

LAUFBAHNENTSCHEIDUNGEN VON FACHFRAUEN UND FACHMÄNNERN GESUNDHEIT

NACH ABSCHLUSS IHRER BERUFLICHEN GRUNDBILDUNG

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

durch den Promotionsausschuss Dr. phil.

der Universität Bremen

Vorgelegt von Ines Trede

Datum des Kolloquiums: 16.12.2015

Schweiz, Wikon, den 3.3.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung, Erkenntnisinteresse und Aufbau der Arbeit	6
1.1	Forschungsdefizit	8
1.2	Aufbau der Arbeit	10
2	Der Beruf „Fachfrau / Fachmann Gesundheit“ und seine Bildungs- und Berufsperspektiven	11
2.1	Das Berufsbild	11
2.2	Die Rolle der FaGe im Schweizer Bildungssystem	12
2.3	Die Positionierung im Berufsbildungssystem Gesundheit	13
2.4	Internationale Einordnung des Schweizer Berufsbildes FaGe	14
2.5	Charakteristika der wichtigsten Entscheidungsoptionen nach Abschluss der beruflichen Grundbildung FaGe.....	16
2.5.1	Charakterisierung der Erwerbstätigkeitsoption als FaGe	17
2.5.2	Charakterisierung der Bildungsoptionen.....	18
2.5.3	Investitionsaufwand für die Tertiäroptionen im Vergleich	19
2.5.4	Mehrdimensionalität der Entscheidungssituation	21
2.6	Entwicklung der Forschungsfragen.....	22
3	Theoretischer Kontext	23
3.1	Modelle zur Erklärung von Bildungsentscheidungen.....	24
3.1.1	Rational Choice Modelle.....	24
3.1.2	Sozialpsychologische Entscheidungsmodelle.....	27
3.2	Soziale Herkunft und Geschlecht als Entscheidungsdeterminanten	29
3.2.1	Soziale Herkunft	29
3.2.2	Forschungsstand und Hypothesen	30
3.2.3	Geschlecht	32
3.2.4	Forschungsstand und Hypothesen	32
3.3	Betriebliche Merkmale und Arbeitsumgebungsqualität als Entscheidungsdeterminanten	34
3.3.1	Arbeitsmarktsegmente und Arbeitsumgebung	35
3.3.2	Arbeitsaufgaben und Arbeitsumgebung.....	36
3.3.3	Forschungsstand und Hypothesen	37

3.4	Berufliche Wertvorstellungen und wahrgenommene Kosten als Entscheidungsdeterminanten	41
3.4.1	Arbeitswertkonzepte	41
3.4.2	Subjektive Kostenwahrnehmung	46
3.4.3	Forschungsstand und Hypothesen	48
3.5	Synthese und Hypothesenübersicht	52
4	Methodik	55
4.1	Beschreibung der Stichprobe	55
4.2	Instrumente	56
4.2.1	Konzeption zum ersten Befragungszeitpunkt (T1)	56
4.2.2	Konzeption zum zweiten Befragungszeitpunkt (T2)	57
4.2.3	Verwendete Variablen und Skalen	57
4.3	Durchführung.....	65
4.3.1	Erfassung und Aufbereitung	67
4.3.2	Ethische Aspekte.....	67
4.4	Analysemethodik	68
4.4.1	Binäre und multinomiale logistische Regression.....	69
4.4.2	Spezielle Analysemethoden	70
4.5	Vorbereitung des Datensatzes für die Analyse	72
4.5.1	Rücklaufbedingte Verzerrung der Ergebnisse	72
4.5.2	Güte der verwendeten Skalen bei der Untersuchungsgruppe.....	73
4.5.3	Definition des Analysedatensatzes	76
5	Darstellung der Ergebnisse	78
5.1	Beschreibung der Merkmale der Untersuchungsgruppe und ihrer Entscheidungen..	78
5.2	Bivariate Zusammenhänge.....	80
5.2.1	Individuelle sozio-demografische Merkmale	80
5.2.2	Merkmale des Betriebs.....	82
5.2.3	Individuelle berufliche Werte und Kostenwahrnehmungen	85
5.3	Das Geschlecht und die soziale Herkunft als Entscheidungsdeterminanten	89
5.3.1	Entscheidung für ein Tertiärstudium	89

5.3.2	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen	90
5.3.3	Indirekte Effekte des sozialen Hintergrund des Elternhauses	93
5.3.4	Zwischendiskussion	94
5.4	Betriebliche Merkmale und Arbeitsumgebungsqualität als Entscheidungsdeterminanten	96
5.4.1	Merkmale der Arbeitsmarktsegmente der Betriebe	96
5.4.2	Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Versorgungsbereich	97
5.4.3	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Versorgungsbereich	100
5.4.4	Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Arbeitsaufgabenqualität	101
5.4.5	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Arbeitsaufgabenqualität	104
5.4.6	Indirekte Effekte des Ausbildungsbetriebs	106
5.4.7	Zwischendiskussion	107
5.5	Berufliche Werte und Kostenerwartungen als Entscheidungsdeterminanten	110
5.5.1	Entscheidung für ein Tertiärstudium	110
5.5.2	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen und Erwerbstätigkeit	112
5.5.3	Indirekte Effekte des Ausbildungsbetriebs	116
5.5.4	Zwischendiskussion	117
6	Diskussion der Ergebnisse	123
6.1	Resumé der Resultate: mehrdimensionale Entscheidungssituation	125
6.2	Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs	127
6.2.1	Die Rolle der Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit	127
6.2.2	Die Rolle der Arbeitsumgebung	128
6.2.3	Die Rolle von Kosten-Nutzen-Überlegungen und Werteorientierungen	129
6.3	Kritische Würdigung	131
6.3.1	Kausalität	131
6.3.2	Übertragbarkeit	131
6.3.3	Verzerrung der Resultate	132
6.3.4	Datenqualität	132

7	Fazit und Mehrwert dieser Arbeit.....	135
7.1	Weiterführende Forschung und Fragestellungen	135
7.2	Berufsbildungspraktische Konsequenzen	137
7.2.1	Institutionelle Ausgestaltungen der Berufsbildungssysteme	138
7.2.2	Ausbildungsebene im Betrieb	141
	Anhang	144
A.I	Abbildungsverzeichnis	144
A.II	Tabellenverzeichnis.....	145
A.III	Abkürzungsverzeichnis.....	147
A.IV	Bibliographie.....	148
A.V	Ergänzende Tabellen und Grafiken	163
A VI	Erklärung	179
	Danksagung	180

1 Einleitung, Erkenntnisinteresse und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit befasst sich mit den Bestimmungsfaktoren von Berufs- und Bildungsentscheidungen nach einer beruflichen Grundbildung am Beispiel des Schweizer Gesundheitsberufes „Fachfrau / Fachmann Gesundheit“. Die Gesundheitsberufe bilden einen relevanten Bestandteil der Schweizer Berufsbildung auf allen Stufen: Die berufliche Grundbildung „Fachfrau/Fachmann Gesundheit“ (FaGe) ist gegenwärtig der dritthäufigste gewählte Bildungsgang auf der beruflichen Sekundarstufe II (BFS, 2014). Auf der daran anschliessenden höheren Bildungsstufe, der „beruflichen Tertiärstufe“ stellen die Gesundheitsberufe 20 % aller Bachelorabschlüsse der Fachhochschulen, respektive 30 % aller Abschlüsse der Höheren Fachschulen (BFS, 2013). Derzeit erfährt die Ausbildung und Rekrutierung von Fachkräften aller Bildungsstufen im Gesundheitswesen grosse Aufmerksamkeit, da das Schweizer Gesundheitswesen wie in vielen industrialisierten Ländern durch einen generellen Fachkräftemangel aller Qualifikationsstufen gekennzeichnet ist (Büscher, Sivertsen & White, 2009). Ein Bericht des Schweizer Gesundheitsobservatoriums 2009 hält in seinen Schlussfolgerungen fest, dass der Personalbedarf im Gesundheitswesen künftig aufgrund demografischer und epidemiologischer Veränderungen stark ansteigen könnte (je nach Szenario 13 % bis 25 % bis 2020) (Jaccard, Widmer, Weaver & Roth, 2009): Diese Situation wird verstärkt, da aufgrund von Kosteneinsparungen Stellen abgebaut bzw. frei gewordene Stellen nicht wieder besetzt werden oder Pflegepersonal durch kostengünstigeres, da geringer qualifiziertes Personal ersetzt wird (Schubert & De Geest, 2005). Die daraus resultierenden, schlechteren Arbeitsbedingungen können die Fluktuation und Berufsausstiegsraten des Pflegepersonals erhöhen (Hayes et al., 2006a). Obwohl diese Prognosen bisher nicht aktualisiert wurden, dokumentieren jüngere Berichte zur Arbeitsmarktsituation einen starken Fachkräftebedarf (Schweiz am Sonntag, 2015).

Informationen zum Verbleib und zur Verweildauer von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen verschiedener Qualifikationsstufen im Beruf, über Berufs- und Bildungsverläufe innerhalb der Gesundheitsbranche sowie über Gründe, Gesundheits- und Pflegeberufe zu wählen oder zu verlassen, sind daher national und international zur Planung und Verbesserung des notwendigen Fachkräfteangebotes von hoher Bedeutung, um den künftigen Fachkräftebedarf decken zu können. Da der Personalmangel insbesondere beim höher ausgebildete Personal erwartet wird (Jaccard et al., 2009), spielt der Übergang in die höhere Berufsbildung der Gesundheitsberufe eine besondere Rolle.

Die Diskussion der zentralen Zielgruppen für die Fachkräftesicherung ist in der Schweiz stark auf den Teil der Jugendlichen ausgerichtet, die sich nach der Pflichtschulzeit für den beruflichen Zweig der Sekundarstufe II entscheiden. Dies ist dadurch zu erklären, dass – verglichen mit anderen industrialisierten Ländern – die berufsorientierten Bildungsgänge im Schweizer Bildungssystem stark

präsent und ein im Vergleich zur Allgemeinbildung sehr bedeutsamer Bildungsweg sind: Ungefähr zwei Drittel der Jugendlichen wechseln nach der Pflichtschulzeit mit ungefähr 16 Jahren in eine von etwa 230 beruflichen Grundbildungen (SKBF, 2014). Der Übergang in einer dieser beruflichen Grundbildungen ist somit der wichtigste Bildungsweg in der Sekundarstufe II (SBFI, 2014). Einen dementsprechend wichtigen Platz nehmen die Absolventinnen und Absolventen der beruflichen Grundbildung FaGe bei der Massnahmenplanung gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen ein (SBFI, 2013).

Die häufigste Form der beruflichen Grundbildung ist die duale Lehre, die einen frühen und engen Arbeitsmarktbezug herstellt: Betriebe bieten Lehrstellen an, rekrutieren dafür geeignete Personen und bilden sie im Durchschnitt an drei Tagen pro Woche praktisch aus. Die Jugendlichen erwerben so bereits früh – im Alter von 16 bis 19 Jahren – spezifische Arbeitserfahrungen, die sich auf ihre späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen auswirken können. Der darauf aufbauende Bildungsbereich, die sogenannte „höhere Berufsbildung“, umfasst ebenfalls Bildungsangebote mit einem engen Bezug zum Arbeitsmarkt. Dieser Bildungstyp ist gemäss internationaler Klassifikation (Unesco, 1997) als “ISCED 5B” der ersten Stufe der tertiären Bildung zuzuordnen und ist – in Abgrenzung zu den theoretisch(er) ausgerichteten Bachelorstudiengängen der Fachhochschulen ISCED 5A – praktisch oder berufsspezifisch orientiert (Schneider & Kogan, 2008). Das Schweizer auf die Berufsbildung fokussierte Bildungssystem erhält unterdessen weltweit Anerkennung und Importnachfrage, da die enge Verbindung zwischen Bildung und Arbeitsmarkt mit einer tiefen Jugendarbeitslosigkeit, hohem Potenzial zur Deckung des Fachkräftebedarfes auf allen Qualifikationsstufen, hohen Bildungsrenditen für Absolvierende sowie einer hohen betrieblichen Ausbildungsbereitschaft verbunden wird (SBFI, 2014). Doch es gibt auch kritische Stimmen, die auf die frühe Selektion in verschiedene Schulzüge und die geschlechts- und schichtspezifische berufliche Segregation hinweisen und Fragen nach der Chancengleichheit beim Zugang zur höheren Bildung und bei der Platzierung im Arbeitsmarkt stellen (OECD, 2003; SKBF, 2014).

Die hier gestellte Frage nach den Einflussfaktoren von Berufs- und Bildungsentscheidungen nach einer Berufslehre im Gesundheitswesen ist daher zum einen für die internationale Fachkräftediskussion um Berufsattraktivität, Berufswahl, Berufswechsel und Berufsverbleib in den Gesundheits- und Pflegeberufen relevant. Zum anderen werden wichtige sozialwissenschaftliche Fragen adressiert, die sich auf die Chancengleichheit im Zugang zum Arbeitsmarkt und zur höheren Bildung nach einer beruflichen Grundbildung beziehen: Inwieweit setzen sich schicht- und geschlechtstypische Entscheidungen nach einer beruflichen Grundbildung im Übergang in den Arbeitsmarkt und die höhere Bildung fort? Welche Rolle spielt dabei das Ausbildungs- und Arbeitsumfeld im Betrieb, der eine wichtige Rolle für die berufliche Sozialisation und die Berufslaufbahn hat?

1.1 Forschungsdefizit

Die Forschung über Bildungsentscheidungen ist typischerweise in der soziologischen (Becker & Hecken, 2007; Esser, 2005) oder ökonomischen Literatur (Becker, 1982) verankert, während sich theoretische und empirische Arbeiten zu Entscheidungen für einen bestimmten Beruf oder eine Fachrichtung eher in der sozialpsychologischen Literatur wiederfinden (Eccles, 2005a, 2005b; Lent, Brown & Hackett, 1994; Ajzen, 1991). Entscheidungen für eine höhere Bildungsstufe (vertikale Entscheidung) sind insbesondere für den Übergang in die allgemeinbildende Hochschulstufe umfassend beschrieben. Die Resultate für Transitionen in die höhere Berufsbildung nach einer Berufsausbildung der Sekundarstufe II sind deutlich weniger vertreten (Bergman, Hupka-Bruner, Keller, Meyer & Stalder, 2011). Sie zeigen erstens, dass die Chancen für junge Menschen aus Familien mit tiefem sozioökonomischen Status für eine höhere Berufsbildung vermindert sind (Becker & Müller, 2011;). Jene, die in die Tertiärstufe übertreten, wählen eher eine Fachhochschule anstatt einer Universität (Becker & Hecken, 2007; Schumann, 2011). Eine höhere berufliche Bildung wird vermehrt von Jugendlichen gewählt, die aus tieferen sozialen Schichten stammen und wenig finanzielle Ressourcen haben, und für die daher die Möglichkeit für eine berufsbegleitende Ausbildung notwendig ist (Hillmert & Jacob, 2003). Zweitens ist der Einfluss des Geschlechts bei Entscheidungen für die berufliche Tertiärstufe belegt und äussert sich insbesondere durch eine geschlechtstypische Berufs- oder Studienfachwahl (Reimer & Pollak, 2010). Die bisherige sozialwissenschaftliche Forschung zu Bildungsentscheidungen ist auf geschlechtstypische oder sozioökonomische Einflüsse konzentriert, jedoch weniger auf institutionelle Faktoren wie die Rolle des Ausbildungsbetriebs. Der Betrieb wird in einigen theoretischen und empirischen Arbeiten zwar als wichtiger Einflussfaktor auf die berufliche Sozialisation und Identitätsfindung während einer dualen Ausbildung identifiziert (Heinz, 1995; Piening & Rauner, 2008), der Zusammenhang mit Berufs- oder Bildungsentscheidungen wird dabei aber nur am Rande thematisiert. Bisher beschriebene Einflüsse durch institutionelle Merkmale der Ausbildungsinstitutionen beinhalten vor allem ihren Zusammenhang mit dem späteren Arbeitsmarkterfolg oder Prüfungserfolg und beziehen sich eher auf organisatorische Eigenschaften, wie den Regulierungs- und Standardisierungsgrad der Ausbildungsprogramme und Prüfungen (Beicht & Walden, 2012; Backes-Gellner & Veen, 2008) oder die Durchführung einer Grundbildung als duale und vollzeitschulische Ausbildung (Müller & Schweri, 2009). Die genauen Ursachen dieser Unterschiede bleiben jedoch unklar.

