Validierung

In der vorliegenden Arbeit wird die „Heidelberger Strukturlegetechnik“ zur Datenanalyse herangezogen. Sie eignet sich deshalb besonders gut, da diese Methode darauf abzielt, Gesagtes in einem Interview zu verstehen und die Ansichten der Interviewpartnerinnen und -partner mittels Analyse in Zusammenhang zu bringen. (Scheele & Groeben, 1988)

Mithilfe dieser Methode konnte es zu einer expliziten Übereinstimmung zwischen der Forscherin und den interviewten Personen kommen. Nach jedem Interview versuchte die Forscherin mittels Kärtchen ein Abbild der subjektiven Theorie der Befragten zu legen. Diese Rekonstruktionsregeln sind in einem dazugehörigen Leitfaden beschrieben und wurden den befragten Personen vorab erklärt. (Scheele & Groeben, 1988 und 2000)

Die endgültige Auswertung der Daten erfolgte durch eine Zusammenfassung. Die Auswertung mehrerer subjektiver Theorien wurde durch Vergleiche und Zusammenfassungen erreicht. (Scheele & Groeben, 1988)

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews mit den fünf Expertinnen und Experten präsentiert.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Ergebnisse zur 1. Forschungsfrage

**„Welche Erfordernisse bringt die Einführung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft mit sich?“**

Grundsätzlich wurde von der ersten Expertin bzw. dem ersten Experten die Politik als zentraler Punkt genannt, da für die Implementierung des Kompetenzmodells eine politische Grundlage geschaffen werden muss. Letztendlich fungiert die Politik als Entscheidungsträger, vor allem, was die Verteilung von Geldern, wie auch die Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen angeht. Verbunden damit ist die Tatsache, dass das bestehende GuKG novelliert werden sollte. (Interview A)

*„Die neuen Kompetenzstufen, die anhand der Umsetzung des Kompetenzmodells entstehen, brauchen eine gesetzliche Grundlage, wie auch einen definierten Handlungsspielraum, um in der Praxis Einsatz finden zu können.“* (Interview A)

Begonnen mit der Abgrenzung von Tätigkeitsbereichen, bis hin zur Delegation muss die gesetzliche Grundlage sämtliche Neuerungen, die im Rahmen des Kompetenzmodells auftreten, erfassen. Dazu kommen auch über einen derzeit noch unbestimmten Zeitraum Übergangslösungen, die definiert sein müssen, um den Praktikerinnen und Praktikern, die nicht nach dem Kompetenzmodell ausgebildet wurden, Möglichkeiten zu geben, sich weiter zu bilden bzw. sich zu spezialisieren. (Interview A)

Die Klärung der finanziellen Aspekte ist ebenso eine Herausforderung, die mit der Implementierung des Kompetenzmodells einhergeht. Dass mit der Implementierung des Kompetenzmodells Kosten einhergehen, ist eindeutig. Durch die Umstellung der Ausbildung, die Neugestaltung von Gehaltsschemata oder auch die Finanzierung von Übergangslösungen entstehen Kosten, die abgedeckt werden müssen. Wie auch in anderen Feldern ist der finanzielle Aspekt entscheidend. (Interview A)

*„Natürlich ist eine Umstrukturierung mit finanziellem Aufwand verbunden, doch der Sektor der Pflege wird nicht mehr zu bewältigen sein, wenn sich am derzeitigen System nichts ändert.“ (Interview A)*

Deshalb sind Entscheidungsträger gefragt, die sich dessen bewusst sind und über das nötige „Know How“ verfügen, ein durchaus praktikables Modell, wie das Kompetenzmodell nicht an finanziellen Aspekten scheitern zu lassen. (Interview A)

Ein weiteres Erfordernis, um das Kompetenzmodell in Österreich einführen zu können stellt die gewählte Ausbildung der künftigen Pflegepersonen dar. Es wird empfohlen, die Theorie- und Praxisausbildung parallel zu entwickeln. (Interview B)

*„Beide Bereiche müssten, um den Anforderungen gerecht zu werden, theorie- und konzeptgeleitet gelehrt werden.“ (Interview B)*

Der generalistische Ansatz wird als für das Vorhaben, ein tertiär angelegtes Ausbildungssystem einzuführen als passend angesehen. Jedoch sollten die Bereiche Pflegeforschung und Pflegewissenschaft in alle Sparten der Ausbildung Eingang finden. Dazu bedarf es geeigneter Personen, die Forschung in die Praxis bringen können. Um diesen Ansatz weiter verfolgen zu können, muss Forschung und Wissenschaft in der Praxis auch gelebt werden. Dies würde bedeuten, Personen wissenschaftlich so weit zu qualifizieren, dass Ergebnisse aus der Forschung in die Praxis implementiert werden können. Um dieses Wissen dann auch in der Ausbildung weiter zu geben, bedarf es außerdem dementsprechend qualifizierter Praxisanleiterinnen und -anleiter. Ein weiteres Erfordernis stellt die Qualifizierung der zukünftigen Lehrpersonen dar. Um den wissenschaftlichen Theorie- Praxis-Transfer zu gewährleisten, müssten auch die Lehrpersonen über eine adäquate Ausbildung verfügen. (Interview B)

Die derzeitige Problematik, dass im Berufsfeld der Pflege kaum Binnendifferenzierung herrscht, kann zu Unmut in der Belegschaft führen. Dazu muss von Seiten des Managements Information und Aufklärung angeboten werden. Eine weitere Managementaufgabe wird es folglich sein, zu sondieren, welche Möglichkeiten nach Weiterentwicklung in den derzeitigen Teams vorherrschen bzw. welche Spezialisierungen in einem Unternehmen gebraucht werden. Für die Ausbildung der zukünftigen Pflegepersonen spielt dieser Gesichtspunkt ebenso eine große Rolle, denn das angeeignete Wissen soll schließlich theorie- und

konzeptgeleitet weitergegeben werden. Dazu muss bedacht werden, etwaige Ressourcen für Praxisanleitung zur Verfügung zu stellen. (Interview B)

Um das Kompetenzmodell erfolgreich in die österreichische Pflegelandschaft zu implementieren, wäre es außerdem ratsam, sich über die föderalistische Situation Gedanken zu machen. Die verschiedenen Zuständigkeiten stellen die Verantwortlichen vor eine große Herausforderung. (Interview C)

*„Aus der derzeitigen Situation, die aufgrund der steten Notwendigkeit von Verhandlungen durchaus als „Zwickmühle“ bezeichnet werden kann, ergeben sich für die Einführung des Kompetenzmodells weitere Schwierigkeiten.“*  
(Interview C)