Die fachspezifische gesundheits- und pflegewissenschaftliche Forschung thematisiert ähnlich wie die sozialpsychologische Laufbahnforschung stärker die horizontale (Beruf) als die vertikale Entscheidungsdimension (Bildung) und ist in zwei Stränge zu gliedern. Einerseits interessiert die initiale Berufswahl nach der obligatorischen Schule – hier zumeist die Wahl des Berufes der tertiär ausgebildeten Pflegefachperson (im angloamerikanischen Raum „registered nurse, RN“). Zweitens

interessiert die Entscheidung, nach einer Ausbildung im Beruf zu verbleiben und einen Arbeitsplatz zu wählen. Beim erst genannten Forschungsstrang stehen häufig berufliche Werte und Motivationen der Jugendlichen sowie die Attraktivität der Pflegeberufe für die Berufswahl im Vordergrund (Miers, Rickaby & Pollard, 2007; Lai et al., 2008; Baribal & Alison, 1996; Neilson & Jones, 2012; Price, McGillis Hall, Angus & Peter, 2013; Bomball et al., 2010; Görres, Stöver, Bomball & Adrian, 2015), bei letzterem der Einfluss der Arbeitsumgebung auf Arbeitszufriedenheit und Berufswechsel („nursing turnover“, z.B. Hayes et al., 2006a; Estryn-Behar, Van der Heijden, Fry & Hasselhorn, 2010; Li et al., 2011). Nur vereinzelt steht hier die Zielgruppe der Neueintretenden in den Arbeitsmarkt im Vordergrund (z.B. Unruh & Zhang, 2013). Für die hier bearbeitete Entscheidungssituation sind beide Literaturstränge relevant, da die Lernenden FaGe sowohl eine Berufsverbleibentscheidung als auch eine Entscheidung für die höhere Bildung zu treffen haben. Es gibt jedoch nur wenige Studien, die Einflussfaktoren während der initialen Pflegeausbildung auf die Transitionsverläufe danach thematisieren (Hayes, 2006b; Severinsson & Sand, 2010; Daehlen, 2008). Auch der Einfluss der Arbeitsumgebung während der Ausbildung auf den späteren Berufsverlauf steht selten im Zentrum (Brodie et al., 2004; Stevens, 2011; Rudman & Gustavsson, 2012). Die zum Zeitpunkt der Recherche verfügbare Evidenz zu Bildungs- und Berufsentscheidungen von pflegerischem Assistenzpersonal bezieht sich meist auf Erwerbstätige, deren Berufsverbleib und Berufszufriedenheit untersucht wird (z.B. Decker, Harris-Kojetin & Bercovitz 2009; Kuo, Yin & Li, 2008). Eine Untersuchung der Berufswahl von Sekundarschülerinnen und -schülern allgemeinbildender Schulen mit Arbeitserfahrung (Neilson & Jones, 2012) ist auf die hier untersuchte Zielgruppe nur begrenzt übertragbar.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass im Rahmen dieser Recherche keine vergleichbaren Studien über Anschlussentscheidungen nach einer berufsqualifizierenden Erstausbildung von Jugendlichen in einem Gesundheitsberuf unterhalb des Tertiärniveaus als „Registered Nurse“ gefunden wurden. Eine Analyse von individuellen Merkmalen und Wertesystemen, Geschlecht, Alter, sozialem Hintergrund und betrieblichen Faktoren als Prädiktoren für Laufbahnentscheidungen ist für diese wichtige Zielgruppe bisher nicht beschrieben worden. Die Lücke, die mit dieser Arbeit geschlossen werden soll, ist daher die Erklärung der Berufs- und Bildungsentscheidungen an der sogenannten „zweiten Schwelle“ (Konietzka, 2002) nach einer beruflichen Grundbildung in die höhere berufliche Bildung oder in den Arbeitsmarkt für das Berufsfeld Pflege und Gesundheit. Der Fokus liegt dabei auf der Entscheidungssituation von Lernenden Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit. Es wird untersucht, inwieweit neben individuellen sozialen auch betriebliche Einflüsse wirksam werden, und welche Rolle berufliche Wertvorstellungen in diesem Zusammenhang haben.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit basiert auf den Daten der Längsschnittbefragung einer Kohorte Lernender FaGe am Ende (2010) und ein Jahr nach Abschluss (2012) ihrer Ausbildung. In einer landesweiten Vollerhebung wurden Laufbahnabsichten, individuelle und berufliche Ausbildungssituation sowie die realisierten Berufs- und Bildungsentscheidungen dieser Gruppe erfragt. Die Daten wurden mit finanzieller Unterstützung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und in Zusammenarbeit mit der nationalen Branchenorganisation OdASanté erhoben und im Jahr 2013 mit Fokus auf Monitoring- und Steuerungsinformationen ausgewertet. Die Leitung der Erhebung, die nachfolgende Datenaufbereitung und Datenanalyse sowie die Hauptautorenschaft der Projektberichte lagen bei der Verfasserin dieser Arbeit. Es wurden ein Zwischenbericht zur Ausbildungssituation und zu den Laufbahnabsichten im dritten Lehrjahr der Befragten (Trede & Schweri, 2012), ein Abschlussbericht zu den getroffenen Entscheidungen und der beruflichen Situation ein Jahr nach Abschluss (Trede & Schweri, 2013a) sowie eine Kurzinformation der Branchenorganisation OdASanté mit Schlussfolgerungen für die Fachkräftesituation und Bedarfsplanung (Trede & Schweri; 2013b) erstellt. In dieser Arbeit erfolgt nun eine theoriegeleitete Aufarbeitung und vertiefte Analyse der Determinanten der Berufs- und Bildungsentscheidungen dieser Gruppe. Dies erfolgte in den vorhergehenden Berichten nicht differenziert, da diese auf den unmittelbaren Informationsbedarf der Branchenorganisation an den getroffenen Berufs- und Bildungsentscheidungen und der Zufriedenheit der FaGe-Lernenden mit ihrer Ausbildung ausgerichtet waren.

Der Aufbau ist folgendermassen: In Kapitel 2 wird die Entscheidungssituation nach der FaGe-Ausbildung im gesundheits- und bildungspolitischen Kontext diskutiert. Dabei werden die einzelnen Optionen und die Entscheidungssituation charakterisiert, danach die leitenden Fragestellungen dieser Arbeit vorgestellt. Kapitel 3 behandelt den theoretischen Hintergrund und Forschungsstand und begründet die zu prüfenden Hypothesen. Kapitel 4 stellt Design und Methodik vor. Kapitel 5 beschreibt die Resultate und schliesst eine hypothesenbezogene Zwischendiskussion ein. Kapitel 6 beinhaltet eine Schlussdiskussion sowie eine kritische Würdigung, Kapitel 7 weiterführende Forschungsfragestellungen und Implikationen für die Berufsbildungspraxis.

2 Der Beruf „Fachfrau / Fachmann Gesundheit“ und seine Bildungs- und Berufsperspektiven

Die Schweiz begegnete im Jahr 2004 der Herausforderung, den künftigen gesellschaftlichen Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen sicherzustellen, mit einer umfassenden Reform seines Berufsbildungssystems und integrierte die Gesundheits- und Pflegeberufe in das allgemeine Bildungssystem (Spitzer & Perrenoud, 2007). Ein Hauptziel der Reform war, ein durchlässiges Bildungssystem für die Gesundheitsberufe zu entwickeln. Dabei sollten Qualifizierungsmöglichkeiten auf verschiedenen Stufen etabliert werden, um dem künftigen Bedarf an Fachkräften gerecht zu werden und die Attraktivität der Gesundheitsbranche zu steigern (Oertle-Bürki, 2000; Zosso, 2006). Zum einen erfolgte dafür eine Neuordnung des tertiären Berufsbildungssystems, zum anderen wurden neue Abschlüsse auf Sekundarstufe II etabliert.

2.1 Das Berufsbild

Der im Zuge der Berufsbildungsreform eingeführte neue Gesundheitsberuf „Fachangestellte / Fachangestellter Gesundheit“, ab dem Jahr 2009 umbenannt in „Fachfrau / Fachmann Gesundheit“, sollte dazu beitragen, mehr Schulabgänger und Schulabgängerinnen für die Pflegeberufe zu interessieren, die Zahl derer, die einen Pflegeberuf auf Tertiärstufe erlernen, zu erhöhen und generell mehr Personen für das Gesundheitswesen auszubilden. Dieser neue Gesundheitsberuf FaGe wurde dabei als ein zentraler Nachwuchspool für das tertiär ausgebildete Pflegepersonal eingestuft. Infolgedessen ist die Ausbildung stark auf pflegerische Tätigkeiten ausgerichtet (Bildungsverordnung, 2008). Sie besteht in Form einer dreijährigen beruflichen Grundbildung – mehrheitlich im dualen System, etwas seltener im vollzeitschulischen System mit Praktika – im Stil einer klassischen Berufslehre. Üblicherweise wählen junge Menschen mit 16 Jahren, überwiegend Frauen, nach den obligatorischen neun Schuljahren diesen Beruf (BFS, 2014a). Etwa zwei Drittel aller Berufslernenden entfallen auf die dreijährige Ausbildung, die in erster Linie eine eher jugendliche Zielgruppe anspricht. Daneben werden mit einer ebenfalls gesetzlich geregelten verkürzten Nachholbildung für Erwachsene (Bundesgesetz über die Berufsbildung, 2002) ältere Personen angesprochen, die auf diesem Wege einen höheren Sekundarstufenabschluss nachholen und bisher erworbene Kompetenzen anrechnen lassen können. Die erste, jüngere Gruppe steht im Folgenden im Zentrum des Interesses. Die Lernenden FaGe besuchen in ihrer dreijährigen Ausbildung an eineinhalb Tagen pro Woche die Berufsfachschule und erwerben an dreieinhalb Tagen pro Woche Arbeitswelterfahrung. Die Ausbildung schliesst mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis ab, das Zugang zu weiterführenden Ausbildungen auf der Tertiärstufe ermöglicht (Ludwig, Steudter & Hulschers, 2012). Nach dem erfolgreichen Abschluss mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) haben die Lernenden daher eine Berufs- und Bildungsentscheidung zu vollziehen, um entweder in ihrem erlernten Beruf zu

arbeiten und eine entsprechende Anstellung zu finden oder eine weitere höhere Ausbildung zu besuchen (vgl. Abb. Anhang A.V.1).

2.2 Die Rolle der FaGe im Schweizer Bildungssystem

Eine berufliche Grundbildung in einem Lehrbetrieb, früher als „Berufslehre“ bezeichnet, ist in der Schweiz einer der wichtigsten Bildungswege nach der obligatorischen Schule. Seit 2005 wählen jährlich knapp zwei Drittel der Schulabgänger der Sekundarstufe I diesen Weg und nur etwa ein Drittel entscheidet sich für eine schulisch organisierte Sekundarstufe II an einer allgemeinbildenden Maturitätsschule oder einer berufsfeldorientierten Fachmittelschule (BFS, 2015). Dieses Verhältnis ist im internationalen Vergleich einzigartig: Im Vergleich der OECD Länder liegt die Schweiz mit dem Anteil der allgemeinbildenden Schulabschlüsse der Sekundarstufe II an sechstletzter Stelle – über beispielsweise Österreich, Belgien und den Niederlanden und weit unter Deutschland. Ihr hoher Anteil der Berufslehre, die mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) abschliesst, liegt jedoch an der absoluten Spitze, während andere Länder eher auf beruflich orientierte Vollzeitschulen setzen (OECD, 2013).

Trotz der Dominanz der Berufslehre – die in der Schweiz ein traditionelles Modell ist – ist diese Ausbildungsform für die Gesundheitsberufe relativ neu. Bis der Beruf FaGe im Jahr 2004 als erster Lehrberuf im Gesundheitswesen geschaffen wurde, verliefen die Zugänge in die Gesundheitsberufe nämlich entweder über eine Mittelschule oder über mehrjährige Praktika, Vorkurse für Gesundheitsberufe, über ein- bis zweijährige Pflegeassistentenausbildungen oder sonstige Zwischenlösungen wie Auslandsaufenthalte, AuPair oder andere Ausbildungen (Oertle, 2008). Dies hat sich mit Einführung des neuen Berufsbildes abrupt verändert. Die Absolvierenden FaGe zählen wie eingangs erwähnt zu einer der wichtigsten Berufsgruppen, wenn es um die Sicherstellung des Fachkräfteangebots sowohl auf der Sekundarstufe II als auch auf der Tertiärstufe geht (siehe auch Kap. 2.3 unten). So besetzen FaGe 50% der Studienplätze einer höheren Fachschule und knapp 30 % der Studienplätze einer Fachhochschule im Fachbereich Pflege (Schaffert et al., 2012).

Neben der Berufslehre FaGe als Hauptzugangsweg in die berufliche Tertiärbildung können auch andere Pfade über die allgemeinbildenden Mittelschulen gewählt werden. Dazu gehört zum einen der Weg über ein allgemeinbildendes Gymnasium. Diese Absolvierenden sind heute zu etwa 10% in den Studiengängen der höheren Fachschulen Pflege und zu knapp 40% in den Fachhochschulen Pflege vertreten (Schaffert et al., 2012).

Zum anderen kann der Weg in die Tertiärstufe über eine Fachmittelschule Gesundheit führen. Diese vermittelt in drei Jahren eine vertiefte Allgemeinbildung und bereitet fachspezifisch auf die Ausbildungen der Tertiärstufe Gesundheit vor. Der Fachmittelschulabschluss ermöglicht den direkten Zugang zu einer Ausbildung an einer höheren Fachschule Gesundheit. Im Unterschied zur Berufslehre

findet das Lernen überwiegend in der Schule statt. Nach einem Praktikum und zusätzlicher Ausbildungszeit kann eine fachgebundene Hochschulreife, ein sogenanntes Fachmaturitätszeugnis erreicht werden, das zusätzlich den Zugang in die Fachhochschulen Gesundheit ermöglicht. Die jährlich abgeschlossenen eidgenössischen Fähigkeitszeugnisse (EFZ) FaGe überwiegen allerdings die abgeschlossenen Fachmittelschulen Gesundheit um mehr als ein Dreifaches: So wurden im Jahr 2013 fast 3700 Abschlüsse FaGe EFZ gezählt, jedoch nur gut 1000 Fachmittelschulabschlüsse Gesundheit (BFS, 2015), d.h. auf einen Fachmittelschulabschluss Gesundheit kommen etwa 3.5 EFZ-Abschlüsse FaGe.

Auffällig ist jedoch, dass sich diese Verteilung regional unterscheidet: Im französischsprachigen Teil der Schweiz, der knapp ein Drittel der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz repräsentiert, beträgt dieses Verhältnis nur 1.5 EFZ Abschlüsse FaGe auf einen Fachmittelschulabschluss Gesundheit (BFS, 2015). Dies zeigt eindrücklich, dass die Bedeutung der dualen beruflichen Grundbildung regional unterschiedlich verankert ist und in der französischsprachigen Schweiz eine deutlich geringere Bedeutung hat als im deutschsprachigen Teil (SKBF, 2014).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Beruf FaGe eine zentrale Bedeutung für die Fachkräfteausbildung sowohl auf der Sekundarstufe II als auch auf der Tertiärstufe Gesundheit hat. In den Landesteilen, in denen allgemeinbildende Bildungswege eine stärkere Bedeutung haben, sind die FaGe-Abgängerinnen und Abgänger jedoch auf beiden Stufen deutlich weniger vertreten. Dafür sind dort häufiger Absolventinnen und Absolventen der Gymnasien und der Fachmittelschulen präsent. Insofern ist es wichtig, die Ausgestaltung des jeweiligen regionalen oder nationalen Berufsbildungssystems zu berücksichtigen, wenn der künftige Fachkräftebedarf eingeschätzt wird. Diese Diskussion, die für die Anwendung der Resultate auf andere Länder geführt werden sollte, ist jedoch nicht unmittelbarer Bestandteil dieser Analyse und wird daher am Schluss dieser Arbeit (Kap. 7) wieder aufgenommen.

2.3 Die Positionierung im Berufsbildungssystem Gesundheit

Der Beruf Fachfrau / Fachmann Gesundheit hat in den 10 Jahren nach seiner Entstehung bereits einen gewissen Wandel erfahren. Zu Beginn der bildungs- und berufspolitischen Diskussion rund um die Integration der Gesundheitsberufe ins Berufsbildungsgesetz und die Entwicklung des Berufes FaGe war dieser vor allem als „Zubringerberuf“ zur Pflegebildung auf Tertiärstufe gedacht (Oertle-Bürki, 2000). Da man seinerzeit annahm, dass in der Schweiz (v.a. in der Deutschschweiz) der Nachwuchs über den allgemeinbildenden Weg nicht genügend garantiert sei, wurde die neue Ausbildung auf der Sekundarstufe II als Möglichkeit gesehen, auch über diesen traditionellen „Königsweg“ der schweizerischen Berufsbildung den Zugang zu den Ausbildungen auf der Tertiärstufe zu erreichen. In der Anfangsphase des Berufes stand daher sein Image als Zugangsweg zur tertiären Pflegeausbildung im Vordergrund. Daneben argumentierte man, dass eine Berufsausbildung auf der Sekundarstufe II

den Vorteil biete, in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens (v.a. Langzeitversorgung) über genügend ausgebildetes Fachpersonal unterhalb der tertiären Bildungsstufe zu verfügen.