Eine davon wird es wohl sein, wie die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Kompetenzstufen gestaltet werden. Die strikte Reduzierung von Kompetenzen auf Tätigkeiten und Maßnahmen soll nicht Ziel der Einführung des Modells sein. Vielmehr zielt das Modell darauf ab, die Eigenverantwortung der Pflegepersonen zu stärken und bei den handelnden Personen ein Bewusstsein für ihre Kompetenzen zu schaffen. (Interview C)

Ein weiteres wesentliches Erfordernis aus Expertinnen- und Expertensicht ist es auch, die Frage der Verortung gut zu durchdenken. Die Entscheidung für Fachhochschule bzw. Universität beinhaltet nämlich nicht nur für Österreich Standorte für die Ausbildung festzulegen, sondern beeinflusst auch die Auswahl des Lehrpersonals und Gestaltung des Curriculums. Hierbei wird auch auf Ressourcen, die die Umstellung mit sich bringen, eingegangen. Neben den Ressourcen, die zur Umstellung bereitgestellt werden müssen, werden auch noch weitere Mittel zur Bedarfsberechnung und zur Implementierung des Modells gebraucht werden. (Interview D)

*„(...) Dazu kommen auch noch räumliche Ressourcen, denn nicht alle bestehenden Standorte können gleiche Kapazitäten bieten. Kombinationsangebote von Universitäten mit Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege sollten forciert werden, da hierbei nicht nur räumlich, sondern auch personell Ressourcen zur Verfügung stehen würden.“* (Interview D)

Als wesentlich für die erfolgreiche Implementierung eines Modells wird auch der Umgang mit derzeit im Beruf stehenden Pflegepersonen gesehen.

*„Die Berufserfahrung und das bestehende Wissen dürfen in keiner Weise verloren gehen und es muss den Personen die Möglichkeit geboten werden, sich in den bevorstehenden Wandel einbringen zu können.“* (Interview E)

Dies soll durch Information und Aufklärung geboten werden. Für die betroffenen Personen müssen jedenfalls befriedigende Übergangslösungen gefunden werden. Idealerweise findet man eine Möglichkeit dadurch beide Teile, nämlich Wissenschaft und Erfahrungswissen, in die Praxis einzuflechten. Offene Kommunikation und Selbstbewusstsein sollen dabei helfen, Ängste und Zweifel zu überwinden. Das Kompetenzmodell soll dazu beitragen, Karrierechancen aufzubauen und wahrnehmen zu können. (Interview E)

## 6.2 Ergebnisse zur 2. Forschungsfrage

**„Welche Konsequenzen zieht die Umsetzung der generalistischen Grundausbildung, welche im Rahmen der Implementierung des Kompetenzmodells gefordert wird, nach sich?“**

Die im Rahmen der Implementierung des Kompetenzmodells geplante Umsetzung der generalistischen Grundausbildung bringt als einen Vorteil mit sich, dass auf Managementebene wesentlich flexibler agiert werden kann. Mit der Ausbildung von Generalistinnen und Generalisten ließe sich die Einsetzbarkeit von Pflegepersonen in unterschiedlichen Ebenen besser gestalten. (Interview A)

Des Weiteren wächst mit der generalistischen Grundausbildung auch die internationale Vergleichbarkeit. Mit der derzeitigen grundständigen Ausbildung sind Österreich und Deutschland international gesehen die einzigen Länder, die nicht generalistisch ausgerichtet sind. Dies hat auch zur Folge, dass etwa österreichischen Pflegepersonen mit einer Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege oder der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege kaum mobil sein können. Aber

nicht nur deren Ausbildung ist international nicht vergleichbar, sondern auch die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kann aufgrund der differenzierten Grundausbildung nicht verglichen werden. (Interview A)

Mit dem Einsatz der generalistischen Grundausbildung wächst auch die Möglichkeit der darauf aufbauenden Spezialisierungen. Der Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten in diversen Bereichen der Pflege besteht derzeit bereits, darauf kann aber nicht reagiert werden, da punktgenaue Ausbildungen fehlen und der Einsatz in vielen Bereichen nicht einheitlich geregelt ist. In Zukunft wird dieser Bedarf kaum mehr zu bewältigen sein, wenn nicht auch an der Ausbildung in den Spezialbereichen gearbeitet und dieser Bereich ausgebaut wird:

*„Aufgrund der demografischen Entwicklung sind Spezialbereiche, insbesondere die der Geriatrie, Hauskrankenpflege oder auch Onkologie, dringend auszubauen.“* (Interview A)

Mit der Einführung der generalistischen Ausbildung wird auch der dafür berechnete Personalschlüssel von 80% Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zu 20% Generalistinnen und Generalisten angestrebt (Hofer, 2014 zitiert im Interview B). Mit der dafür vorgesehenen Ausbildungszeit der Pflegeassistenz wird dieser Schlüssel laut Expertinnen- und Expertenmeinung kaum umsetzbar sein. (Interview B)

*„Um den künftigen Anforderungen gerecht zu werden und keine Qualitätseinbußen zu verzeichnen könnte man einen Personalschlüssel von 40 % Pflegeassistenz und 60 % Generalistinnen und Generalisten anstreben, allerdings muss dies individuell für jeden Bereich geprüft und überlegt werden.“* (Interview B)

Damit geht auch die Empfehlung einher, die Pflegeassistenz für bestimmte Bereiche, wie etwa den gerontologisch Fachbereich in der Langzeitpflege, besser zu qualifizieren. Eine Idee dahingehend wäre es, eine Höherqualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu überlassen, wie es in vielen anderen Berufssparten längst der Fall ist. Dies würde bedeuten, dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber selbst das Ausmaß und die (Höher-)Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestalten könnten, um ihren Bedarf gezielt abdecken zu können. (Interview B)

Weiters muss überlegt werden, wie ein breites Gesamtwissen, das Generalistinnen und Generalisten vorweisen müssen, gelehrt werden wird. Ein Ansatz die Transferleistung zu erbringen, wäre es, Inhalte exemplarisch zu lehren. Bedacht werden muss auch, durch wen und wie die verschiedenen Aspekte der Fachbereiche Kinder- und Jugendlichenpflege oder psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege in die Ausbildung gelangen. Dazu muss nicht nur über die Ausbildung des Lehrpersonals nachgedacht werden, sondern auch über neue diaktische Ansätze, die dazu beitragen können, den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden. (Interview B)

Es kommt auch klar heraus, dass der Begriff der „generalistischen Ausbildung“ selbst reflektiert werden muss. (Interview C)

*„Denn der Begriff leitet sich von „general care“ ab, was so viel wie „Erstausbildung“ bedeutet. Dass diese „Erstausbildung“ dennoch ein breites Spektrum an Wissen und Fähigkeiten beinhalten muss, um qualitativ hochwertige Pflege anbieten zu können, ist eindeutig.“* (Interview C)

Deshalb hat die Einführung dieser als Konsequenz, dass die Ausbildung auf tertiärer Ebene stattfinden muss. Die generalistische Grundausbildung setzt somit Maturaniveau voraus und soll ein breit angesiedeltes Basiswissen als Ziel haben. International wird die generalistische Ausbildung im Schnitt auf vier Jahre ausgeweitet, was an österreichischen Fachhochschulen mit maximal 180 ECTS auf Bachelorebene nicht möglich sein wird. Somit entsteht eine weitere Konsequenz, nämlich die, dass viele Inhalte der generalistischen Ausbildung in die Spezialisierung einfließen werden müssen. (Interview C)

Die drei bisher eigenständig angebotenen Ausbildungen können nicht additiv in eine dreijährige Ausbildung verpackt werden. (Interview D)

*„(...) Es stellt sich somit die Frage, welche Inhalte in die Spezialisierung verschoben bzw. wo Abstriche gemacht werden können? Werden in der Pflegewissenschaft und -forschung Abstriche gemacht, was klar gegen die Professionalisierung des Berufes sprechen würde? Oder wird die Stundenanzahl in der praktischen Ausbildung vermindert, welche von den Schülerinnen und Schülern als sehr wertvoll angesehen wird?“* (Interview D)

Beides würde zu Lasten der Ausbildungsqualität gehen, deshalb muss eine Lösung gefunden werden, die die Qualität nicht leiden lässt, wie etwa Kombinationsangebote (Schulen mit Universitäten), denn dann könnten durchaus vier Jahre an Grundausbildung, wie international propagiert, anberaumt werden. (Interview D)

Der Begriff „lifelong learning“ wird auch in Zusammenhang mit der Einführung der generalistischen Grundausbildung genannt. Eine Meinung besagt, dass die generalistische Grundausbildung „lifelong learning“ bedingt. Auf die Grundausbildung werden mittels Spezialisierung Zusatzwissen und weitere Qualifikationen aufgebaut, welche aber auch ständig erneuert und weiter vertieft werden (müssen). Deshalb soll dem Lernen in der Praxis auch ein größerer Stellenwert zugewiesen werden, denn vor allem in den Spezialgebieten ergeben sich in der Praxis breite Fragestellungen. (Interview E)

### 6.3 Ergebnisse zur 3.Forschungsfrage

**„Welche vergleichbaren Modelle gibt es im europäischen Raum und welche Ansätze in Bezug auf die generalistische Grundausbildung könnten für die österreichische Pflegeausbildung übernommen werden?“**

Grundsätzlich kam bei der Beantwortung dieser Frage heraus, dass es schwer ist, sich an anderen Ländern zu orientieren. Zum einen sind Gesundheitssysteme kaum miteinander vergleichbar, zum anderen haben die Ausbildungen diverser Länder verschiedene Zugangsvoraussetzungen und Abschlüsse, sodass ein direkter Vergleich nicht gelingen kann. Gefordert wird jedenfalls, dass im Rahmen der Umgestaltung der Ausbildung eine klare Abgrenzung stattfinden solle, damit Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche nicht zu sehr verschwimmen. Die Aufgaben der Pflege sollen klar und deutlich strukturiert sein. (Interview A)

Nach dem Schweizer Vorbild wäre eine systematische Einschulung für den jeweiligen Fachbereich, in dem Personen zu arbeiten beginnen, erstrebenswert. (Interview B)

*„Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber könnten eine punktgenaue Einschulung mit Mentorinnen- und Mentorenbegleitung anbieten und so ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärken.“* (Interview B)

Diese beispielsweise sechs monatige Einschulungszeit könnte in strukturierter Form angeboten auch sehr stark zur Qualitätssicherung beitragen. So könnten auch die Inhalte, die in der generalistischen Grundausbildung nur auf Basisniveau behandelt wurden in der Praxis vertieft werden. (Interview B)

Es können auch deshalb nur schwer Elemente von anderen Ländern übernommen werden, da Pflgetätigkeiten in Österreich sehr detailliert im GuKG hinterlegt sind und so laut Expertinnen- bzw. Expertenmeinung einen umfassenden Blick blockieren.

*„Durch diese Tatsache entstehen Hürden und die Berufsgruppe wird daran gehindert, sich weiterzuentwickeln.“* (Interview C)

Jetzt, im Rahmen der Neugestaltung der Ausbildung, bestünde die Chance, Gesetzestexte freier zu formulieren und der Pflege somit die Chance zu geben, ihr Berufsbild zu leben. (Interview C)

Ein weiteres Element, welches aus dem europäischen Raum im Hinblick auf die generalistische Grundausbildung übernommen werden sollte, ist jedenfalls die Ausbildung auf tertiärem Niveau:

*„(...) Dies käme nicht nur Österreich in seiner Stellung in Resteuropa zugute, sondern würde auch zur Professionalisierung des Pflegeberufs beitragen.“*  
(Interview D)

Es wurde auch deutlich, dass wenn man Vergleiche mit anderen Ländern ziehen möchte, auch Themen wie „Kultur“ nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Denn manche Elemente aus anderen Ländern können allein deshalb nicht übernommen werden, weil sie schlicht nicht in die Kultur unseres Landes passt. Dies bedeutet, dass jeder noch so gute Ansatz in der Praxis kaum Anklang finden wird und deshalb auch nicht gelebt werden wird. Daraus ergibt sich als Empfehlung, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Erarbeitung von neuen Konzepten ein Mitspracherecht haben sollten. (Interview E)

## 6.4 Ergebnisse zur 4. Forschungsfrage

**„Welche Konsequenzen haben diese eruierten Aspekte auf curricularer bzw. praktischer Ebene der Pflegeausbildung?“**

Auf curricularer bzw. praktischer Ebene ergab sich unter anderem als Konsequenz, dass Curricula neu gestaltet werden sollten.

*„Legt man die Ausbildung auf tertiärer Ebene an, so können bestimmte Fähigkeiten, beispielsweise die der Kommunikation, vorausgesetzt werden. Somit können pflegerische Schwerpunkte neu angelegt werden und spezifischer auf Inhalte eingegangen werden.“ (Interview A)*

Beispielsweise könnten organisatorische Kompetenzen vertieft werden und mehr auf Themen wie Beratung und Empowerment eingegangen werden. Für die Ausbildung auf praktischer Ebene wären verpflichtende Praxisanleiterinnen und -anleiter wünschenswert, um praktische Fähigkeiten gesichert vermitteln zu können. Diese Ansätze würden auch der Diskussion um die Dauer der Ausbildung entgegen kommen. (Interview A)

Curricula, in denen Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung geregelt sein werden, werden von den anbietenden Institutionen nicht geteilt werden. Dies hat den Nachteil, dass jede Institution ihr eigenes Curriculum für die Grundausbildung innerhalb des Europäischen Rahmens schaffen kann. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können sich jedoch darauf verlassen, dass die Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst erworben wird, da es eine gesundheitsrechtliche Prüfung durch Sachverständige gibt. Vergleiche hinsichtlich der Spezialisierung (egal ob universitär oder fachhochschulisch) sind kaum möglich, da jeder Anbieter einen eigenen Schwerpunkt hat, vor allem für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wird es schwierig, aus einer Vielzahl ähnlich ausgebildeter Bewerberinnen und Bewerber auszuwählen.