Seither hat sich der Stellenwert der FaGe als qualifizierte Fachkräfte im Gesundheitswesen erhöht. Im Versorgungsbericht des (damaligen) Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (Dolder & Grünig, 2009) wird festgehalten, dass der Positionierung der FaGe als arbeitsmarktfähiger Berufsabschluss und gleichzeitig als Zubringer für eine tertiäre berufliche Qualifizierung eine hohe Bedeutung beizumessen ist, und dass entsprechende Entwicklungsperspektiven zu schaffen sind.

2.4 Internationale Einordnung des Schweizer Berufsbildes FaGe

Der Einsatz von Assistenzpersonal in der Pflege ist weltweit üblich und wird seit Beginn dieses Jahrhunderts insbesondere in den angloamerikanischen Ländern diskutiert und erforscht (Lizarondo, Kumar, Hyde & Skidmore, 2010). Dies wird durchaus kontrovers diskutiert: Einerseits wird eine qualifizierte Berufsgruppe positiv begrüsst, die gezielt delegierte Aufgaben übernimmt, um die tertiär ausgebildeten Pflegenden zu entlasten (Turnbull et al., 2009; Han et al., 2014). Damit soll dem steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft begegnet und zudem ein Rekrutierungspool für die tertiären Gesundheits- und Pflegeberufe geschaffen werden (Waldie, 2010; Moran, Enderby & Nancarrow, 2011). Andererseits werden Befürchtungen bezüglich der Pflegequalität thematisiert, wenn geringer qualifiziertes und kostengünstigeres Personal die tertiär ausgebildeten Fachkräfte ersetzt. Dabei werden auch Rollenkonflikte bei der Integration der Assistenzpersonen in die Versorgungsteams befürchtet (Waldie, 2010; Mahaffey, 2002), sowie Schwierigkeiten, ein adäquates Verhältnis der verschiedenen Qualifikationsstufen beim Personal („skill and grade mix“) zu finden (Crossan & Ferguson, 2005).

Der Beruf FaGe wird im Folgenden kurz mit international häufig vertretenen Abschlüssen auf dieser Stufe verglichen. In Deutschland entspricht der Schweizer Beruf FaGe am ehesten der staatlich anerkannten Krankenpflegehelferin, bzw. dem Krankenpflegehelfer (KPH), in einigen Bundesländern auch Altenpflegehelferinnen und -helfer oder Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer. Die Ausbildungsregelung liegt in der Hoheit der Bundesländer, die Berufstitel, Zulassung, Dauer und Inhalte der Ausbildung festlegen. In den meisten Bundesländern dauern die Ausbildungen ein Jahr, bei einigen eineinhalb oder zwei Jahre. Eine darüber hinausgehende allgemeinbildende Qualifizierung in der Krankenpflegehilfe ist beispielsweise in Bremen zu finden. Dort absolvieren Krankenpflegehilfeschülerinnen und -schüler eine erweiterte zweijährige generalistische Ausbildung mit allgemeinbildenden Anteilen, die über einen Eignungstest zu einer verkürzten Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege führen können (Kehrbach & Nowack, 2014). Der KPH-Abschluss berechtigt bisher aber in der Regel nicht formal zum Eintritt in die Gesundheits- und Pflegeausbildung, wenn die Absolventinnen und Absolventen nicht die notwendigen schulischen Voraussetzungen mitbringen. Gemäss Beschluss der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz

(ASMK) soll aber das Aus- und Weiterbildungsangebot von Assistenz- und Helferberufen hinsichtlich der Zulassung in die höheren pflegerischen Bildungsstufen länderübergreifend vereinheitlicht werden, um künftig ein transparentes und durchlässiges Bildungsangebot für Pflegeberufe ab der Assistenzstufe zu ermöglichen (Arbeits- und Sozialministerkonferenz, 2012). Auch in anderen europäischen Ländern existieren Berufsbilder für pflegerische Assistenzpersonen. Die Unterschiede sind allerdings gross: In Luxemburg wird eine dreijährige, staatliche reglementierte Ausbildung mit allgemein- und berufsbildendem schulischen Unterricht angeboten, während in Grossbritannien Pflegeassistentpersonal individuell und betriebsgestützt, in Frankreich wiederum in einem Jahr schulisch und praktisch ausgebildet wird (Lambauer, Prochazkova, Schmid & Tellers, 2004).

Im Vergleich zu den genannten europäischen Ländern ist die Besonderheit der Schweizer FaGe-Ausbildung eine schulische Ausbildung mit sowohl berufsspezifischen Inhalten als auch einem Lehrplan in Allgemeinbildung, der allen Lehrberufen gemein ist. Dies führt zum Abschluss des eidgenössisch anerkannten Fähigkeitszeugnisses auf Sekundarstufe II und zu einer Zugangsberechtigung in die höhere Berufsbildung, die die einschlägigen Berufskennnisse berücksichtigt. Eine weitere Besonderheit der Schweizer FaGe ist ihr eher jugendliches Alter: In der Regel sind die Schweizer FaGe wie Absolventinnen und Absolventen der allgemeinbildenden Sekundarstufe II bei Abschluss 19 Jahre alt. Andere Ländern setzen dagegen auch für die Assistenzberufe ein minimales Eintrittsalter von 17 Jahren bei Ausbildungsbeginn voraus (Lambauer et al., 2004).

In der internationalen angloamerikanischen Literatur zu Aufgaben und Profil von Assistenzpersonal im Gesundheitswesen können die Schweizer FaGe unter dem Sammelbegriff der „allied health assistants (AHA)“ eingeordnet werden. Lizarondo et al. (2010) identifizierten fünf Gruppen von pflegerischen Assistenzpersonen als „Allied Healthcare Assistant (AHA)“: general healthcare assistant; rehabilitation assistant; psychology assistant; occupational therapy assistant; and physical therapy assistant“, und definierten AHA als „Personal, das qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen assistiert oder jegliche Art von Unterstützung bietet [übersetzt von Trede]“ (Lizarondo et al., 2010, S. 144). Das berufliche Profil von Schweizer FaGe entspricht durch seine pflegerische Ausrichtung vor allem dem der „general healthcare assistant“, in den USA auch als „nurse aide“ oder „certified nursing assistants“ vertreten (Prestia & Dyess, 2012). Diese Gruppen übernehmen vor allem pflegerisch-assistierende Arbeiten für tertiär ausgebildetes Pflegepersonal (im angloamerikanischen Raum „Registered Nurse, RN“). Allerdings erhalten die Schweizer FaGe mit ihrer im internationalen Vergleich langen dreijährigen¹, berufsqualifizierenden und sehr strukturierten

¹ In den USA wird beispielsweise eine minimale Ausbildungsdauer für „nurse aides“ von 75 Tagen beschrieben (Han et al., 2014; Prestia & Dyess, 2012).

Ausbildung mehr Kompetenzen und Verantwortung und wie oben erwähnt insbesondere formellen Zugang zur höheren beruflichen Bildung im Gesundheitswesen.

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass die Etablierung der Berufsausbildung FaGe einem internationalen Trend entspricht. Gleichzeitig ist sie ein schweiztypisches Produkt, das vor dem Hintergrund des lokalen Bildungs- und Berufssystems interpretiert werden muss. Insbesondere die Standardisierung und zentrale Reglementierung der Berufsbildung in der Schweiz, die Einbettung in das allgemeine Bildungssystem mit geregelten Anschlussmöglichkeiten und die vergleichsweise lange Dauer bilden einen stark von anderen Ländern abweichenden Rahmen. Schweizer FaGe sind kurz als qualifiziertes Pflegepersonal der Sekundarstufe II zu charakterisieren, das assistierende wie auch eigenständige Arbeiten in Pflgeteams ausführt. FaGe erreichen ihren Berufsabschluss in der Regel im Alter von Gymnasiums- oder High-School-Absolventinnen und Absolventen. Nach Abschluss sind sie in das allgemeine Schweizer Bildungssystem eingebunden und haben Zugang in die höhere Berufsbildung. Mit diesen Charakteristika repräsentieren sie Merkmale, die für unterschiedliche Systeme von Pflegebildungen interessant und daher auch für die internationale Diskussion von Relevanz sind.

2.5 Charakteristika der wichtigsten Entscheidungsoptionen nach Abschluss der beruflichen Grundbildung FaGe

Im Wesentlichen stehen den ausgebildeten FaGe direkt nach Abschluss drei Bildungs- und Berufsalternativen zur Verfügung: Erstens, die Erwerbstätigkeit als FaGe; zweitens eine tertiäre Ausbildung in einem Pflege- oder anderem Gesundheitsberuf an einer höheren Fachschule (Tertiär B, ISCED 5B) und drittens eine tertiäre Ausbildung in einem Pflege- oder anderem Gesundheitsberuf an einer Fachhochschule (Tertiär A, ISCED 5A²). Die drei Hauptoptionen werden im Folgenden charakterisiert (vgl. Abb. 1).

² Weitere Möglichkeiten auf Tertiärstufe B waren zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch nicht zugänglich, vgl. Abb. A.V.1 im Anhang.

Abbildung Nr. 1: Charakterisierung der drei zentralen Entscheidungsoptionen

Tertiärstufe	<p>Tertiär B / ISCED 5B Höhere Fachschule (HF) Nicht-akademisch «tiefere Hürde» Zugang ohne BMS 2-3 Jahre Dauer Lokal vertreten Traditioneller Weg / Pflegeberuf Männeranteil 10%</p> <p>Regionale Ausgestaltung: Westschweiz: kaum vertreten Deutschschweiz: mehrheitlich vertreten</p>	<p>Tertiär A / ISCED 5A Fachhochschule (FH) Akademisch «höhere Hürde» Zugang mit BMS 3 Jahre Dauer Zentral vertreten «Neuer» Weg / neuer Beruf Männeranteil 20-30%</p> <p>Regionale Ausgestaltung: Westschweiz: mehrheitlich vertreten Deutschschweiz: kaum vertreten</p>
Sekundärstufe II	<p style="text-align: center;">Erwerbstätigkeit als FaGe</p> <ul style="list-style-type: none"> Hohe Arbeitsplatzsicherheit Einstiegslohn (ca. CHF 4400.-) , unregelmässige Arbeitszeit (Nacht- und Wochenenddienste) Kaum formalisierte innerberufliche Aufstiegsmöglichkeiten Heterogene, betriebsabhängige berufliche Rolle und Aufgaben im Pflorgeteam 	

Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

2.5.1 Charakterisierung der Erwerbstätigkeitsoption als FaGe

Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit haben eigenständige und assistierende Aufgabenbereiche. Sie pflegen und betreuen Klientinnen und Klienten in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens im stationären wie ambulanten Bereich. Dabei übernehmen sie neben pflegerischen Unterstützungsleistungen auch delegierte pflegerische Aufgaben. Dies wird ergänzt durch medizinaltechnische Verrichtungen sowie eigenverantwortliche Tätigkeiten im Bereich Hotellerie, Administration und Logistik (Ludwig et al., 2012). Sie arbeiten dabei mehrheitlich im institutionellen Akut- oder Langzeitpflegebereich, zu einem geringeren Anteil in der Psychiatrie, Rehabilitation oder in der häuslichen Pflege (Trede, 2010). Der inhaltliche Charakter der Erwerbstätigkeit als FaGe wie ihre berufliche Rolle und Funktion, ihr Aufgabenspektrum, das Anspruchsniveau ihrer Tätigkeiten sowie die Stellung innerhalb des Pflorgeteams können im Arbeitsmarkt trotz national reglementierter Bildungsverordnung und Qualifikationsverfahren variieren und von der betrieblichen Arbeitsorganisation abhängen (Lehmann, Viens Python, Dumas & Guinchard; 2010).

Auch eine Übersicht der WHO weist darauf hin, dass die Pflegeberufe in der Schweiz vor allem bezüglich der Bildungsgänge und -abschlüsse, aber nicht bezüglich der beruflichen Position und Verantwortung formal geregelt sind (Büscher, Sivertsen & White, 2009). Materielle Aspekte der Erwerbstätigkeit sind hingegen weniger heterogen, da auf kantonaler Ebene häufig Lohnempfehlungen und definierte Einstiegsgehälter für das Gesundheitspersonal (für FaGe durchschnittlich CHF 4'400.-) existieren (Trede & Schweri, 2012). Ausgebildete FaGe haben bisher umfangreiche Bildungsangebote

auf der Tertiärstufe, aber kaum strukturierte Möglichkeiten für eine innerberufliche Karriere und Weiterbildung, dafür aber gute Chancen, eine ausbildungsadäquate Beschäftigung zu finden und ein tiefes Risiko für Arbeitslosigkeit (BSS, 2014).

2.5.2 *Charakterisierung der Bildungsoptionen*

Direkt zugängliche Optionen der beruflichen Tertiärstufe nach einer FaGe-Ausbildung waren zum Zeitpunkt dieser Untersuchung die Studiengänge der Tertiärstufe B (Höhere Fachschulen) und mit einer abgeschlossenen Berufsmaturität auch Studiengänge der Tertiärstufe A (Fachhochschulen) Gesundheit (vgl. Anhang Abb. A.V.1). Abgesehen von den Pflegestudiengängen, die auf beiden Tertiärstufen angesiedelt sind, sind die anderen Gesundheitsberufe entweder der einen oder der anderen Stufe zugeordnet. Damit ist bei der Entscheidung für die Tertiärstufe Gesundheit sowohl eine inhaltlich-berufliche als auch eine Bildungsstufe verbunden.

Drei Viertel aller Diplomabschlüsse an einer Höheren Fachschule Gesundheit sind Abschlüsse in Pflege (n = 1'100 von n = 1'600; BFS, 2013). Die übrigen dreijährigen Gesundheitsausbildungen auf Stufe Höhere Fachschule sind in den Fachrichtungen Aktivierungsfachperson, Biomedizinische Analytik, Rettungssanität, Technische Operationsfachperson verfügbar. Bei den Fachhochschulen Gesundheit repräsentieren die Pflegestudiengänge etwa ein Drittel aller Bachelorabschlüsse. Die anderen Fachrichtungen sind hier Hebamme/Geburtshilfe, Physio- sowie Ergotherapie und Ernährungsberatung (n = 700 von knapp n = 2'000 im Jahr 2012; BFS, 2014a). In der französischsprachigen Schweiz werden die Studiengänge in Pflege ausschliesslich auf Bachelorstufe (und nicht auf Stufe HF) angeboten, während der Bacheloranteil in der deutschsprachigen Schweiz nur etwa 10 bis 15 % aller tertiären Pflegestudiengänge beträgt (SBFI, 2012).

Eine wichtige weitere Bildungsoption ist der nachträgliche Erwerb einer Fachhochschulreife, in der Schweiz „Berufsmaturität“ genannt, die an einer Berufsmaturitätsschule (BMS) erworben wird. Dafür stehen meist einjährige Bildungsprogramme zur Verfügung, die dem Sekundarstufe II-Bereich zugeordnet sind, sich aber an Personen mit abgeschlossener beruflicher Grundbildung richten. Die Berufsmaturitäten der Fachrichtung Gesundheit sind eine zentrale Zulassungsvoraussetzung für ein Fachhochschulstudium (Tertiärstufe A) im Berufsfeld Gesundheit. Neben diesen quantitativ wichtigsten Bildungsoptionen sind prinzipiell weitere Bildungsgänge möglich. Dies umfasst einerseits Entscheidungen für Zweitausbildungen auf Sekundarstufe II (z.B. eine weitere berufliche Grundbildung wie medizinische Praxisassistenten EFZ, Laborassistentinnen und -assistenten EFZ, oder Grundbildungen in anderen Branchen wie Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ im Sozialwesen oder eine kaufmännische Grundbildung), die in der Regel in Vollzeit absolviert werden. Berufsbegleitend auf Sekundarstufe II kommen auch Weiterbildungen in der Spitaladministration in Frage, die derzeit von Verbänden wie beispielweise dem Verband der Spitäler der Schweiz H+ angeboten werden.

Diese Zusammenstellung zeigt, dass ein Pflegestudium eine in der Anzahl der verfügbaren Studienplätze stark vertretene Bildungsoption nach einem Sekundarstufe II Abschluss im Gesundheitswesen ist. Trotz der Ansiedlung auf verschiedenen tertiären Bildungsstufen schliessen die Pflegestudiengänge mit gleichwertigen berufsbefähigenden Eintrittsqualifikationen ab (SBFI, 2013). Diese besondere Behandlung der Pflegestudiengänge hat sich bildungspolitisch über einen längeren Zeitraum entwickelt. Im Rahmen der Bildungsreform 2004 wurden die altrechtlichen pflegerischen und medizintechnischen Diplomberufe entweder den Höheren Fachschulen (Tertiärstufe B, ISCED 5B) oder den Fachhochschulen (Tertiärstufe A, ISCED 5A) zugeordnet. Beide Schultypen setzen seither einen Abschluss auf Sekundarstufe II voraus, jedoch nur die Fachhochschule eine Berufsmaturität (BMS). Die heutigen Pflege- und Gesundheitsstudiengänge der Höheren Fachschulen der Tertiärstufe B sind den altrechtlichen Diplomausbildungen Gesundheit am nächsten: Sie dauern in der Regel drei Jahre und umfassen bei einem Praxisanteil von rund 50 % insgesamt 5'400 Lernstunden. Die Fachhochschulstudiengänge Pflege der Tertiärstufe A sind dagegen neue Bildungswege mit erweiterten Zugangsvoraussetzungen. Das Inkrafttreten der Bologna-Richtlinien und des 2005 teilrevidierten Fachhochschulgesetz (FHSG, 1995) führte zum aktuell gültigen Profil der Fachhochschulen Gesundheit in allen Landesteilen mit mindestens dreijährigen, 180 ECTS umfassenden berufsbefähigenden Bachelorstudiengängen. Beide Abschlüsse HF und FH Pflege werden aktuell bei Berufseinstieg hinsichtlich ihrer Einstiegskompetenzen, Einstiegsgehälter und beruflichen Funktionen als (in der Regel) gleichwertig angesehen. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der wissenschaftlich-theoretischen Inhalte des Studiengangs und der mittelfristig vorgesehenen Karrieremöglichkeiten und erweiterten Funktionen (SBFI, 2012).

2.5.3 *Investitionsaufwand für die Tertiäroptionen im Vergleich*

Ein Studium an einer HF oder FH kann aus Sicht der Lernenden eine grosse Investition darstellen, da diese Studiengänge de facto mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit als FaGe verbunden sind. Sowohl ein HF Studium (zwei bis drei Jahre Dauer) und besonders ein FH Studium (drei Jahre Dauer mit Zugangsvoraussetzung der Berufsmaturität) bedeuten für FaGe eine recht hohe Investition in zeitlicher, aber auch in finanzieller Hinsicht: Erwerbstätige FaGe verdienen bei Eintritt in den Arbeitsmarkt monatlich durchschnittlich etwa CHF 4'400 brutto. Während des Tertiärstudiums an einer Höheren Fachschule (Pflege), das meist in Vollzeit stattfindet (Trede & Schweri, 2013a), erhalten alle Studierenden, auch FaGe mit einschlägiger Berufserfahrung, eine Praktikumsentschädigung von ca. CHF 1'000 pro Monat. Es fehlt somit ein Bildungsangebot für FaGe, die in ihrem erlernten Beruf bleiben möchten, wenig Zeit und finanzielle Mittel in eine Weiterbildung investieren können bzw. wollen, oder aber die leistungsmässigen Voraussetzungen für eine höhere Fachschule oder eine Fachhochschule (noch) nicht mitbringen (Trede & Kriesi, 2013). Dies wird in der Branche als hohe Hürde für die Wahl einer höheren Gesundheitsausbildung und als

problematisch für die Behebung des Fachkräftemangels auf der Tertiärstufe im Gesundheitsbereich diskutiert. Trotzdem scheint die Option der höheren Fachschule Pflege mit geringeren Investitionen verbunden zu sein als die Fachhochschule, da FaGe in vielen Kantonen das HF Pflege-Studium bis auf 2 Jahre verkürzen können (OdASanté, 2013). Inhaltlich ist diese Bildungsoption der bisherigen FaGe-Ausbildung nah, denn beides sind Pflegeberufe, deren Tätigkeitsprofil sich je nach Arbeitsort unterscheiden kann (insbesondere in Pflegeheimen, Lehmann et al., 2010). Diese inhaltliche Nähe trifft in geringerem Ausmass zwar auch auf die Bachelorstudiengänge Pflege zu. Letztere unterscheiden sich jedoch durch eine stärker theoretische und wissenschaftliche Ausrichtung von den HF-Programmen, verlangen eine Berufsmaturität und sind für FaGe nicht verkürzbar (bis auf eine geringfügige Anrechnung einschlägiger Berufserfahrung). Diese Option stellt daher die grössere Hürde dar und wird zudem derzeit innerhalb der Institutionen als ein vergleichsweise unbekannter Pflegeabschluss wahrgenommen, der institutionell noch nicht fest verankert ist (Lüthi, 2010). Die Fachhochschulen und höheren Fachschulen sind zudem regional unterschiedlich zugänglich. Studierende der Deutschschweiz erreichen höhere Fachschulen Gesundheit in fast jedem Kanton, während die Fachhochschulen dort nur in drei Städten vertreten sind, was durch die Anreise und ggf. Unterkunft zu einem höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand führt. Die Fachhochschulstudiengänge in der Romandie sind wiederum in fast jedem Kanton vertreten.

Für die übrigen dreijährigen Gesundheitsausbildungen auf Stufe Höhere Fachschule (Aktivierungsfachperson, Biomedizinische Analytik, Rettungssanität, Technische Operationsfachperson) oder Fachhochschule (Hebamme/Geburtshilfe, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung) sind keine Verkürzungsmöglichkeiten oder eine vereinfachte Zulassung für FaGe vorgesehen. Die Zulassung zu tertiären Bildungsgängen an HF und FH in anderen Berufsfeldern (z.B. Soziales, Pädagogik) erfordern meist noch zusätzliche Praktika oder Allgemeinbildung. Die Zulassung an universitäre Studiengänge verlangt den vorgängigen Erwerb einer allgemeinen Maturität, die mit einer Berufsmaturität mit einem sogenannten Passerelleprogramm in meist einem Jahren erreicht werden kann (Grob, Leu & Kirchhoff, 2007).

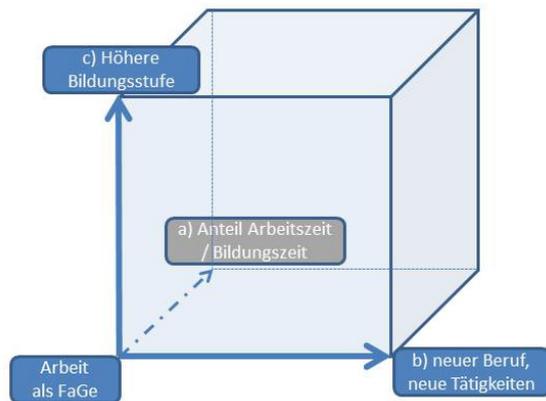
Für die tertiären Bildungsoptionen lässt sich daher zusammenfassend sagen, dass die HF Pflege-Studiengänge zum Befragungszeitpunkt durch ihre inhaltliche Nähe, durch den einfacheren Zugang und durch das grössere quantitative Angebot (75 % aller Studienplätze an HF Gesundheit) die Tertiäroption darstellen, die für FaGe mit dem geringsten Aufwand und der grössten Wahrscheinlichkeit zu erreichen ist (vgl. Abb. 1, S. 17). Insgesamt befindet sich das Bildungssystem der Gesundheitsberufe aber weiterhin im Auf- und Umbau, insbesondere der berufsbegleitende Bereich der Tertiärstufe B und der Bereich der Weiterbildungen Gesundheit nach einer Tertiärausbildung (OdASanté, 2013). Dies führt dazu, dass zwar zwei klare Bildungsperspektiven (HF

und FH Studium) bestehen, jedoch weitere Bildungsoptionen nach einer FaGe-Ausbildung noch nicht sicher einzuordnen oder noch in Entwicklung sind.

2.5.4 Mehrdimensionalität der Entscheidungssituation

Bei den oben skizzierten Entscheidungsoptionen wurde deutlich, dass sie verschiedene Entscheidungsdimensionen abbilden (vgl. Abb. 2).

Abbildung Nr. 2: Entscheidungsdimensionen nach der FaGe-Ausbildung



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Sie verlaufen entlang der beiden Hauptoptionen „Arbeit oder Bildung“, in Kombination mit einer Entscheidung für einen „Berufsverbleib oder Berufswechsel“ und können in drei Dimensionen differenziert werden:

- a) die Entscheidung für den Anteil an „Bildung“ und „Arbeit“,
- b) die inhaltliche, berufsfeldbezogene Entscheidung (z.B. Pflegeberuf, Gesundheitsberuf, Sozialberuf etc.),
- c) die Entscheidung für die Höhe des Bildungsniveaus (Sekundarstufe II, Tertiärstufe A und B, Weiterbildung etc.).

Dimension a) war zum Befragungszeitpunkt weitgehend auf eine Entscheidung für entweder eine Vollzeitbildung oder hauptsächliche Erwerbstätigkeit konzentriert. Da eine berufsbegleitende Ausbildung neben einer Teilzeitarbeitstätigkeit zum Entscheidungszeitpunkt dieser Gruppe kaum verfügbar war, kann Dimension a) für diese Untersuchungsgruppe vernachlässigt werden. Sie wäre aber bei Verfügbarkeit von berufsbegleitenden Bildungsalternativen bei späteren Untersuchungen in den Vordergrund zu rücken. Der Fokus liegt deshalb im Folgenden auf den Entscheidungsdimensionen b) und c). Es können einerseits b) horizontale Entscheidungen getroffen werden (zum Beispiel die Wahl eines völlig neuen Berufes, eines verwandten Berufes, oder die Ausübung des FaGe-Berufes) oder andererseits c) vertikale Entscheidungen wie die Wahl einer Ausbildung auf Tertiärstufe A oder B. Diese beiden Entscheidungsebenen können sich überlagern: Die

Wahl eines Bachelorstudiums Physiotherapie ist beispielsweise sowohl mit einer Entscheidung für eine höhere Bildungsstufe als auch mit der Entscheidung für einen Berufswechsel (wenn auch im gleichen Berufsfeld) verbunden. Bei der Entscheidung für eine Tertiärbildung Pflege contra Erwerbstätigkeit als FaGe ist zwar nicht von einem eigentlichen Berufswechsel zu sprechen (beides sind Pflegeberufe), wohl aber verändern sich das Leistungsniveau, die Verantwortungsübernahme, das Aufgabenspektrums und der Status. Die Option der „Berufsmaturitätsschule oder allgemeiner Maturitätsschule“ nach der Lehre ist ein weiteres Beispiel einer Überlagerung verschiedener Entscheidungsdimensionen, da sie dem Erwerb der (Fach)-Hochschulreife dient und damit einerseits eine Übergangssituation, andererseits aber eine spezifische Bildungs- und auch eine spezifische Berufsentscheidung für die spätere Laufbahn repräsentieren kann.

2.6 Entwicklung der Forschungsfragen

Wie in Kapitel 1.2 gezeigt stehen nach aktuellem Stand der Recherche keine Resultate zur Verfügung, die die Bildungs- und Berufsentscheidungen der hier interessierenden Gruppe der Absolventinnen und Absolventen nach einer beruflichen Grundbildung im Gesundheitswesen hinreichend erklären können. Es fehlen insbesondere Informationen, die das komplexe Zusammenspiel verschiedener Entscheidungsdimensionen (Bildungsentscheidung / Berufsentscheidung) mit den Einflüssen von betrieblichem und familiärem Hintergrund und individuellen Merkmalen adäquat abbilden können. Die Hauptfragestellung dieser Untersuchung ist daher, welche individuellen Wertvorstellungen, Merkmale und Einflüsse aus dem sozialen und betrieblichen Umfeld während der beruflichen Grundbildung die späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen von Lernenden Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit erklären.

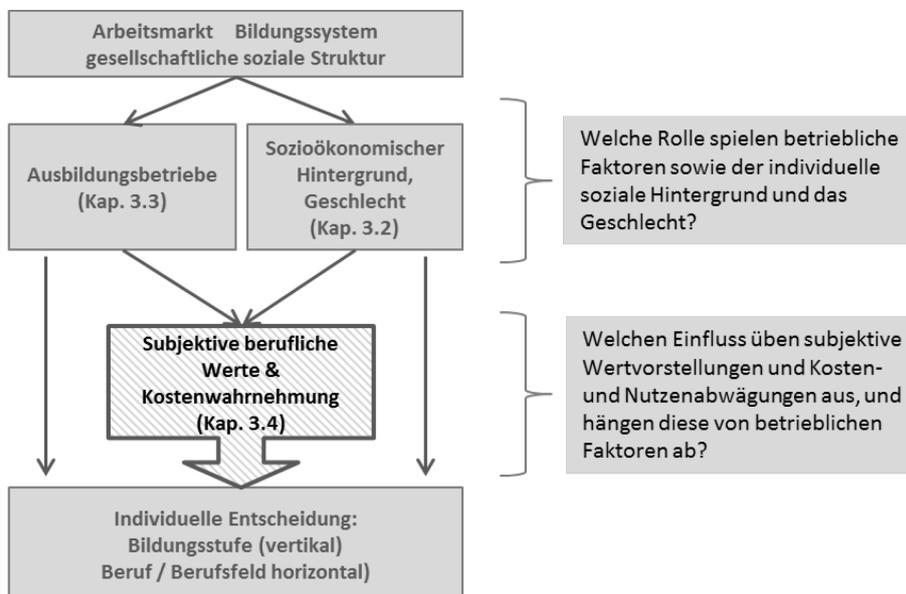
Subfragen sind:

- a) Welche Rolle spielen bei der Entscheidung für Erwerbstätigkeit oder Tertiärbildung Pflege/Gesundheit betriebliche Faktoren (Strukturen, Arbeitsumgebung und Arbeitstätigkeiten im Ausbildungsbetrieb), sowie der individuelle soziale Hintergrund und das Geschlecht?
- b) Welchen Einfluss üben subjektive Wertvorstellungen und Kosten- und Nutzenabwägungen der Entscheidungsoptionen aus, und hängen diese Abwägungen von betrieblichen Faktoren ab?

3 Theoretischer Kontext

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgt hypothesengestützt. Dazu wird im Folgenden ein theoretischer Rahmen ausgearbeitet, auf dessen Basis mit der verfügbaren Evidenz Hypothesen abgeleitet werden. Entwicklungspsychologische und soziologische Theorien gehen davon aus, dass eine berufliche Grundbildung einen wichtigen Abschnitt der beruflichen Identitätsfindung im Lebensverlauf darstellt (Beck, Brater & Daheim, 1980; Heinz, 1995, 2000; Hillmert, 2011). Sie stellt zentrale Weichen für den Übergang in das Arbeitsleben oder in eine weiterführende Ausbildung, indem neben die berufliche Prägung durch das private soziale Umfeld nun der Ausbildungsbetrieb mit seinen sozialen Bedingungen, institutionellen Erwartungen und kulturellen Mustern tritt. In dem neuen betrieblichen Kontext erwerben die Lernenden eigene Arbeitserfahrungen (Heinz, 1991, 1995, 2000) (vgl. Abb. 3). Daher können sich bei der Anschlussentscheidung nach einer beruflichen Grundbildung einerseits Faktoren ausserhalb des Betriebs als geschlechts- und schichtspezifische Einflüsse und andererseits Faktoren innerhalb der Ausbildungsinstitutionen als betriebsspezifische Einflüsse manifestieren (Heinz, 1995; Hillmert & Jacob, 2003). Der theoretische Rahmen wird folgendermassen entwickelt (vgl. Abb. 3). Im ersten Schritt wird der mögliche Entscheidungsmechanismus der hier interessierenden Berufs- und Bildungsentscheidung im Kontext sozialpsychologischer (Eccles, 2005a, 2005b) und moderner Rational-Choice-Modelle (Esser, 1999) diskutiert (Kap. 3.1.1).

Abbildung Nr. 3: Übersicht der Einflussfaktoren auf die Berufs- und Bildungsentscheidung



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Im zweiten Schritt werden die möglichen Einflussmechanismen des sozialen Hintergrundes über Boudons (1974) Annahmen zu sekundären und primären Herkunftseffekten sowie die Einflüsse des Geschlechts über Theorien zu kulturell verankerten Stereotypen zu geschlechtstypischen Tätigkeiten hergeleitet (Bischoff, 1992; Buchmann & Kriesi, 2012) (Kap. 3.2). Im dritten Schritt (Kap. 3.3) wird

der Einfluss des Ausbildungsbetriebs ausgehend von Segmentationstheorien des Arbeitsmarktes (Sengenberger, 1987) mit Auswirkungen auf die individuellen Arbeitserfahrungen und auf die nachfolgenden Entscheidungen begründet (Kalleberg, 2003). Im vierten Schritt (Kap. 3.4) wird ausgehend vom Arbeitswertmodell Ros, Schwartz & Surkiss (1999) abgeleitet, wie unterschiedliche Werteorientierungen und Kosten-Nutzenerwartungen (Esser, 1999; Wigfield & Eccles, 1992) die Entscheidung beeinflussen könnten, und inwieweit diese Faktoren auch Einflüsse des betrieblichen Hintergrunds vermitteln könnten.