*„Hierbei wäre zu überlegen, ob ein gewisses Maß an Vorgabe bzw. die Akkreditierung durch einen Beirat, wie es bei Fachhochschulen der Fall ist, sinnvoll wäre.“ (Interview B)*

Für die curriculare und praktische Ausbildung haben die eruierten Aspekte zu Folge, dass sie vermehrt kompetenz- und outcomeorientiert gestaltet sein müssten. Curricula sind grundsätzlich als Empfehlung zu sehen und müssen nicht übernommen werden. Daraus resultiert, dass Curricula selbst erstellt werden können. Im Falle von Fachhochschulen müssen Curricula der Ausbildungsverordnung entsprechen und akkreditiert werden. Aber auch an Universitäten könnten Grundausbildungen stattfinden. Im Rahmen von Kooperationen werden facheinschlägige Ausbildungen schon länger angeboten. Deshalb würde es sich auch empfehlen, die generalistische Grundausbildung an Universitäten anzusiedeln. Bedenkt man die Strukturen und das bestehende Know-How, das an Universitäten vorherrscht, wird diese Empfehlung noch stärker. Dennoch müsste im Falle von öffentlichen Universitäten, da eine Berufsberechtigung vergeben wird, eine Kooperation mit dem Bund stattfinden. (Interview C)

Als weitere Konsequenz muss überlegt werden, in welchem Rahmen Spezialisierungen angeboten werden könnten. Dazu könnte England als Vorbild dienen, wo Spezialisierungen in Form von Zwischenabschlüssen angeboten werden. So entstehen vertiefende und erweiternde Kompetenzen, die in mehreren Abschlüssen zu Stande kommen. Das hat zur Folge, dass nicht alle Personen, die sich spezialisieren möchten über einen Masterabschluss verfügen müssen. Erst mit weiteren Ausbildungsabschnitten wird der Masterabschluss vergeben. Für die praktische Ausbildung wäre es denkbar, die Stundenanzahl zu reduzieren, dafür aber qualitativ aufzuwerten. Dazu ergibt sich die Empfehlung der Führung von Qualitätszertifikaten seitens der Ausbildungsstellen. Zukünftige Pflegepersonen könnten somit von qualitativ hochwertiger Anleitung profitieren. (Interview C)

Die bereits eruierten Aspekte haben außerdem zur Konsequenz, für die Ausbildung adäquates Lehrpersonal zu finden. Dieses müsste auf tertiärer Ebene ausgebildet sein, sowie über adäquate praktische Fähigkeiten verfügen. Zu bedenken ist ebenso, dass auch in der Praxis selbst höherwertig angeleitet werden muss. Der Anteil an Forschung und Wissenschaft soll auch in praktischen Lernsituationen Eingang finden, wofür qualifiziertes Personal vor Ort notwendig sein wird. Deshalb spielt auch hier wieder der Gedanke des vermehrten Einsatzes von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern eine wichtige Rolle. Die Frage nach dem Curriculum der zukünftigen

Pflegeassistenten wird hierbei ebenso behandelt, denn fest steht, dass zur Sicherheit von Patientinnen und Patienten eine umfassende Ausbildung als Basis dienen muss (Interview D):

*„Wenn der Assistenzberuf einen großen Anteil im Pflegesystem ausmachen soll, muss dieser auch über eine adäquate Ausbildung verfügen, denn sonst wird das System kollabieren.“* (Interview D)

Als weitere Konsequenz ergibt sich, dass sich für die Ausbildung ein Mentorensystem, mit beispielsweise Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern vor Ort empfehlen würde. Darüber hinaus könnte für Österreich auch die verpflichtende Registrierung angedacht werden. Im Rahmen solch einer Registrierung würden Kompetenzen in zeitlichen Abständen überprüft und nach dem Prinzip des lebenslangen Lernens vorgegangen. Ein Vorteil daraus wäre auch, dass sich Pflegepersonen immer wieder einer Selbstreflexion unterziehen würden, was im medizinisch-pflegerischen Handlungsfeld notwendig ist. Mit einer Registrierung gingen auch Patientinnen- und Patientensicherheit, Qualitätssicherung und internationale Flexibilität einher. (Interview E)

## 7 Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die Schlussfolgerungen aufgezeigt, die die Ergebnisse der Befragungen brachten.

Die Resultate der ersten Interviewfrage zeigen auf, welche Erfordernisse die Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft mit sich bringt. In der Beantwortung der ersten Interviewfrage wurde deutlich gemacht, dass für die Ausbildungsumstellung eine neue gesetzliche Grundlage erarbeitet werden muss. Es kam zudem heraus, dass das neue System österreichweit einheitlich gestaltet werden soll und den künftigen Pflegepersonen erhöhte Flexibilität und berufliche Mobilität zugesagt wird.

Die zweite Interviewfrage befasst sich eingehender mit der Thematik der geplanten generalistischen Grundausbildung. Die Expertinnen und Experten befürworteten durchwegs die Idee, die Grundausbildung generalistisch anzusiedeln. Der Bedarf an gezielten Spezialisierungen wurde von einer Interviewperson besonders betont, da die demografische Entwicklung, wie auch die Zunahme an chronischen Erkrankungen mit den derzeitigen Mitteln kaum zu bewältigen sein wird.

Die Ergebnisse der dritten Leitfadenfrage zeigten, dass einige Punkte aus anderen Ländern als empfehlenswert angesehen werden, wie etwa das Mentorensystem aus der Schweiz, wo zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielte Anleitungsprogramme eingesetzt werden.

Für die vierte Forschungsfrage ergab sich, dass die Mehrheit der Expertinnen und Experten sich für eine Neugestaltung des Curriculums ausspricht. Um die gesamten Inhalte in der geforderten Qualität anbieten zu können, empfiehlt es sich außerdem, die praktische Ausbildung neu zu organisieren.

## **8 Diskussion**

In der vorliegenden Arbeit wurden von Forschungsfragen abgeleitete Interviewfragen für Expertinnen und Experten, die sich mit Strukturplanung, Qualitätssicherung, Curriculumsentwicklung, Berufs- und Kompetenzentwicklung, Lehre oder als politische Entscheidungsträger beschäftigen, aufbereitet. Die Befragung soll die notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen, sowie Konsequenzen der geplanten Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft aufzeigen.

Besondere Berücksichtigung fand in dieser Befragung die Auseinandersetzung mit der generalistischen Grundausbildung, welche im Rahmen der Implementierung des Kompetenzmodells umgesetzt werden soll.

### **8.1 Verortung der Pflegeausbildung**

Im Bezug auf die generalistische Grundausbildung fiel auf, dass in den Reihen der befragten Expertinnen und Experten keine einheitliche Meinung in Bezug auf die Verortung der Ausbildung herrschte. Eine Überführung der Ausbildung in den tertiären Bereich wurde aber einheitlich als Erfordernis für die Implementierung des Kompetenzmodells für Pflegeberufe in die österreichische Pflegelandschaft angegeben. Es wurde angemerkt, dass die generalistische Grundausbildung an Fachhochschulen wie auch an Universitäten angeboten werden kann.

In der Literatur spiegelt sich dieser Trend wider. Der unter Druck stehende Pflegebereich soll eindeutig in den tertiären Bildungsbereich geführt werden. Gründe dafür sind die Nachfrage nach gut ausgebildeten Pflegepersonen, Veränderungen aufgrund der demografischen Entwicklung, wie auch der Rückgang der Bereitschaft zur innerfamiliären Pflege. Weiters könnte der Pflegeberuf, der derzeit außerhalb des regulären Bildungssystems ohne Matura oder auch in einem „Wildwuchs“ an akademisierten Ausbildungsangeboten organisiert ist, durch eine einheitliche und durchdachte Ausbildung an Attraktivität gewinnen. Dadurch wird auch die bestehende „Bildungssackgasse“ umgangen, Durchlässigkeit gewährleistet und die Anpassung an internationales Niveau forciert. Bezogen auf die Verortung der Ausbildung wird davon gesprochen, dass es sinnvoll erscheint, die generalistische

Grundausbildung an Fachhochschulen anzubieten. Für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, wie auch Pflegepädagogik wird die Ausbildung an Universitäten bevorzugt. (Gruber, 2006)

Für Österreich würde sich laut Expertinnen- und Expertenmeinung der in der Literatur propagierte Weg, nämlich die Grundausbildung an der Fachhochschule anzusiedeln und Studiengänge der Pflegewissenschaften und Pflegepädagogik an den Universitäten zu verorten, empfehlen. (Steffen, 2010)

Für die Umsetzung der zukünftigen Pflegeausbildung sind Verortung und deren Zugangsvoraussetzungen von Bedeutung. Die vorgesehenen Inhalte müssten selektiert werden und das Qualifikationsprofil der Lehrkräfte neu angelegt werden. Außerdem wäre es möglich, dass die Neugestaltung der Ausbildung auch in praktischer Hinsicht verändert werden könnte. Die derzeit durchaus gut funktionierende praktische Ausbildung sollte aufrecht erhalten bleiben, aber eventuell um einen gezielteren Einsatz von praktischer Anleitung ergänzt werden, bedenkt man, dass die Inhalte breiter angelegt werden. In Deutschland hat man durch Umsetzung von Modellprojekten gesehen, dass vor allem kleinere Schulen durch Kooperationen oder „Verbund-Schulen“ profitieren würden, da die Organisation der zusätzlichen Lehrinhalte zum Problem werden könnte. (Steffen, 2010)

Nach internationalem Vorbild soll sich Pflege nun auch in Österreich in den Hochschulsektor begeben. Dieser Umstand muss für die derzeit im Beruf stehenden Praktikerinnen und Praktiker Übergangslösungen bieten, denn auch diejenigen Pflegepersonen, die noch nicht nach dem Kompetenzmodell ausgebildet wurden, müssen die Möglichkeit erhalten, sich im System wieder zu finden und Karrierechancen wahrnehmen können. Ob diese Übergangslösungen über Zusatzmodule oder gezielte Weiterbildungen erfolgen werden, ist noch unklar. Besondere Erwähnung fand die Tatsache, dass die Praktikerinnen und Praktiker in die Umsetzung einbezogen werden sollen, da ihr Wissen und ihre Erfahrungen nicht in den Hintergrund geraten dürfen. Durch gezielte Informationsveranstaltungen oder Workshops soll diese Miteinbeziehung stattfinden.

## 8.2 pädagogisch/didaktische Voraussetzungen

Da man sich in Expertinnen- und Expertenkreisen noch nicht darüber einig ist, welche Verortung die künftige generalistische Pflegeausbildung tatsächlich einnehmen wird, steht auch eine Entscheidung zur Curriculumsgestaltung noch aus. Eine Ausbildung an einer Fachhochschule steht für Praxisnähe. Es ist für die Expertinnen und Experten auch durchaus denkbar, die Grundausbildung an Universitäten zu überführen. Für die Curriculumsgestaltung würde dies bedeuten, dass die Gestaltungsmöglichkeiten an Fachhochschulen über die Ausbildungsverordnung, wie auch den Akkreditierungsbeirat beschränkt wären. Dies aber hätte den Vorteil, dass man die Möglichkeit hätte, Einheitlichkeit zu gewährleisten. Jedoch kann mit 180 ECTS im Bachelorniveau laut Expertinnen- und Expertenmeinung kaum eine Grundausbildung angeboten werden, die international vergleichbar sein kann. Universitäten steht die Curriculumsgestaltung grundsätzlich frei. Da im Rahmen der generalistischen Grundausbildung aber eine Berufsberechtigung vergeben wird, müssen Kooperationen mit dem Bund getroffen werden. Somit ist für den Großteil der befragten Personen eine Kooperation zwischen Universitäten und Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege zu empfehlen.

Die oben genannten Umstände werden als weitere Erfordernisse für eine erfolgreiche Implementierung des Kompetenzmodells für Pflegeberufe in Österreich angesehen. Es muss aber jedenfalls bei der Gestaltung der curricularen und pädagogisch/didaktischen Rahmenbedingungen darauf geachtet werden, dass eine österreichweit einheitliche Lösung gefunden wird, die auch die Planung der Auswahl des Lehrpersonals miteinbezieht. Für diese qualitativ hochwertige Ausbildung muss schlussendlich darüber beraten werden, welche Qualifikationen künftige Lehrpersonen vorweisen müssen, um im tertiären Sektor zu unterrichten. Aus Expertinnen- und Expertensicht wird angeraten, dass tertiär ausgebildetes Lehrpersonal unterrichten soll. Dabei ist allerdings fraglich, wie diese Anzahl an tertiär ausgebildetem Lehrpersonal mit Pflegeschwerpunkt generiert werden soll bzw. das bestehende Lehrpersonal auch eine Art von Übergangslösungen als Chance bekommt, sich weiter zu qualifizieren.