3.1 Modelle zur Erklärung von Bildungsentscheidungen

Was ist gemeint, wenn von einer „Entscheidung“ gesprochen wird? Ein kurzer Blick in ein Bedeutungswörterbuch gibt bereits einen kleinen Hinweis darauf, dass Entscheidung nicht gleich Entscheidung ist, dass z.B. eine „Entscheidung“ verschiedene Funktionen erfüllen, von unterschiedlicher Verbindlichkeit sein, statisch oder prozessual betrachtet werden kann: „Entscheidung = Urteil, Entscheiden, Entschluss, Resolution, Abmachung, Einschätzung, Befehl, Wahl, Schritt“ (Dudenverlag, 2013). Auch von wissenschaftlicher Seite werden Natur und Funktion von Entscheidungen konzeptionell unterschiedlich gefasst und erforscht. Dabei geht es in der Regel um die Erklärung von Entscheidungen, die sich in beobachtbarem Verhalten äussern. Eine Bildungsentscheidung äussert sich beispielsweise durch eine Absichtserklärung oder durch ein begonnenes Studium. In verschiedenen Forschungstraditionen werden individuelle Werte und Erwartungen als erklärende Variablen von Entscheidungen ins Zentrum gerückt (z.B. Maehr & Braskamp, 1986; Eccles, 2005a, 2005b, Esser, 1999, Mortimer & Lorence, 1979). Wie diese Entscheidung erklärt werden kann, d.h. an welchen Kriterien sich die Einschätzung des Wertes und der Erfolgsaussichten orientiert und in welchen Schritten die Entscheidung vollzogen wird, ist Gegenstand sogenannter „Entscheidungsmodelle“. Die Werte- und Erwartungskonzepte in Entscheidungsmodellen folgen allerdings unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und erklären meist verschiedene Entscheidungsebenen (vertikal / horizontal). Im folgenden Kapitel werden zwei Ansätze vorgestellt, die als Grundlage für die Erklärung der hier interessierenden Bildungs- und Berufsentscheidung dienen. Dies sind auf der Theorie der rationalen Wahl basierende Modelle (vgl. Kap. 3.1.1) sowie sozialpsychologische Wert-Erwartungsmodelle (vgl. Kap. 3.1.2). Beide Ansätze sind theoretisch und empirisch gut gestützt und bieten in ihren moderneren Formen die Möglichkeit, sie miteinander zu kombinieren und für verschiedene Arten von Einflussfaktoren zu erweitern.

3.1.1 Rational Choice Modelle

Entscheidungsmodelle aus der Rational-Choice (RC) Tradition wurden Mitte des vergangenen Jahrhunderts auf der Basis ökonomischer Verhaltensmodelle entwickelt und sind auch heute eine Basis für die wissenschaftliche Erklärung von Entscheidungen (Diekmann & Voss, 2004). Die zentrale Annahme der RCT-Modelle ist, dass Entscheidungen „rational“ und „nutzenmaximierend“ getroffen

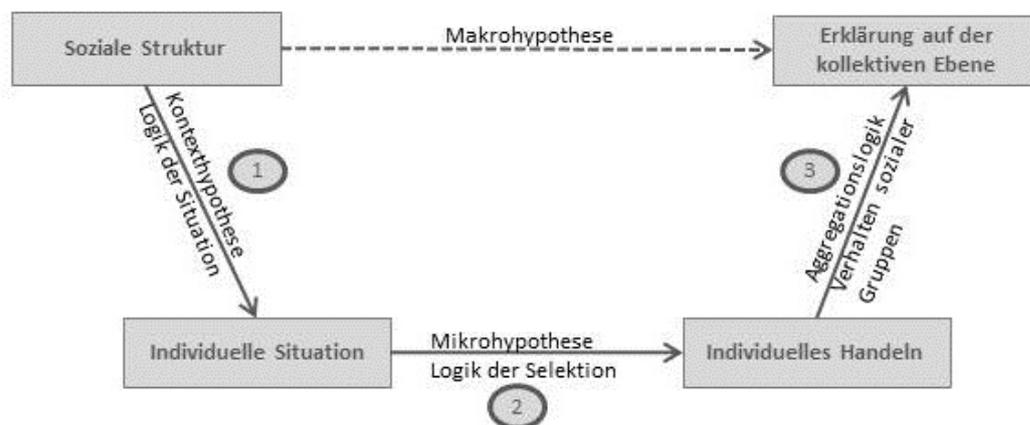
werden. Der „Nutzen“ bemisst sich aus der Relation von Aufwand und Ertrag für die Verwirklichung der eigenen Interessen (Frey, 1990). Da sowohl Aufwand als auch Ertrag in der Regel im Voraus nicht genau bestimmt werden können, wird mit Erwartungen des angestrebten Ertrages und des dafür notwendigen Aufwandes operiert. Die ersten Modelle der Rational-Choice-Theorie (RCT) basieren auf der Annahme, dass der maximale Nutzen aufgrund vollständiger Informationen nach objektiven Kriterien ermittelt und daraufhin eine rationale Entscheidung getroffen wird. Dies wurde in der Formel $N = C \text{ (Verlust)} * B \text{ (Gewinn)}$ dargelegt. Eine objektive Abwägung des maximalen Nutzens zweier verschiedener Studiengänge contra Berufstätigkeit hiesse zum Beispiel, Verlust (Kosten) und Gewinn (späterer höherer Lohn) zu vergleichen. Angenommen, Berufsqualifikation, Studiengebühren und nachfolgender Verdienst wären bei beiden Studienoptionen identisch, die Ausbildungsdauer und damit der Lohnausfall jedoch verschieden (was im hier behandelten Entscheidungskontext ein realistisches Szenario ist): Nach rationalen und humankapitaltheoretischen Annahmen (Becker, 1982) wäre zu erwarten, dass das Bildungsangebot mit der kürzeren Dauer den grösstmöglichen Nutzen verspricht, da der finanzielle Aufwand bei identischem Gewinn (gleicher Bildungsabschluss, gleicher nachfolgender Verdienst) dort geringer ist.

Die Rational-Choice-Theorien wurden breit aufgegriffen und zur Erklärung von individuellem und kollektivem Verhalten in verschiedenen Situationen von unterschiedlichen Disziplinen angewendet. Vertikale Bildungsentscheidungen nahmen dabei einen grossen Raum ein (Becker & Hecken, 2007; Stocké, 2007), aber auch Entscheidungen in anderen Lebensbereichen wie Politik, Familie oder Umweltschutz (Frey, 1990). Die Annahmen der RCT wurden dabei kritisiert. Kritikpunkt war unter anderem die Annahme der vollständig informierten Entscheidung. In der Regel liegen bei einer Entscheidung nur unvollständige Informationen vor, da die Informationsbeschaffung aufwändig, lückenhaft und die Speicherfähigkeit des menschlichen Gehirns von Informationen zudem begrenzt ist. Dies führt dazu, dass nicht eine Alternative mit dem höchstmöglichen Nutzen gesucht wird, sondern die Entscheidung getroffen wird, sobald eine Alternative mit einem hinreichend zufriedenstellenden Nutzen gefunden ist (Esser, 1999). Ausserdem ist davon auszugehen, dass Entscheidungen subjektiv und situativ variabel sind und daher nicht immer unter – objektiv betrachtet – gleichen Voraussetzungen gleich ausfallen (Lindenberg & Frey, 1993; Kahnemann & Tversky, 1979). In erweiterten Rational-Choice-Theorien wurde infolgedessen von einer sogenannten „bounded rationality“ (begrenzten Rationalität) gesprochen. Dieser Ansatz berücksichtigt subjektiv-situative Ausgangslagen für Entscheidungen, die individuelle Informationslagen, Erwartungshaltungen und Entscheidungsziele der entscheidenden Personen berücksichtigen: „Die moderne RC-Theorie geht (...) über das eingeschränkte Homo-Oeconomicus-Modell weit hinaus, insofern auch nicht-materielle Interessen, altruistische Handlungen und der Einfluss sozialer Strukturen (Institutionen, sozialer Kontext, Netzwerke, Sozialkapital) auf die Handlungsbedingungen und die häufig nichtintendierten, aggregierten Handlungsfolgen den Gegenstand der Theorie bilden“ (Diekmann & Voss, 2004, S. 13).

Rational-Choice basierte Entscheidungsmodelle haben sich von kollektiven Erklärungen in Richtung auf individuelle Erklärungsansätze verlagert bzw. beide Ansätze miteinander verbunden (vgl. das soziologische Makro-Mikro-Modell, Coleman, 1986, in. Abb. 4 übertragen auf Entscheidungssituationen).

Ausgangslage ist die Erklärung von kollektiven sozialen Entscheidungen, z.B. schichtspezifischen Bildungsentscheidungen. In Abhängigkeit von den individuellen Merkmalen einer Person und ihres sozialen Umfeldes entwickeln sich individuelle Präferenzen und Erwartungen (Kontexthypothese) (Esser, 1999). Die individuellen Präferenzen und Erwartungen widerspiegeln den „Sinn“, den die Individuen in der jeweiligen Situation wahrnehmen (1 - Logik der Situation). Auf der individuellen Ebene wiederum erfolgt nun ausgehend von der individuellen Situation die individuelle Handlung – die Bewertung und Auswahl von verfügbaren und nützlichen Alternativen (2 - Logik der Selektion). Ist die Entscheidung erfolgt, koppelt die individuelle Handlung (die Entscheidung) auf die Makroebene zurück: Die individuellen Entscheidungen können in kollektiven Verhaltens- und Entscheidungsmustern von sozialen Gruppen beobachtet und erklärt werden (3 - Logik der Aggregation).

Abbildung Nr. 4: individuelle und kollektive Erklärungen von Entscheidungen



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Individuelle Präferenzen und Erwartungen werden in den RCT-Modellen häufig inhaltlich mit den Motiven für Prestige (Statuserhalt, z.B. Esser, 1999; Breen & Goldthorpe, 1997) oder monetären Motiven (Einkommen, z.B. Becker & Lauterbach, 2010) gefüllt. Der Entscheidungsmechanismus orientiert sich beispielsweise bei einer Bildungsentscheidung am erwarteten Gewinn (Bildungsrendite, Statusgewinn durch den Abschluss), dem Wert des drohenden Statusverlustes wenn das Studium nicht absolviert würde, der Wahrscheinlichkeit des Statusverlustes, den erwarteten direkten und indirekten Kosten durch das Studium und der Erfolgswahrscheinlichkeit, abschliessen zu können. Da diese Abwägung von entgangenem Nutzen einer nicht gewählten Alternative (= Opportunitätskosten, Brunetti, 2009) und neu erreichtem Nutzen subjektiv ist und den für das Individuum geltenden

sozialen Normen unterliegt, hängt die individuelle Entscheidung eines höheren Bildungsabschlusses von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe ab und führt auf der Makroebene beispielsweise zu geschlechts- oder schichttypischen Entscheidungen (näheres dazu siehe Kapitel 3.2).

Diese Überlegungen können auch auf die Ebene des Arbeitsmarktes bzw. des Ausbildungsbetriebs übertragen werden: Innerhalb der Arbeitsumgebung eines Betriebs oder einer bestimmten Branche entwickeln sich spezifische Wertorientierungen und Erwartungen, die die Situationslogik der Entscheidungssituation bilden. Auf dieser Basis erfolgt die Bewertung der verfügbaren Alternativen und die nachfolgende Entscheidung (Logik der Selektion). Die individuellen Entscheidungen sollten wiederum in kollektiven Verhaltens- und Entscheidungsmustern von bestimmten Personengruppen aus Betrieben, Arbeitsbereichen oder Branchen beobachtet werden können. Welche Situationslogik bei welchen Betriebsmerkmalen zu erwarten ist, und wie dies die Evaluation der Alternativen und die Entscheidung beeinflussen könnte, wird in Kapitel 3.3 behandelt.

3.1.2 Sozialpsychologische Entscheidungsmodelle

Psychologische Entscheidungsmodelle fokussieren ein vermittelndes psychologisches Element zwischen externen Faktoren und Entscheidung, was im oben skizzierten Modell nicht deutlich ausgearbeitet ist: Sie stellen die kognitiven und affektiven Reaktionen der Person (Gedanken, Wahrnehmungen, Gefühle, Werte, Erwartungen) ins Zentrum und verstehen sie als Mediatoren zwischen externen, strukturellen Situationsmerkmalen und den daraus resultierenden Handlungen, die die subjektive Bedeutung der Entscheidungssituation definieren (vgl. Abb. 5).

Abbildung Nr. 5: Vereinfachtes psychologisches Entscheidungsmodell



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Der Referenzrahmen psychologischer Modelle für die Bewertung der Entscheidungssituation bzw. der Entscheidungsalternativen liegt damit in den affektiven und kognitiven Reaktionen der Personen auf externe Einflüsse und Strukturen (Wigfield & Eccles, 1992; Maehr & Braskamp, 1986; Weiner, 1986). Eccles und Kollegen entwickelten in dieser Tradition in den 80er und 90er Jahren die Theorie der „Achievement related choices“ (Meece, Parsons, Gaczala & Goff, 1982; Wigfield & Eccles, 1992). Der konzeptionelle Hintergrund dieser Theorie ist entwicklungspsychologisch und fusst auf Basistheorien zur Erklärung von Leistungsmotivation und Leistungsverhalten aus den 1950er und 60er Jahren. Sie beinhaltet zentrale Konzepte aus der kognitiven Motivationspsychologie (Atkinson, 1957,

Bandura, 1979; Battle, 1957; Deci & Ryan, 2000; Feather, 1988; Weiner, 1986), die um situative, soziale und gesellschaftliche Komponenten für die Erklärung von Bildungsentscheidungen erweitert werden („influence of socializers“, Wigfield & Eccles, 1992). Zentrale direkte Determinanten der Entscheidung sind in diesem Modell der subjektive relative Wert und die Erwartung eines Erfolges, die den verschiedenen Alternativen zugeschrieben werden. Dabei liegt ein starker Akzent auf aufgabenbezogenen Werten, den so genannten „subjective task values“, im Zusammenspiel mit subjektiv wahrgenommenen Kosten der Entscheidung, den so genannten „perceived costs“. Letztere sind im Sinne erwarteter emotionaler, psychologischer oder materieller Opportunitätskosten zu verstehen, da eine Entscheidung für das eine in der Regel auch Verzicht auf etwas anderes bedeutet, und der Verzicht umso höher wahrgenommen wird, je bedeutsamer die verschiedenen Entscheidungsoptionen für das Individuum sind (Wigfield & Eccles, 1992). Hier findet sich eine direkte Parallele zum ökonomischen Konzept der Opportunitätskosten, indem die Abwägung von entgangenem Nutzen einer nicht gewählten Alternative vor allem in Bezug auf emotionale und psychologische Aspekte angelegt wird (Näheres dazu siehe Kap. 3.4).

Die Ausprägungen der Wert- und Kostenkomponenten werden als Resultat eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Hintergrundeinflüsse (soziales Umfeld) und individueller Merkmale (Alter, Geschlecht, Fähigkeiten) angesehen. In diesem Wirkungsgeflecht wird den subjektiven Werten und Kosten- bzw. Erfolgserwartungen eine Vermittlerrolle zwischen früheren Sozialisations- und Leistungserfahrungen und der Bildungs- und Berufsentscheidung zugeordnet (Eccles, 1994): Die kulturelle und soziale Prägung durch das Umfeld (geschlechts- oder schichtspezifische soziale Erwartungen und Überzeugungen der Bezugspersonen) wirken sich auf die subjektive Kompetenzwahrnehmung, Selbstbild und Lebensziele von Individuen aus. Diese wiederum führen zu davon gesteuerten Bewertungen von Entscheidungsalternativen, d.h. den gleichen Optionen werden – beispielsweise abhängig vom Geschlecht oder der sozialen Schicht – unterschiedliche Werte und Erwartungen zugeschrieben.

Diese Überlegungen können wie auch die RCT-basierten Modelle auf die Ebene des Arbeitsmarktes bzw. des Ausbildungsbetriebs übertragen werden: Hier kann der Betrieb als Hintergrundeinfluss angesehen werden, der durch seine strukturellen und kulturellen Bedingungen die subjektive Kompetenzwahrnehmung, Selbstbild und Lebensziele der Mitarbeitenden im Betrieb beeinflusst. Dies sollte zu verschiedenen subjektiven Bewertungen und Emotionen gegenüber einer Entscheidungsoption im Vergleich zu anderen Optionen und zu unterschiedlichen Entscheidungen führen. Welche subjektiven Bewertungen durch den Hintergrund des Ausbildungsbetriebs entstehen könnten, wird in Kapitel 3.3 behandelt.

Zusammenfassend ist für diesen ersten Einblick in entscheidungstheoretische Modelle festzuhalten, dass sie individuelle Werte und Kosten-/Nutzenerwartungen im Zusammenspiel mit individuellen

Personenmerkmalen wie Geschlecht und Bildungsstand und mit dem sozialen (familiären sowie betrieblichem) Kontext betrachten und dabei direkte und indirekte Einflüsse auf Bildungs- und Berufsentscheidungen postulieren. Hier werden je nach Wissenschaftsdisziplin unterschiedliche Schwerpunkte gelegt und insbesondere die Wert- und Erwartungskonzepte inhaltlich völlig verschieden gefüllt, indem einerseits Status- oder monetäre Motive und andererseits inhaltliche, an der Aufgabe selbst orientierte Motive im Vordergrund stehen.

3.2 Soziale Herkunft und Geschlecht als Entscheidungsdeterminanten

In modernen Entscheidungsmodellen sind soziale Einflüsse wie die Schicht- und die Geschlechtszugehörigkeit wichtige Komponenten, deren Einfluss teilweise über für soziale Gruppen typische Lebensentwürfe, Werte und Präferenzen vermittelt wird (vgl. Kap. 3.1). Das folgende Kapitel begründet nun den möglichen Einfluss des sozioökonomischen Hintergrunds und des Geschlechts auf die hier interessierende Berufs- und Bildungsentscheidung (vgl. Abb. 4, S. 26). Zu Beginn werden der theoretische Hintergrund und der aktuelle Forschungsstand skizziert, um diese danach auf die Entscheidungssituation anzuwenden und Hypothesen abzuleiten.

3.2.1 Soziale Herkunft

Die Bedeutung der sozialen Herkunft für Bildungschancen und Bildungserfolg spielt in der Forschung seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine zentrale Rolle. Obwohl sich das Bildungsniveau der Bevölkerung seither stark erhöht hat, sind die Mechanismen, mit denen soziale Ungleichheit entsteht und reproduziert wird, grundsätzlich gleich geblieben und sind heute bei der Bildungsbeteiligung in der höheren Bildung zu beobachten (Becker & Müller, 2011). Die Einflüsse durch die soziale Herkunft werden häufig nach Boudon (1974) mit primären und sekundären Herkunftseffekten erklärt. Die unterschiedlichen Ressourcen der Herkunftsfamilien wirken sich einerseits direkt auf die Schulleistungen und damit auf die Erfolgswahrscheinlichkeiten für die höhere Bildung aus (primärer Herkunftseffekt). Kinder aus sogenannten bildungsnahen Familien erhalten aufgrund der grösseren finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen ihrer Eltern einen Wissensvorsprung und bessere Lernbedingungen, was sich in besseren Schulleistungen ausdrückt. Die besseren Schulleistungen erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit, in entsprechende Bildungsgänge mit höheren Anforderungen an die Leistungsfähigkeit zu gehen. Primäre Herkunftseffekte sind daher mit (subjektiv) rationalen Kosten- und Nutzenabwägungen zu erklären. Der Mechanismus verläuft gemäss dieser Annahmen wie folgt: Personen haben aufgrund der besseren Ressourcen und Unterstützung durch ihre Herkunftsfamilien eine höhere schulische Leistungsfähigkeit. In der Folge schätzen sie ihre Erfolgswahrscheinlichkeiten für einen Bildungsabschluss im Vergleich zu Personen mit schlechteren Leistungen als höher ein, ebenso erwarten sie einen geringeren Lernaufwand, um das Bildungsziel zu erreichen. Infolgedessen wählen sie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine höhere Bildung (Becker & Lauterbach, 2010).

Allerdings können diese subjektiv rationalen Entscheidungen auch bei gleichen Leistungen und Fähigkeiten unterschiedlich ausfallen: Die sogenannten sekundären Herkunftseffekte bezeichnen weiter auftretende schichtspezifische Entscheidungen, auch wenn gleiche schulische Leistungen vorliegen. Der dahinter liegende Mechanismus wird theoretisch wie folgt angenommen: Menschen aus einem sogenannten „bildungsfernen“ sozialem Umfeld neigen aufgrund ihrer bisherigen Bildungserfahrungen und Sozialisation dazu, erstens ihre Erfolgswahrscheinlichkeiten für einen anspruchsvollen Bildungsabschluss als tiefer zu bewerten, zweitens den Aufwand für einen höheren Bildungsabschluss als höher einzustufen, und darüber hinaus drittens einen höheren Bildungsabschluss als weniger nützlich und gewinnbringend zu bewerten als Personen aus einem sozialem Umfeld mit höherem Bildungsniveau (Boudon, 1974). Je höher die Bildungsabschlüsse der Familie und Bezugspersonen, desto grösser ist demzufolge der Gewinn, den eine Person durch einen höheren Bildungsabschluss erwartet (Anerkennung, Prestige). Je vertrauter die „Bildungswelt“ für eine Person durch ihr Umfeld ist, umso realistischer können Erfolgchancen und Aufwand eingeschätzt werden; je besser die sozialen Netzwerke in die Bildung und Arbeitswelt sind, umso höher sind die Aussichten auf einen Studienplatz und spätere gute Positionierung in der Arbeitswelt. Diese Abwägungen führen zu Gewinn- und Kostenerwartungen, die je nach sozialem Umfeld unterschiedlich ausfallen und die letztendlich auch bei gleichen schulischen Leistungen zu schichtabhängigen Entscheidungen führen.

3.2.2 *Forschungsstand und Hypothesen*

Die Forschung zur Ursache der fortbestehenden Bildungsungleichheit der letzten Jahre untersucht vor allem die oben beschriebenen primären und sekundären Herkunftseffekte beim ersten Übergang nach der Primarschule, im Übergang nach der obligatorischen Schule in die Allgemeinbildung und später an die Universität (Becker & Lauterbach, 2010; Müller & Pollak, 2010; Bergman et al., 2011). Trotz steigender Bildungsbeteiligung der tieferen sozialen Schichten setzen sich Bildungsungleichheiten heute vor allem im Hochschulzugang fort: Sie manifestieren sich beispielsweise bei Schülerinnen und Schülern aus tieferen sozialen Schichten mit Gymnasialabschluss in einer tieferen Übergangsquote in den Hochschulbereich (Müller & Pollack, 2010), oder in der tieferen Übergangsquote von Berufsmaturandinnen und -maturanden aus tieferen Schichten in den Hochschulbereich (Schumann, 2011). Schmid & Gonon (2011) beobachteten Einflüsse der Lesekompetenzen und des familiären Bildungshintergrund auf den Übergang in die berufliche Tertiärstufe. Noch wenig untersucht ist, inwieweit sich primäre und sekundäre Herkunftseffekte auch innerhalb der dualen Berufsbildung manifestieren. Für Gesundheitsberufe liegen nach aktuellem Stand der Recherche noch gar keine Resultate vor. Vor diesem Hintergrund wäre zu prüfen, inwieweit beim Übergang in die Tertiärstufe Gesundheit Bildungs- und Berufsentscheidungen getroffen werden, die den oben beschriebenen schichtspezifischen Kosten-Nutzen-Abwägungen unterliegen.

Beim Übergang in die höhere Bildung sind zusätzlich die wahrscheinlichen Folgewirkungen von früheren Bildungsentscheidungen auf die aktuellen Bildungs- und Berufsentscheidungen im Erwachsenenalter zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass sich beispielsweise ein tiefes Niveau des Schulabschlusses der Sekundarstufe I negativ auf die nachfolgende Bildungs- und Berufswahl auswirken kann, indem diese Absolvierenden bei gleichen Leistungen seltener ein Gymnasium oder eine anspruchsvolle Berufsausbildung als Absolvierende höherer Schulen ergreifen. Die genauen Mechanismen solcher „kumulativen“ Effekten sind noch nicht erforscht. Es ist davon auszugehen, dass sie primären und sekundären Herkunftseffekten unterliegen und zudem auch systembedingt sein können, indem über Selektionsmechanismen aufgrund früherer Bildungs- und Leistungsausweise der Zugang zur höheren Bildung gesteuert wird (Müller & Pollack, 2010; Schumann, 2011).

Folgende Hypothese wird zum direkten Einfluss von Schulbildung und sozialem Hintergrund auf die Tertiärentscheidung (vertikale Bildungsentscheidung, Tertiärstufe ja/nein) getestet:

H A1: *Je höher der soziale Status des Elternhauses, die schulische Vorbildung und die Leistungen der Lernenden, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Studium auf der Tertiärstufe anstatt der Erwerbstätigkeit im Beruf FaGe (oder einer anderen, nicht-tertiären Option) zu wählen.*

Zudem ist anzunehmen, dass sich die Struktur der beruflichen Tertiärstufe Gesundheit, bzw. die verfügbaren Angebote (zwei Angebotsformen Tertiär A und Tertiär B mit unterschiedlichen Selektionsprinzipien) auf die Bildungsentscheidungen auswirken, und dass die primären und sekundären Herkunftseffekte umso stärker hervortreten, je höher die Zugangsvoraussetzungen sind und je mehr Ressourcen für die Bildung investiert werden müssen. Dies ist bei der Tertiärstufe A – Fachhochschule – mit der Anforderung der Berufsmaturität im Vergleich zur Höheren Fachschule der Fall (vgl. Abb. 1, S. 17). Die Entscheidung für Tertiär A und B ist jedoch keine reine Bildungsentscheidung, da auf der Tertiärstufe B die Pflegestudiengänge dominieren, während die Wahl „Tertiär A Gesundheit“ im stärkeren Umfang andere Studiengänge als Pflege, wie Physiotherapie und Ernährungsberatung, umfasst. Gerade diese Berufe können durch ihre im Vergleich zur Pflege eigenständigere Tätigkeit (Abrechenbarkeit von Leistungen, stärkere Unabhängigkeit von ärztlichen Verordnungen) einen höheren beruflichen Status repräsentieren. Daher ist zu überprüfen, ob das von der Pflege dominierte nicht hochschulische Studienangebot an der höheren Fachschule eher Personen aus tieferen Bildungsschichten anzieht, während die stärker selektiven hochschulischen Studienangebote an der Fachhochschule auch bei gleichen Leistungen häufiger von Personen aus bildungsnahen, gut gestellten Familien gewählt werden.

H A2: *Je höher der soziale Status des Elternhauses und die schulische Vorbildung und Leistungen der Lernenden, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Bachelorstudium Gesundheit (Tertiär A) anstatt eines Pflegestudiums (v.a. Tertiär B) zu wählen.*

3.2.3 *Geschlecht*

In westlichen Ländern besteht eine starke geschlechtsspezifische berufliche Segregation. Dies bedeutet, dass junge Frauen und Männer größtenteils unterschiedliche Berufe wählen. Dafür gibt es sowohl strukturelle, institutionelle als auch individuelle Ursachen. In Ländern wie der Schweiz, deren duales Ausbildungssystem stark stratifiziert und zudem mit früher Berufswahl nach neun Pflichtschuljahren verbunden ist, ist die berufliche Segregation besonders ausgeprägt. Dies ist auch damit zu erklären, dass die Berufswahlphase zeitlich mit der Pubertät und der Geschlechtsfindung zusammen fällt, was geschlechtsuntypische Berufsentscheidungen erschwert (Buchmann & Kriesi, 2012). Welche Fähigkeiten und Eigenschaften als typisch weiblich oder männlich angesehen werden, resultiert aus kulturell verankerten Stereotypen (Buchmann & Kriesi, 2012): Typisch weibliche Berufe werden eher mit Fürsorglichkeit sowie sozialen und kommunikativen Kompetenzen verknüpft (Rabe-Kleberg, 1987; Schippers, 2007), mit Hilfsbereitschaft, Einfühlungsvermögen und mit hausarbeitsnahen manuellen Fertigkeiten. Bei typischen Frauentätigkeiten der Mittelschicht kommen intellektuelle und sprachliche Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zu sorgfältigem Arbeiten hinzu. Typische Frauenberufe sind infolgedessen traditionelle haushaltsnahe Berufe sowie modernere, dienstleistungsorientierte Administrations- oder Verwaltungsberufe (Leidner, 1999 in Buchmann & Kriesi, 2012). Typisch männliche Fähigkeiten werden dagegen in den unteren Bildungsschichten mit manuellen physischen Fähigkeiten, in den höheren Bildungsschichten mit intellektuellen und analytischen Leistungen assoziiert (Schippers, 2007).

3.2.4 *Forschungsstand und Hypothesen*

Diese Geschlechtsstereotype lassen sich auf die berufliche Segregation der Gesundheits- und Pflegeberufe übertragen: Das historische Bild des männlichen „Krankenwärters“ zeigt aus der Unterschicht stammende, wenig ausgebildete Männer, die dank ihrer Physis vor allem in psychiatrischen Einrichtungen zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt wurden (Steppe, 2000a). Das historische Bild der weiblichen „Krankenpflegerin“ entstammt der christlich geprägten unentgeltlichen Fürsorge und Krankenpflege in Ordensinstitutionen. Im 19. Jahrhundert war es für bürgerliche unverheiratete Frauen aus der Mittelschicht die einzige Möglichkeit, eine Berufstätigkeit auszuüben, ohne gesellschaftlich geächtet zu werden („höherer-Töchter Beruf“, Bischoff, 1992). Das dort vorherrschende Frauenbild verkörperte Dienen, Opfertum, Emotionalität, Selbstlosigkeit und Gehorsam; der Mann hingegen Rationalität, Stärke, Selbstbewusstsein und absolute Entscheidungsgewalt (Steppe, 2000a). Aus diesen historischen Wurzeln erwuchs eine ausgeprägte hierarchische Unterstellung unter den intellektuellen, gut gebildeten „Arzt“ als typisch männlichen Beruf der Oberschicht. Obwohl die historischen Berufsbilder in Europa und den deutschsprachigen Ländern im Berufsalltag in dieser Schärfe längst überholt sind, prägen die Geschlechtsstereotype auch heute noch die gesellschaftliche Diskussion über den Status der Pflege-

und Gesundheitsberufe (Hemsley-Brown & Foskett, 1999; Cohen, Palumbo, Rambur & Mongeon, 2004). Zudem ist das professionelle Selbstverständnis der Pflege bei den pflegerischen Assistenzberufen stärker dem traditionellen Berufsverständnis verhaftet als bei höher ausgebildeten Pflegenden (Weis & Schank, 2000). Die berufliche Entscheidung für einen Pflege- und Gesundheitsberuf auf der Tertiärstufe kann daher stark über geschlechtsspezifische Rollenstereotype bestimmt sein, die bei den Lernenden FaGe zumindest teilweise noch fortbestehen könnten.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass innerhalb der Berufe eine fortgesetzte Segregation stattfindet, indem sich Männer in Frauenberufen eher in „Männernischen“ wiederfinden (Maihofer et al., 2013), und umgekehrt. Darauf weisen auch ältere Bildungsstatistiken des Schweizerischen Roten Kreuzes hin, die einen höheren Männeranteil in den Domänen der Pflege ausweisen, die eine weitere höhere Bildung (Nachdiplomstudium HF) erfordern, oder die technischer ausgerichtet sind, wie beispielsweise die Anästhesiepflege (SRK, 2000). Dasselbe trifft für Führungspositionen zu (ebd.). Dieser Mechanismus von Geschlechtsstereotypen für höhere Funktionen innerhalb eines Berufsfelds kann zusätzlich mit humankapitaltheoretischen Kosten-Nutzen-Überlegungen bei Bildungsentscheidungen (Becker, 1982) erklärt werden: Die diesbezügliche Forschung zeigt, dass Frauen häufiger Erwerbstätigkeitsunterbrüche und reduzierte Arbeitspensen aufweisen, insbesondere im Zusammenhang mit einer Familienphase. Dies kann zu einer tieferen „Bildungsrendite“ führen, was bedeutet, dass sich für Frauen die Investitionen in weitere Bildungsabschlüsse aufgrund der zu erwartenden Einkommenseinbussen durch die unterbrochene und reduzierte Arbeitszeit weniger lohnt als für Männer. Infolgedessen – so die theoretische Erklärung – verzichten Frauen eher auf höhere Bildung. Diese individuelle prospektive Kalkulation von Bildungsaufwand und -ertrag konnte zwar in der bisherigen Forschung nicht klar als Einflussmechanismus bei Bildungsentscheidungen bestätigt werden. Trotzdem ist von Sozialisationseinflüssen auszugehen, die über geschlechtstypische Lebensentwürfe und Gewichtung von Karriere und Bildung in Relation zur Familie zu einem Verzicht von Frauen auf höhere Bildung führen können (Achatz, 2008).