### 8.3 Konsequenzen der Einführung der generalistischen Grundausbildung

In der Literatur beispielsweise zeigen sich Befürchtungen, dass die generalistische Grundausbildung den Pflegeberuf an sich nicht attraktiver erscheinen lässt. Der Fachkräftemangel, welcher nicht nur österreichweit, sondern global vorherrscht, zieht eine weitreichende Problematik besonders hinsichtlich der fehlenden Personen in der gerontologischen Pflege mit sich. Es wird international über Maßnahmen diskutiert, generalistische Curricula so zu gestalten, dass mehr Absolventinnen und Absolventen sich für den Sektor der Altenpflege entscheiden, um so dem Fachkräftemangel in diesem Bereich entgegenzuwirken. Somit wird ersichtlich, dass angesichts der demografischen Entwicklung, des Anstieges demenziell erkrankter Menschen, der Multimorbidität in der Altenpflege, wie auch des hohen Bedarfs an medizinisch-pflegerischer Expertise in der Altenpflege dem Bereich der gerontologischen Pflege in der Neugestaltung der Curricula besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, um künftig bestehen zu können. (Hasseler, 2012)

Dieser Gesichtspunkt deckt sich nicht vollständig mit den Antworten der befragten Expertinnen und Experten dieser Arbeit. Mit der geplanten Einführung der generalistischen Grundausbildung hierzulande gehen wenige Befürchtungen dieser Art einher. Vielmehr wird für Österreich empfohlen, Spezialisierungen im Feld der gerontologischen Pflege zu forcieren, um der Problematik entgegenzuwirken.

Doch, wie Erfahrungen aus dem deutschen Raum zeigen, sollen bereits in die Grundausbildung Inhalte der Altenpflege großzügig Eingang finden, um die zukünftigen Pflegepersonen für dieses Feld vorzubereiten. (Hasseler, 2012)

In der Literatur wird dazu geraten, nach einer generalistischen Grundausbildung, die Pflegepersonen darauf vorbereiten soll Menschen aller Altersgruppen und in unterschiedlichen Settings zu versorgen, einschlägig zu spezialisieren. Die Notwendigkeit, ausgebildete Generalistinnen und Generalisten in Bereichen wie Intensivpflege oder auch gerontologischer Pflege bedarfsmäßig zu spezialisieren, wird hochgehalten. Dazu bedarf es allerdings bereits in der Grundausbildung pädagogischer/didaktischer Ansätze, wie auch pflegepraktische Lehr- und Lernprozesse, die eine lernförderliche Atmosphäre fördern. Besondere Erwähnung findet in diesem Zusammenhang das Lernen im praktischen Setting. Wie auch in den

Interviews wird in der Literatur empfohlen, den Gesetzgeber mit einer Neufassung relevanter Inhalte in der Ausgestaltung des Berufsausbildungsgesetzes dahingehend einzubinden. (Reinhardt, 2014)

Der generalistischen Grundausbildung ist anzurechnen, dass sie Kompetenzen vermittelt, die Pflegepersonen dazu befähigt, altersunabhängig und institutionsübergreifend zu agieren. Diese Tatsache wurde von den befragten Expertinnen und Experten ebenso genannt. Des Weiteren wird die Flexibilität und Mobilität im europäischen Raum in der Literatur hervorgehoben. Die künftige Flexibilität und Mobilität wurden in den Interviews angesprochen, wie auch die Gegebenheit, Österreichs Pflege europaweit zu etablieren. (Krause 2011)

#### **8.4 Einsatz von Praxisanleiterinnen und –anleitern**

Sämtliche Expertinnen und Experten sprachen sich für einen verstärkten Einsatz von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern aus. Dieser Ansatz wurde am häufigsten bei der Frage nach vorbildlichen Ausbildungsmodellen aus dem europäischen Ausland erwähnt. Dass in der Routine im Akut-, wie auch im Langzeitbereich wenig Zeit für gezielte Praxisanleitung bleibt, wurde ebenso in den Interviews bemerkt. Doch trotz der gesetzlichen Vorgabe, Schülerinnen und Schüler anzuleiten (GuKG §14) und des dezitierten Einsatzes von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern passiert es trotzdem, dass zu wenig fachlich angeleitet wird. Dies hat mehrere Gründe. So wurde vom Landespflegerat Baden-Württemberg 2013 eine Untersuchung zu diesem Thema durchgeführt, welche als Ursachen für den mangelnden Einsatz von Praxisanleitung unter anderem folgendes ansieht: Zum einen werden für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter keine Freistellungen eingeplant, was bedeutet, dass diese die Vorbereitungen in ihrer Freizeit erledigen müssen. Zum anderen zeigte sich, dass es zu wenige Praxisanleitende im Verhältnis zu Auszubildenden gibt. ([https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home/aktuelles\\_A4DE0FB84937412EA628F01D0B586E7F.htm](https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home/aktuelles_A4DE0FB84937412EA628F01D0B586E7F.htm), Stand: 21.04.2015) Diese Umfrageergebnisse könnten für die zukünftige Ausbildungssituation in Österreich mit bedacht werden, da, wie sich in Rahmen der Interviews zeigte, auch in Österreich der Wunsch nach verbesserter Ausbildungsqualität in der Praxis vorhanden ist.

## 9 Implikationen

In diesem Kapitel werden die Implikationen für die Pflegepraxis, Pflegepädagogik und Pflegeforschung näher erläutert.

### 9.1 Implikationen für die Pflegepraxis

Zu einem effizienten Einsatz des Kompetenzmodells in der Pflegepraxis gehört eine Reflexion und Evaluation der Fähigkeiten der Pflegepersonen, bedenkt man, dass darauf der Einsatz in verschiedenen Bereichen aufbaut. Dadurch wird es auch möglich sein, neue Kooperationsformen unterschiedlicher Kompetenzstufen zu kreieren. Für Pflegepersonen selbst wird das Kompetenzmodell dazu beitragen, dass Pflege in einem professionellen Rahmen gesehen wird. Um eine adäquate Mischung an Kompetenzen in Teams herstellen zu können, ist es erforderlich, abzuklären, für welchen Bereich welche Fähigkeiten in welchem Ausmaß benötigt werden. Dazu empfiehlt es sich, Landesregister mit verpflichtender Registrierung zu führen. (Rappold et al., 2011)

Zur Umsetzung des Kompetenzmodells in der Praxis wird ebenso dazu geraten, examinierte Pflegende, insbesondere Praxisanleiterinnen und -leiter bereits in die Planungsphase mit einzubeziehen. Durch gezielte Information und Einbeziehung kann ein Bewusstsein für die Notwendigkeit dieser Neuerung geschaffen werden. (Ammende, 2010)

### 9.2 Implikationen für die Pflegepädagogik

Da die derzeitigen Weiterbildungsangebote dem Bedarf an Kompetenzen bald nicht mehr gerecht sein werden, soll das Kompetenzmodell an den Prinzipien des lebenslangen Lernens ansetzen. Die vermehrt spezialisierten, aufbauenden Angebote werden sich insbesondere an pflegerischen und medizinischen Problemstellungen orientieren, die sich auf fach- oder settingspezifische Bereiche beziehen. (Ammende, 2010)