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit sich nach der ersten Berufsentscheidung für einen stark weiblich besetzten Grundbildungsberuf an der zweiten Schwelle geschlechtstypische Entscheidungen fortsetzen. Dies könnte sich beispielsweise zeigen, indem Frauen bei gleichen Leistungen seltener eine Tertiärbildung Gesundheit wählen als Männer, respektive, wenn sie eine solche wählen, dann den traditionellen nicht-akademischen Weg in den ebenfalls stark weiblichen besetzten höheren Pflegeberuf. Und umgekehrt, ob Männer bei ihrer Berufs- und Bildungsentscheidung an der zweiten Schwelle dem Stereotyp des intellektuellen Mannes folgend bei gleichen Leistungen häufiger eine akademische Bildung wählen, die dem Rollenbild des intellektuellen, analytischen Mannes entspricht. Wenn die Hauptoption „Pflege“ als ein typischer Frauenberuf wahrgenommen wird, der überwiegend

über eine nicht hochschulische Ausbildung erlernt wird und gesetzlich dem Arzt unterstellt ist³ und wenn FaGe-Absolventinnen und Absolventen einem Geschlechtsstereotyp folgen, dann sollte dies die von Frauen bevorzugte Wahl sein. Andere Schweizer Gesundheitsberufe wiederum sind einheitlich auf Fachhochschulstufe angesiedelt, verbuchen einen höheren Männeranteil oder können Dienstleistungen selbständig abrechnen, und repräsentieren dadurch in der öffentlichen Wahrnehmung selbständigere Berufsrollen im Versorgungsteam (z.B. Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, vgl. SRK, 2000). Zudem eröffnen die Fachhochschulabschlüsse nach dem Bachelorabschluss die Perspektive für Masterabschlüsse und (voraussichtlich) Doktorate. Infolgedessen sollten diese Berufe die von Männern – auch bei gleichen Leistungen – bevorzugte Wahl sein. Folgende Hypothesen zum direkten Einfluss des Geschlechtes werden getestet:

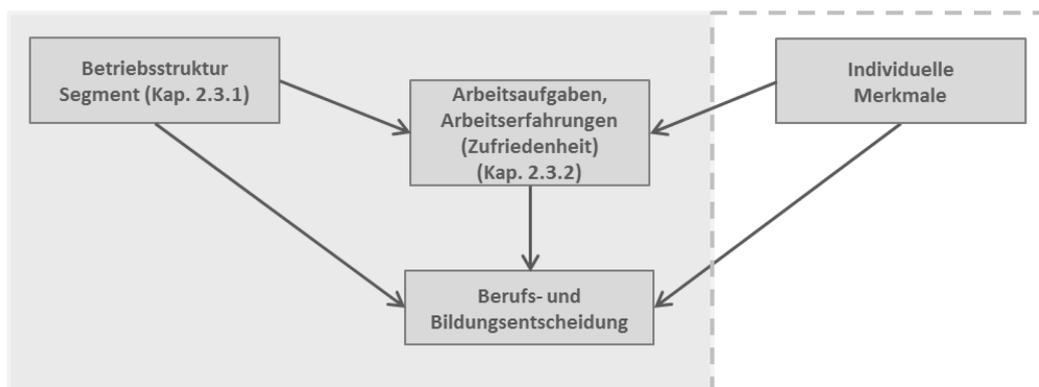
- H A3: *Männer wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Frauen ein Studium auf der Tertiärstufe anstelle der Erwerbstätigkeit im Beruf FaGe (oder einer anderen nicht-tertiären Option)*
- H A4: *Männer wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Frauen ein Bachelorstudium Gesundheit (Tertiär A) anstelle eines Pflegestudiums (v.a. Tertiär B).*

3.3 Betriebliche Merkmale und Arbeitsumgebungsqualität als Entscheidungsdeterminanten

Das folgende Kapitel behandelt den Einfluss des Ausbildungsbetriebs auf die Berufs- und Bildungsentscheidung, was im Entscheidungsmodell dieser Arbeit eine zentrale Einflussursache neben den individuellen sozialen Einflussfaktoren darstellt (vgl. Abb. 4, S. 26). Zum Einfluss des Betriebes und der Arbeitsumgebung auf individuelle Berufslaufbahnen existieren umfangreiche Erkenntnisse. Dabei werden Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen verortet: Zum einen die institutionelle Ebene mit strukturellen Merkmalen der Betriebe (z.B. Kalleberg, 2003; Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2009), zum zweiten die individuelle Ebene mit individuellen Wahrnehmungen der Arbeitsumgebung und Arbeitsaufgaben, die sich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken (z.B. Maehr & Braskamp, 1986; Kalleberg, 1977), zum dritten auch auf der Mesoebene, beispielsweise der Abteilung, mit Faktoren wie Teamkultur oder Teamperformance (Roulin, Mayor & Bangerter, 2014). Dies bedeutet, dass Erwerbs- und Bildungsverläufe nicht allein individuellen Merkmalen, Einstellungen und Fähigkeiten unterliegen, sondern über die Strukturen des Arbeitsmarktes gefördert oder behindert werden können (Heinz, 1995), die direkt oder indirekt über die Arbeitsumgebung und Arbeitszufriedenheit auf die Entscheidungen Einfluss nehmen (vgl. Abb. 6, S. 35).

³ Vgl. auch die aktuellen parlamentarischen Initiativen zur gesetzlichen Anerkennung pflegerischer Leistungen unabhängig von ärztlichen Verordnungen (SBK, 2015; Initiative Joder)

Abbildung Nr. 6: Schematische Darstellung der betrieblichen Einflussfaktoren auf die Entscheidung



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Im Folgenden werden die skizzierten Zusammenhänge zunächst für den Einfluss der Arbeitsumgebung im Allgemeinen dargestellt und anschliessend für den Teilarbeitsmarkt Gesundheit präzisiert.

3.3.1 Arbeitsmarktsegmente und Arbeitsumgebung

Segmentationstheorien gehen von der Annahme aus, dass der Arbeitsmarkt segmentiert, das heisst, in Teilarbeitsmärkte unterteilt ist (z.B. Averitt, 1968). Über Charakter und Anzahl der Arbeitsmarktsegmente bestehen verschiedene Theorien (z.B. Edwards, 1981; Sengenberger, 1987). Zentral ist aber die Annahme, dass strukturelle Merkmale eines Teilarbeitsmarktes und seiner Betriebe, wie Ressourcenausstattung, Technologisierung, Qualifikations- und Lohnniveau (Averitt, 1968; Sengenberger, 1987) stark variieren können und zu unterschiedlichen Arbeitsbedingungen, Arbeitsaufgaben, Teambzusammensetzungen und Organisationsformen des Arbeitsprozesses für die Arbeitskräfte führen (Baron & Bielby, 1980). Die unterschiedlichen Bedingungen, wie unterschiedliche Beschäftigungsmöglichkeiten, Verdienstmöglichkeiten, Arbeitstätigkeiten, Qualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten können wiederum die Mikroebene – die individuelle Arbeitsaufgabenqualität und Arbeitszufriedenheit – massgeblich beeinflussen (Kalleberg, 2003).

Diese theoretischen Überlegungen können auf das Gesundheitswesen übertragen und mit einschlägigen Forschungsergebnissen unterlegt werden. Im Schweizer Arbeitsmarkt des Gesundheitswesens sind zwei grosse Segmente zu identifizieren: Institutionen der Akutversorgung und der Langzeitversorgung, oder konkret „Akutkrankenhäuser“ und „Pflegeheime“⁴. Zum einen unterscheidet sich die Betriebsgrösse dieser beiden Segmente: Betriebe der (Schweizer) stationären Langzeitversorgung umfassen im Durchschnitt etwa 60 Betten (BFS, 2014b), in der stationären Akutversorgung (ohne Spezialkliniken) 217 Betten (BFS, 2013b). Insgesamt sind letztere im

⁴ Die Arbeit wird auf die beiden grossen Versorgungsbereiche der Langzeitpflege (Pflegeheime) sowie der Akutkrankenhäuser konzentriert, da diese auch den grössten Teil (80 %) der Ausbildungsbetriebe darstellen (Trede & Schweri, 2012).

Vergleich zu ersteren mit höheren finanziellen und personellen Ressourcen und besseren Karrieremöglichkeiten für das Personal ausgestattet (Stevens, 2011; Jaccard et al., 2009). Insbesondere die Akutkrankenhäuser verzeichnen ein höheres Qualifikationsniveau ihrer Mitarbeitenden (Jaccard et al., 2009): Der Anteil des tertiär gebildeten Personals ohne Ärzte beträgt im Akutkrankenhaus knapp 60 %, in der Langzeitversorgung etwa 30 % (Jaccard et al., 2009; Zuniga et al., 2013). Hinzu kommt, dass das durchschnittliche Lohnniveau des Pflegepersonals in der Akutversorgung tendenziell höher als in der Langzeitversorgung liegt, was zum Teil mit der grösseren Mitarbeiter- und Bettenzahl, dem Ausmass der Personalverantwortung und Spezialisierungsgrad zu erklären ist, aber auch beim basisqualifizierten Pflegepersonal sichtbar wird (Künzi & Schär Moser, 2002). Darüber hinaus ist zu erwarten, dass aufgrund der höheren Betriebsgrösse und Anzahl der den Akutkrankenhäusern auch ausgeprägter horizontale und vor allem vertikale berufliche Bewegungen innerhalb der Institution möglich sind, und daher segmentspezifische Karrieremuster bestehen sollten (z.B. White, 1970a, 1970b; Preisendörfer, 1987). Dies bedeutet, dass stärker hierarchisch strukturierte Organisationen mit einer höheren Vielfalt vertretener Berufe und Qualifikationsniveaus den Lernenden einen umfassenderen Eindruck von und erleichterten Zugang zu den möglichen Berufskarrieren im Gesundheitswesen eröffnen können. Infolgedessen sollten die Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten in der Akutversorgung ausgeprägter vorhanden sein, als in der Langzeitversorgung mit weniger beteiligten Berufsgruppen auf tieferem Bildungsniveau. Übertragen auf die duale Grundbildung wäre wiederum anzunehmen, dass Akutkrankenhäuser auch Lernende anziehen bzw. selektieren, die selbst zu einer höheren Bildung tendieren und die höheren Bildungsvoraussetzungen wie beispielsweise eine entsprechend höhere Schulbildung mitbringen als Lernende in Pflegeheimen.

3.3.2 *Arbeitsaufgaben und Arbeitsumgebung*

In der Literatur wird insbesondere die Arbeitszufriedenheit als wichtiger vermittelnder Faktor zwischen strukturellen Merkmalen und einem Berufs- oder Betriebswechsel beschrieben (z.B. Kalleberg, 2003; Hayes et al., 2006a, 2012). Bisherige Forschungen zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit in erster Linie von betrieblichen Arbeitsbedingungen abhängt (Hackman und Oldham, 1976; Mortimer und Lorence, 1995; Kalleberg und Griffin, 1978). Auch im Pflegebereich kann über 40 % der Varianz der Arbeitszufriedenheit mit betrieblich-kulturellen Merkmalen erklärt werden (Kovner, Brewer, Wu, Cheng & Suzuki; 2006). Es hat sich gezeigt, dass sozialen und fachlichen Aspekten, wie beispielsweise interessanten und autonomen Tätigkeiten sowie positiven Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz, ein grösseres Gewicht zukommt als extrinsischen Aspekten in Form von Lohn oder Status (siehe z.B. Baron und Pfeffer 1994; Kalleberg und Griffin 1978). Forschungsergebnisse zu Auszubildenden der dualen Grundbildung in der Schweiz bestätigen diese Resultate und zeigen, dass Jugendliche in einer dualen Grundausbildung, deren betriebliches Umfeld

viel Handlungsspielraum und kompetente Ausbilder bietet und die in einem sozial unterstützenden und guten Arbeitsklima lernen, mit ihrer Ausbildung zufriedener sind (Stalder, 2003; Neuenschwander, Frey & Gasser, 2007). Entwicklungs- und organisationspsychologische Modelle gehen ausserdem davon aus, dass Arbeitsaufgaben dann wertvoll und entwicklungsfördernd sind, wenn sie vielfältig und herausfordernd sind, eigenverantwortlich durchgeführt werden können und darauf angelegt sind, Feedback zur eigenen Leistung und zum Erfolg zu liefern (z.B. Maehr & Braskamp, 1986; Hacker, 1998). Bei Vorliegen dieser Eigenschaften werden positive Auswirkungen auf Handeln und Befindlichkeit der Personen erwartet, wie höhere Leistungsfähigkeit, geringere Stressanfälligkeit, bessere Gesundheit (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995; Semmer & Mohr, 2001) und höhere Arbeitszufriedenheit (Lopes, Lagoa & Calapez, 2014; Mortimer & Lorence, 1995; Hackman & Oldham, 1976). Im Ausbildungskontext erhalten diese Aufgabencharakteristika eine weitere wichtige berufspädagogische Dimension, da eine lernfördernde Gestaltung der betrieblichen Lernumgebung zum Erreichen beruflicher Handlungskompetenz als notwendig angesehen wird (Zimmermann, Müller & Wild, 1994).

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass Wirkungsmechanismen der betrieblichen Einflüsse auf der Struktur- und auf der individuellen Ebene für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit zentral sind: Sowohl strukturelle betriebliche Merkmale als auch Charakteristika von Arbeitsaufgaben im Ausbildungsbetrieb können direkt und indirekt auf die Berufs- und Bildungsentscheidung der Lernenden FaGe einwirken.

3.3.3 *Forschungsstand und Hypothesen*

Insgesamt ist die pflege- und gesundheitswissenschaftliche Literatur zum Einfluss von Betriebsstrukturen, Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben auf sogenannte „nurse outcomes“ wie Zufriedenheit und Berufs- und Jobwechsel seit Jahren konsistent (Hayes et al., 2006a, 2012): So stellt ein jüngeres Review der Arbeitszufriedenheitsliteratur in der akuten stationären Pflege fest: ”Despite varying levels of job satisfaction across studies, sources and effects of job satisfaction were similar. Hospital nurse job satisfaction is closely related to working conditions and the organizational environment, job stress, role conflict and ambiguity, role perception and role content, organizational and professional commitment“ (Lu, Barriball, Zhang & While, 2012, S. 1018). Die Wechselabsichten oder erfolgten Wechsel, im Englischen unter dem Begriff „nursing turnover“ zusammengefasst, richten sich dabei sowohl auf Betriebs- als auch auf Berufswechsel. Dabei ist zu berücksichtigen, dass tiefe Arbeitszufriedenheit zwar direkt zu Wechselabsichten führen kann, aber nicht immer in realisierten Berufs- oder Jobwechseln resultiert, da letztere mit weiteren Faktoren wie der Arbeitsmarktsituation oder der familiären Situation zusammen hängen (Cho, Lee, Mark & Yun, 2012; Castle, Engberg, Anderson & Men 2007). Wechselabsichten oder vollzogene Wechsel von Pflegepersonal werden in der oben genannten Literatur überwiegend negativ bewertet und aus betrieblicher Perspektive des

Personalverlustes begründet. Aus individueller Optik können sie auch positiv bewertet werden, wenn beispielweise ein Wechsel in die höhere Bildung neue Berufsperspektiven eröffnet (Lindsay & Knox, 1984). Doch auch für Betriebe im Gesundheitswesen wird ein mittlerer Anteil an Fluktuation als positiv bewertet (Brannon, Zinn, Mor & Davis, 2002).

Die oben genannte Literatur bezieht sich vor allem auf Institutionen der Akutversorgung und fast ausschliesslich auf diplomierte Pflegende (bzw. Registered Nurses). Informationen über auf einem tieferen Niveau ausgebildete Pflegende – in der angloamerikanischen Literatur häufig nursing aides, nursing assistants (vgl. Kap. 2.4) – sind dagegen eher für Pflegeheime zu finden. Sie bestätigen aber im Wesentlichen die aus der Akutversorgung bekannten Zusammenhänge. Castle & Engberg (2006) belegten in einer grossen längsschnittlichen Sekundäranalyse den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Wechselabsichten bzw. realisierten Wechseln von pflegerischem Assistenzpersonal in Pflegeheimen. Eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeitsquantität, Arbeitsinhalten, Lohn, Pflegequalität und insbesondere mit Weiterbildung und Unterstützung am Arbeitsplatz reduzierten die Wahrscheinlichkeit für einen Jobwechsel signifikant (bei Kontrolle aller anderen Einflussfaktoren). Organisatorische Merkmale zeigten hingegen in dieser Studie keinen Einfluss. In einer früheren Studie (Castle & Engberg, 2006) verglichen die Autoren die vollzogenen Wechsel innerhalb eines Jahres von Pflegepersonal verschiedener Ausbildungsstufen, wobei das Assistenzpersonal die höchsten, die tertiär ausgebildeten Pflegefachpersonen die tiefsten Wechselraten in Pflegeheimen zeigten. Tourangeau, Cranley, Spence Laschninger & Pachis (2010) fanden in einer Befragung Pflegenden verschiedener Bildungsstufen in 26 kanadischen Pflegeheimen ebenfalls einen hohen Zusammenhang zwischen Arbeitsgruppenbeziehungen, emotionaler Erschöpfung und individuellen Leistungen mit Wechselabsichten und vollzogenen Wechseln. Die strukturellen Einflussfaktoren wurden für alle drei Gruppen gleich beschrieben: Tiefere Stellenprozente, tiefere Pflegequalität, Profitunternehmen und höhere Bettenanzahl waren assoziiert mit höheren Wechselraten. Brannon et al. (2002) wiesen aufgrund ihrer Untersuchung von Berufs- und Jobwechseln von Assistenzpersonal in Pflegeheimen darauf hin, dass sich die Einflüsse auf sehr hohe oder sehr tiefe Wechselraten unterscheiden, und dass weitere Studien zu dieser Thematik notwendig sind.