In der praktischen Ausbildung bezieht sich dieser Ansatz vor allem auf eine Neugestaltung der Ausbildungs- und Einarbeitungskonzepte, damit Pflegepersonen

für breite Handlungsfelder gerüstet sind. Für Lehrpersonen muss ein Qualifikationsprofil erstellt werden, da die derzeitigen Anforderungen angesichts der geforderten Inhalte und Kompetenzen angepasst werden müssen, um den Kriterien zu entsprechen. (Ammende, 2010)

### **9.3 Implikationen für die Pflegeforschung**

Die Implementierung eines Kompetenzmodells und die damit einhergehende generalistische Grundausbildung für Pflegeberufe bedürfen einer wissenschaftlichen Begleitung. Kompetenzen in neu erstellten Handlungsfeldern müssen demnach gemessen und evaluiert werden können. Als Implikation für die Pflegeforschung kann deshalb angeführt werden, dass Instrumente zur Messung pflegerischer Handlungskompetenzen eingesetzt werden müssen, um die Wirksamkeit von Ausbildungsmodellen wissenschaftlich zu belegen. Dies soll außerdem dazu beitragen, dass Modelle miteinander verglichen werden können. Da der Effekt der Einführung eines neuen Ausbildungsmodells gemessen werden muss, um wissenschaftlich haltbare Aussagen treffen zu können, empfehlen Darmann-Finck und Glissmann (2010) Untersuchungen anzulegen. (Darmann- Finck & Glissmann, 2010 in Ammende, 2010).

## 10 Limitation

Als Limitation dieser Arbeit kann die Tatsache angesehen werden, dass sich durch die Aktualität dieses Themas stetig Änderungen ergeben werden. Da sich die Konzeptionierung der Ausbildung, wie auch die Novellierung der Gesetzesgrundlage in ständiger Bearbeitung befinden, wurde für diese Arbeit der letzte Stand der Entwicklung ermittelt. Somit kann diese Arbeit hauptsächlich als Aufbereitung des Implementierungsvorhabens gesehen werden.

Mit einer größeren Stichprobe bzw. einem internationalen Feld an Expertinnen und Experten könnte die künftige Situation noch besser eingeschätzt werden. Es würde sich darüber hinaus empfehlen, auch Pflegepersonen aus der Praxis einer Befragung zu unterziehen, um gezielt zu erfassen, mit welchem Bedarf an Spezialisierungen künftig zu rechnen sein wird.

Wie sich aus den Implikationen ergibt, könnte eine weitere Untersuchung angelegt werden, die sich damit befasst, Handlungskompetenzen von österreichischen Pflegepersonen zu messen und darauf aufbauend neue Ausbildungssysteme zu generieren.

## 11 Literaturverzeichnis

Ammende R, Darmann- Finck I, Luther B (2010), „Generalistische Pflegeausbildung mit integrierter Fachhochschulreife- Abschlussbericht“, *ipp Bremen*, Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Bals T (2011), „Was Florence noch nicht ahnen konnte– Qualifizierung der Pflegeberufe unter Modernisierungsdruck, Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“, Wien, 26.09.2011.

Benner P, (1994), „Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. Aus dem Englischen übersetzt von Matthias Wengenroth. Verlag Hans Huber, Bern.

Bogner A (2005), „Das Experteninterview, Theorie, Methode“, Anwendung, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Brandstätter E, Pux C, Gstettner I, et al (2011), „Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich“, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband Steiermark.

Burns, N & Grove, S (Hrsg.) (2005), „Pflegeforschung verstehen und anwenden“, 1. Aufl., Urban & Fischer Verlag, München, Deutschland.

CEDEFOP (2012) „Durchlässige Bildungssysteme bauen Barrieren ab und eröffnen mehr Chancen“, Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung, Kurbericht, November 2012, ISSN 1831-242X.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2009), „Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin.

Flick U (2000), „Qualitative Sozialforschung- Ein Handbuch“, Kardorff & Steinke (Hrsg.), Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

Gruber E (2011), „Was ein Bachelor für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege bedeutet- Konsequenzen sowie Bildungslogik und -möglichkeiten im Hochschulbereich“, Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ Wien, 26.09.2011.

Hasseler M (2012), „Das Patentrezept generalistische Pflegeausbildung kritisch hinterfragt – eine Diskussion über Wirkungen und Nebenwirkungen für die Altenhilfe“, *ipp Bremen*, Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Hasseler M (2013), Interview „Generalistische Ausbildung in der Altenpflege“, *bpa Magazin*, Ausgabe 02/2013, S.10-14.

Holoch E (2011), „Generalistische oder spezielle Grundausbildung für Pflege-Erfahrungen aus Deutschland und Entwicklungen auf europäischer Ebene“. Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ Wien, 26.09.2011.

Klaes L (2008), „Pflegerausbildung in Bewegung“ Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe- Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung“, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Bundesministerium für Familie, Senioren und Frauen (Hrsg.).

Krause G (2011), „Ein Votum für die generalistische Pflegeausbildung- eins, zwei oder drei?“, *Pflegezeitschrift* 2011, Jg. 64, Heft 7, S. 430-432.

Lamers A, & Lau D (2002), „Überblick über die Ausbildungssysteme für Pflegeberufe der europäischen Projektpartner“, Transnationales Pilotprojekt, EU- Förderprogramm Leonardo Da Vinci, Bielefeld.

Landenberger M (2010), „Welche Kompetenzen zu welchen Aufgaben?- Entwicklungen, Konzepte und offene Fragen in Deutschland und Europa“, Martin Luther Universität Halle- Wittenberg, Biel, September 2010.

Meyera, G, Balzerb, K, Köpkeb, K (2012), „Evidenzbasierte Pflegepraxis— Diskussionsbeitrag zum Status quo“, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, (ZEFQ) (2013) 107, 30-35.

Muths S (2010 ), „Machbarkeitsstudie: Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen“, Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen, Ausgabe 06, 2010.

Petek, C (2011), „Projektbericht Kompetenzmodell NEU für Pflegeberufe in Österreich“, ÖGKV Landesverband Steiermark- Fachbeitrag in der *Österreichischen Pflegezeitschrift* 11/2011.

Polit, D & Beck, C (2008), „Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice“, Eighth Edition, the Point.

Rappold, E, Rottenhofer, I, Aistleitner, R (2011), „Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich“- Diskussionsgrundlage für die Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ am 26. 09. 2011.

Reinhart, M (2014), „Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Pädagogik“, *Generalistische Ausbildung in der Pflege*, DBfK Bundesverband, Berlin, S. 21-25.

Rottenhofer I (2012), „Herausforderung an das Berufsbild Pflege: Skill-Mix, Berufsgruppen-Mix, Akademisierung“, 12. Österreichischer Kongress für Führungskräfte in der Altenpflege, Velden am Wörthersee, 11. bis 12. Juni 2012.

Scheele, B & Groeben, N (1988), „Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-lege-Technik (SLT)“, Francke Verlag, Tübingen, Deutschland.

Steffen, P, Löffert, S (2010), „Ausbildungsmodelle in der Pflege- Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft“, Düsseldorf, November 2010.

Stier, W (1999), „Empirische Sozialforschung“, Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Wagner, F (2014), „Generalistische Ausbildung aus der Perspektive Pädagogik“, *Generalistische Ausbildung in der Pflege*, DBfK Bundesverband, Berlin, S. 21-25.

Waldhausen, A, Sittermann- Brandsen, B & Matarea- Türk, L (2014), „(Alten)Pflegeausbildungen in Europa - Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU“, Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklung in Europa.

Weiß, S & Tritscher- Archan S (2011), „Das österreichische Bildungssystem“, Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, Wien, 4. Auflage, Juni 2011.

WHO Regionalbüro Europa (1990), „Europäische Pflegekonferenz, Bericht einer WHO-Tagung“, Wien 21.-24. Juni 1988, Dokument EUR/ICP/HSF/329, Kopenhagen.

### **Quellen aus dem Internet**

<http://stmk.arbeiterkammer.at>, Stand: 07.11.2014

[https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home/aktuelles\\_A4DE0FB84937412EA628F01D0B586E7F.htm](https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home/aktuelles_A4DE0FB84937412EA628F01D0B586E7F.htm), Stand: 21.04.2015

<http://oe1.orf.at/artikel/374823>, Stand: 13.05.2014

<http://www.salzburg.gv.at/00201lpi/15Gesetzgebungsperiode/3Session/071.pdf>, Stand: 12.12.2014

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html), Stand: 28.4.2015

Hofer, M (2014) in <http://kurier.at/chronik/pflege-profis-von-der-hochschule/65.816.594>, Stand: 17.05.2014

## Anhang

### Leitfadeninterview

„Die Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Umsetzung des Kompetenzmodells in  
Hinblick auf die generalistische Grundausbildung“

Verfasserin: Isabella Zechner, BSc

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. rer. cur. Juliane Eichhorn-Kissel

Interviewcode:	
Datum:	
Zeit:	
Dauer:	
Einverständniserklärung:	

1 a) „Welche Erfordernisse bringt die Implementierung des Kompetenzmodells in die österreichischen Pflegelandschaft mit sich?“

b) „Worin sehen Sie besondere Herausforderungen in der Einführung des Kompetenzmodells in Österreich?“

c) „Welchen Nutzen bzw. welche Schwierigkeiten kann die Etablierung des Kompetenzmodells in Österreich mit sich bringen?“

2a) „Welche Konsequenzen zieht die Umsetzung der generalistischen Grundausbildung, welche im Rahmen des Kompetenzmodells gefordert wird, nach sich?“

b) „Ist Ihrer Meinung nach die generalistische Grundausbildung grundsätzlich vorzuziehen?“

c) „Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie in der Einführung der generalistischen Grundausbildung?“

3 a) „Welche vergleichbaren Modelle aus dem europäischen Raum könnten Sie für Österreich in Bezug auf die Grundausbildung empfehlen?“

b) „Welche Vorbilder lassen sich im Bezug auf die Pflegeausbildung im europäischen Raum finden?“

c) „Welche Strategien aus dem europäischen Ausland könnten sich auf die österreichische Ausbildung umlegen lassen?“

4 a) „Welche Konsequenzen hat die Einführung des Kompetenzmodells auf curricularer bzw. praktischer Ebene der Pflegeausbildung?“

b) „Worauf muss hinsichtlich der Einführung des Kompetenzmodells bei der Gestaltung von Curricula/praktischen Ausbildung besonders geachtet werden?“

c) „Welche Herausforderungen sehen Sie in der Gestaltung der Curricula/praktischen Ausbildung nach dem Kompetenzmodell?“

weitere Fragen:

- „Wie wurden Sie auf das Thema *Kompetenzmodell* aufmerksam?“
- „Welche Herangehensweise an die Implementierung eines neuen Modells zur Pflegeausbildung in Österreich würden Sie empfehlen?“
- „Wie gestalteten sich Ihre bisherigen Erfahrungen mit der geplanten Umsetzung des Kompetenzmodells in die österreichische Pflegelandschaft?“
- „Welche Erfahrungen konnten Sie bisher mit der generalistischen Grundausbildung sammeln?“
- „Welche Vorkehrungen müssen getroffen werden, um Inhalte der pädiatrischen bzw. der psychiatrischen Pflegeausbildung ausreichend in die generalistische Grundausbildung einfließen lassen zu können?“
- „Welche Strategien empfehlen sich, um die derzeitigen Praktikerinnen und Praktiker in die Umstrukturierung mit einzubeziehen?“
- „Wie kann die generalistische Grundausbildung gestaltet werden, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden?“
- „Welche Ansätze aus dem Ausland in Bezug auf Pflegeausbildung könnten Sie für Österreich empfehlen?“
- „Welche Erfahrungen konnten Sie bisher mit der Pflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich machen?“
- „Sind die Curricula für das Ausbildungsvorhaben Ihrer Meinung nach neu zu gestalten bzw. an den tertiären Bereich anzupassen?“
- „Welche Umstrukturierungsmaßnahmen müssten Ihrer Meinung nach in der praktischen Ausbildung getroffen werden?“
- „Welche didaktischen Ansätze können Sie für die Pflegeausbildung auf tertiärem Niveau empfehlen?“

## Checkliste Datenschutzbestimmungen

- Der sorgfältige Umgang mit den im Interview gewonnenen Daten ist absolut verbindlich. Die Tonbandaufnahmen werden nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht.
  
- Alle Angaben bezüglich Ihrer Person, Orts- oder Straßennamen werden anonymisiert. Weiteres werden Name, Telefonnummer sowie Adresse am Ende der Untersuchung aus den Unterlagen gelöscht. Die schriftliche Einverständniserklärung wird gesondert aufbewahrt, sodass keinerlei Rückschlüsse auf das Interview geführt werden können.
  
- Das Transkript des Interviews ist ausschließlich Personen, die an der Untersuchung teilnehmen, zugänglich, wobei diese auch der Schweigepflicht unterliegen. Einzelne Auszüge können allerdings in Form von direkten Zitaten anonymisiert in der Arbeit veröffentlicht werden.
  
- Bei Bedarf besteht auch während des Interviews für Sie immer die Möglichkeit, das Tonband stoppen zu lassen oder das Interview abubrechen. Auch nach dem Interview kann von Ihnen die Löschung aller Daten eingefordert werden.
  
- Fragen, die während des Interviews nicht beantwortet werden können oder wollen, bleiben offen.

Graz, am

Unterschrift der Interviewerin

Unterschrift der Interviewteilnehmerin