Die Recherche erbrachte keine Studie, die die Wahrnehmung der Arbeitsumgebung und damit zusammenhängende Bildungs- und Berufsentscheidungen beider Arbeitsmarktsegmente im Vergleich betrachtet: Van den Berg, Landeweerd, Tummers & van Merode (2006) beobachteten signifikante Unterschiede im Akutkrankenhaus oder Pflegeheim im Zusammenhang mit Burnout und intrinsischer Motivation von Pflegenden, machten aber keine Aussagen über Arbeitszufriedenheit oder das Verbleiben im Beruf oder der Institution. Eine jüngere Schweizer Studie zur Arbeitszufriedenheit in Pflegeheimen belegte zwar eine grosse Zufriedenheit des Pflegepersonals (Zuniga et al., 2013), ein

direkter Vergleich mit Akutkrankenhäusern war aber nicht Bestandteil der Studie. Wenige Publikationen befassen sich mit dem Einfluss der Platzierung von Studierenden in bestimmten klinischen Abteilungen auf die Ausbildungszufriedenheit und Transitionen nach der Ausbildung. So wird aus Sicht der Pflegestudierenden der Akutbereich häufig als attraktiver bezeichnet (Hayes et al., 2006b), da dort eher auf Unterstützung in schwierigen Situationen zurückgegriffen werden kann, die Arbeitsaufgaben vielfältiger, komplexer sind und die Erfahrungsbreite und –frequenz hoch ist. Forschungsergebnisse zur Transition von Lernenden nach einer pflegerischen Assistenzausbildung wurden nicht gefunden. Vereinzelt gibt es Publikationen zur Sozialisierung von früheren pflegerischen Assistenzpersonen, die ein Studium als „Registered Nurse“ aufgenommen haben und dabei im Akutbereich tätig sind. Brennan & McSherry (2007) zeigen hier, dass die Adaptation von früherem Assistenzpersonal in der neuen Rolle als „Registered Nurse“ im Umfeld eines Akutkrankenhauses durch die hohe Komplexität, Verantwortung und die fehlenden Rollenvorbilder als „Praxisschock“ wahrgenommen wird. Ein direkter Vergleich mit der Arbeitsumgebung Pflegeheim fehlt hier jedoch auch.

Zusammenfassend lässt sich die Annahme ableiten, dass einerseits die Betriebsstrukturen – hier die Zugehörigkeit zu einem der beiden Segmente im Arbeitsmarkt des Gesundheitswesens – einen Einfluss auf den Berufsverlauf nach einer FaGe Ausbildung haben können. Dies könnte maßgeblich durch das unterschiedliche durchschnittliche Qualifikationsniveau der Mitarbeitenden der Akutkrankenhäuser und Pflegeheime bedingt sein, das möglicherweise auch zu einer gezielten Selektion von Auszubildenden führt, die ihrerseits für die höhere Bildung besonders geeignet scheinen. Andererseits lassen verschiedene Studien erwarten, dass die Arbeitsumgebung- und Arbeitsaufgabenqualität nicht nur zwischen, sondern auch unter den Pflegeheimen und Spitälern variiert und einen eigenständigen, direkten Einfluss auf Zufriedenheit, Berufs- und Bildungsentscheidungen ausüben könnte (Stimpfel, Rosen & McHugh, 2014; Kelly, McHugh & Aiken, 2011; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann & Ausserhofer, 2012; Zuniga et al., 2013).

Es ist daher erstens zu prüfen, ob die Merkmale der Arbeitsaufgaben systematisch vom Arbeitsmarktsegment (Akutkrankenhäuser – Pflegeheim) abhängen und sich Lernende bezüglich ihres Bildungshintergrundes systematisch nach dem Arbeitsmarktsegment ihres Ausbildungsbetriebs unterscheiden. Hierbei ist zu erwarten, dass aufgrund der höheren Ressourcenausstattung der Akutkrankenhäuser die Merkmale der Arbeitsaufgaben, wie interessante, vielseitige Tätigkeiten, die fachliche Betreuung, eine gute Abstimmung der Arbeitsaufgaben auf die Fähigkeiten und die Stresswahrnehmung in der praktischen Ausbildung in Akutkrankenhäusern als positiver erlebt werden könnten (= höhere Arbeitsaufgabenqualität). Umgekehrt wäre anzunehmen, dass die Pflegeheime mit einem tieferen Anteil an tertiärqualifiziertem Pflegepersonal und geringeren Ressourcen ihr

Assistenzpersonal (respektive die Lernenden) stärker im Arbeitsprozess einsetzen und weniger gut ausbilden. Dies müsste zu einer negativeren Bewertung ihrer Arbeitsaufgabenqualität führen. Es wird daher folgende Hypothese getestet:

H A5: *Lernende der Akutversorgung (a) bewerten ihre Arbeitsaufgaben positiver und (b) haben höhere schulische Voraussetzungen (frühere Abschlüsse, Schulleistungen) als Lernende aus Pflegeheimen.*

Zweitens ist zu prüfen, ob die subjektive Wahrnehmung der Arbeitsaufgaben direkte Einflüsse auf die hier interessierende Berufs- und Bildungsentscheidung zeigen. Oben diskutierte Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine hohe Aufgabenqualität eher mit einem Verbleib im Beruf oder in der Institution verbunden sind. Es bleibt jedoch mangels vorhandener Evidenz offen, ob eine hohe Arbeitsaufgabenqualität generell mit einem Verbleib im Berufsfeld Pflege verbunden ist – was sowohl die Option FaGe als auch die Option Tertiärstudium Pflege umfassen würde – oder ob eine hohe Arbeitsaufgabenqualität im Ausbildungsbetrieb eher zu einer Entscheidung für eine höhere Ausbildung und damit zu einer Weiterentwicklung im Berufsfeld Pflege führt. Es wird daher folgende Hypothese getestet:

H A6: *Je besser die Arbeitsaufgabenqualität von den Lernenden bewertet wird, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Tertiärstudium Pflege zu wählen oder als FaGe erwerbstätig zu sein.*

Drittens wäre zu prüfen, inwieweit strukturelle Merkmale der Ausbildungsbetriebe (hier die Segmente „Akutkrankenhaus“ und „Pflegeheim“) direkte Einflüsse auf die Bildungs- und Berufsentscheidung ausüben, und ob dieser Einfluss auch unabhängig von den Aufgabenmerkmalen besteht. Ein direkter Einfluss sollte – wie oben ausgeführt – deutlich werden: Bedingt durch das höhere Qualifikationsniveau des Pflegepersonals und der höheren Vielfalt der dort arbeitenden und ausgebildeten tertiären Gesundheitsberufe sind aus Sicht der Lernenden bessere Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten zu erwarten. Ein zusätzlicher Anreiz für ein Tertiärstudium Pflege könnte darin bestehen, dass im Durchschnitt im Akutkrankenhaus eine durchschnittlich stärkere hierarchische Aufgabenzuteilung zwischen FaGe und diplomierten Pflegepersonal vorliegen sollte als in Pflegeheimen (vgl. Kap. 2.5). Daher wären in den Betrieben der Akutversorgung im Durchschnitt stärkere Tendenzen zu erwarten, im Berufsfeld tätig zu bleiben, aber dafür auf die tertiäre pflegerische Bildungsstufe zu wechseln. Es wird folgende Hypothese getestet:

H A7: *Lernende aus Akutkrankenhäusern wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Lernende aus Pflegeheimen ein Studium auf einer der beiden Tertiärstufen, insbesondere ein Pflegestudium.*

3.4 Berufliche Wertvorstellungen und wahrgenommene Kosten als Entscheidungsdeterminanten

Entscheidungstheorien beschreiben (berufliche) Wertvorstellungen und Kosten-Nutzen-Überlegungen als subjektive Einstellungen von Individuen, die die Entscheidungsfindung massgeblich beeinflussen können (vgl. Kap. 3.1). Dabei gehen diese Autoren davon aus, dass Werte und Kosten-Nutzen-Überlegungen sowohl direkte Einflüsse auf die Entscheidung ausüben als auch indirekte Einflüsse des sozialen Hintergrundes vermitteln (vgl. Abb. 3, S. 23). Soziologische Entscheidungsmodelle (z.B. Esser, 1999) thematisieren dabei vor allem statusorientierte Werte und Kosten-Nutzen-Überlegungen, während sich sozialpsychologische Modelle (Eccles, 2000) stärker am Selbstbild und den individuellen Emotionen orientieren. Die verschiedenen Wertekonzepte werden im Folgenden diskutiert und auf die hier interessierende Entscheidungssituation angewendet.

Grundlegende menschliche Werte sind als wünschenswerte, situationsübergreifende Ziele zu verstehen, deren Bedeutung individuell variieren kann und die als Leitprinzipien für Entscheidungen und Verhalten von Individuen fungieren (Rokeach, 1973; Super, 1953; Super & Sverko, 1995). Die zentrale Annahme dabei ist, dass Menschen bei Entscheidungen nach Konformität ihres Wertesystems mit der Situation streben und analog der relativen subjektiven Bedeutung einzelner Werte Entscheidungen treffen und Kompromisse eingehen (Schwartz, 1999; Ros et al., 1999). Diese Werte sind universal, das heisst, sie differieren nur in ihrer relativen Bedeutung unter den Menschen, sind aber grundsätzlich für alle gültig. Die Unterschiede in ihrer relativen Bedeutung unter den Menschen drücken sich in sogenannten „Wertesystemen“ aus. Ein Wertesystem bezieht sich auf das Zusammenspiel verschiedener Arten von Werten und bedeutet eine für ein Individuum oder Kollektiv typische Struktur (Ausprägung, Hierarchie) von Wertvorstellungen, die sich beispielsweise an Geschlecht, ethnischer Herkunft, Alter, sozialer Klasse, Religion, Familienstruktur oder dem Berufsumfeld orientiert (Hitlin & Piliavin, 2004). Dementsprechend werden in der Werteliteratur verschiedene Wertesysteme beschrieben, die für verschiedene Menschengruppen und Lebenskontexte Bedeutung haben. Gerade bei einer mehrdimensionalen Entscheidung, die hier untersucht wird (Kap. 2.5.4), können verschiedene Wertesysteme aktiviert werden. Dies führt dazu, dass beispielsweise schicht- oder geschlechtstypische Wertesysteme einen Teil der hier interessierenden Entscheidungen erklären, aber bedingt durch die Arbeitserfahrung während der beruflichen Grundbildung weitere arbeitsbezogene Wertesysteme hinzukommen können.

3.4.1 Arbeitswertkonzepte

Ros et al. (1999) befassten sich bereits in den 1990er Jahren mit dem Verhältnis der Arbeitswerte zu grundlegenden menschlichen Werten. Es gelang ihnen, ein allgemeines Werteverständnis auf die Werteforschung im Berufs- und Arbeitskontext zu übertragen und eine Konsistenz zwischen allgemeinen und arbeitsbezogenen Wertvorstellungen und Wertemustern zu belegen. In einer weiteren

Studie der genannten Autoren wurde der Zusammenhang zwischen grundlegenden menschlichen Werten und Einschätzungen des Sinns und der Bedeutung von Arbeit belegt, der sich mit zunehmender Arbeitserfahrung und Routine verändert, was in einer entsprechend veränderten Priorisierung von Arbeitswerten resultiert (Ros et al., 1999). Konkret bestätigten sie damit die Hypothese, dass Werteprioritäten sowohl die Entscheidung für einen Beruf oder einen Arbeitsplatz beeinflussen (occupational selection), als auch im und durch den Arbeitskontext verändert werden (occupational socialization, Kohn, 1959; Kohn & Schooler, 1969). In dieser Arbeit steht der Zusammenhang von Werten und Entscheidungen im Vordergrund, jedoch nicht der Wertewandel bzw. die Ursachen von Veränderungen von Werten. Eine Kausalitätsdiskussion ist aufgrund der Datenstruktur auch nicht möglich, da die Informationen zu Wertorientierungen, Erwartungen, sozialem Hintergrund und Arbeitskontext zum gleichen Zeitpunkt am Ende der Ausbildung erhoben wurden (vgl. Kap. 4.2.3). Dadurch sind keine Rückschlüsse auf die Werteentwicklung im Zeitverlauf möglich.

Ros et al. (1999) identifizierten folgende vier Typen von Arbeitswerten:

1. Intrinsische Werte, Selbstverwirklichung
2. Extrinsische oder materielle oder sicherheitsorientierte Werte
3. Soziale Werte, Werte für soziale Beziehungen
4. Werte bezüglich Macht und Prestige.

Diese Typenbeschreibung sagt noch nichts über die inneren Zusammenhänge der Werte und über ihre Einflussmechanismen auf Entscheidungen aus. Eine theoretische Grundlage bieten hierfür die Annahmen von Schwartz (1992): Sie legen dar, dass allgemeine menschliche Werte über zwei Dimensionen strukturiert werden, die Lösungen für die grundlegenden menschlichen Probleme anbieten, aber miteinander in Konflikt stehen: Eine Dimension stellt die beiden Endpunkte „Offenheit für Wandel versus Bewahrung des Bestehenden“ dar, die zweite Dimension die Endpunkte „Selbststärkung (Orientierung an sich) versus Selbstüberwindung (Orientierung am sozialen Umfeld)“. Diesen Dimensionen entlang sind 10 verschiedene Wertetypen angeordnet (vgl. Abb. 7, S. 43). Grundannahme ist dabei, dass Menschen grundsätzlich nach Konformität innerhalb ihres Wertesystems streben (Rokeach, 1972, 1973; Ros et al., 1999) und somit Widersprüche innerhalb ihrer Wertesysteme, respektive zwischen eigenem Wertesystem und jenem des Umfeldes, vermeiden.

Jeder Wertetyp steht repräsentativ für ein Bündel von Einzelwerten. Der Wertetyp „Macht“ repräsentiert beispielsweise die Werte „soziale Macht, Autorität und Wohlstand“. Die Priorisierung einzelner Wertetypen und die Ausbildung eines Wertesystems erfolgen nach Schwartz (1992) nicht zufällig, sondern entlang der beiden genannten Achsen, die die inneren Zusammenhänge zwischen den Werten postulieren. Sich gegenüberstehende Wertetypen (z.B. Konformität und Hedonismus) repräsentieren menschliche Wertesysteme mit Priorisierungen, die weit voneinander liegen oder sich

gar ausschliessen, während dicht zusammen liegende Wertetypen (z.B. Hedonismus und Leistung) ähnliche Prioritäten setzen.

Abbildung Nr. 7: Universale Wertedimensionen nach Schwartz



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Die relative Bedeutung, die Menschen dem einen oder anderen Wertetyp zumessen, drückt daher aus, inwieweit sie bereit sind, bei bestimmten Werten in Entscheidungssituationen mehr Verluste hinzunehmen und Konzessionen zu machen, und bei welchen Werten sie weniger dazu bereit sind (im Sinne der bereits kurz skizzierten emotionalen Opportunitätskosten, vgl. Kap. 3.1.2). Konformität der eigenen Werte sowie zu jenen des Umfeldes anzustreben würde dann bedeuten, diejenige Alternative zu wählen, bei der die höchste Übereinstimmung zu erwarten ist (Rokeach, 1972; 1973; Ros et al., 1999), und beispielsweise entsprechende Berufe zu wählen, in denen Werte gelebt werden können, beispielsweise in denen sich Personen befinden, die ein ähnliches Werteverständnis haben, oder deren Aufgaben dies ermöglichen.

Arbeitswerte stellen nun Ausdrücke dieser grundlegenden Wertetypen im Arbeitskontext dar. Sie sind Vorstellungen von wünschenswerten beruflichen Zuständen oder wünschenswertem beruflichem Verhalten und dienen dazu, in der Reihenfolge ihrer Prioritäten Situationen zu evaluieren und berufsbezogene Entscheidungen zu treffen (Ros et al., 1999). Trotz dieser Kontextbezogenheit sind sie relativ breit auf generelle wünschenswerte berufliche Ziele bezogen und nicht auf Eigenschaften einzelner Berufstätigkeiten. Ros et al. (1999) identifizierten aus einer Reihe von Arbeitswertedefinitionen verschiedener Forscher drei Haupttypen von Arbeitswerten und fügten aufgrund weiterer empirischer Resultate (Elizur & Sagie, 1999) einen vierten Typ hinzu. In einer empirischen Analyse konnten sie diese vier Typen von Arbeitswerten den grundlegenden Werte-

Dimensionen faktorenanalytisch zuordnen, und auch die erwarteten Korrelationen entlang der Pole der Dimensionen „Offenheit – Bewahrung“ und „Selbstüberwindung – Selbststärkung“ bestätigen (Ros et al., 1999):

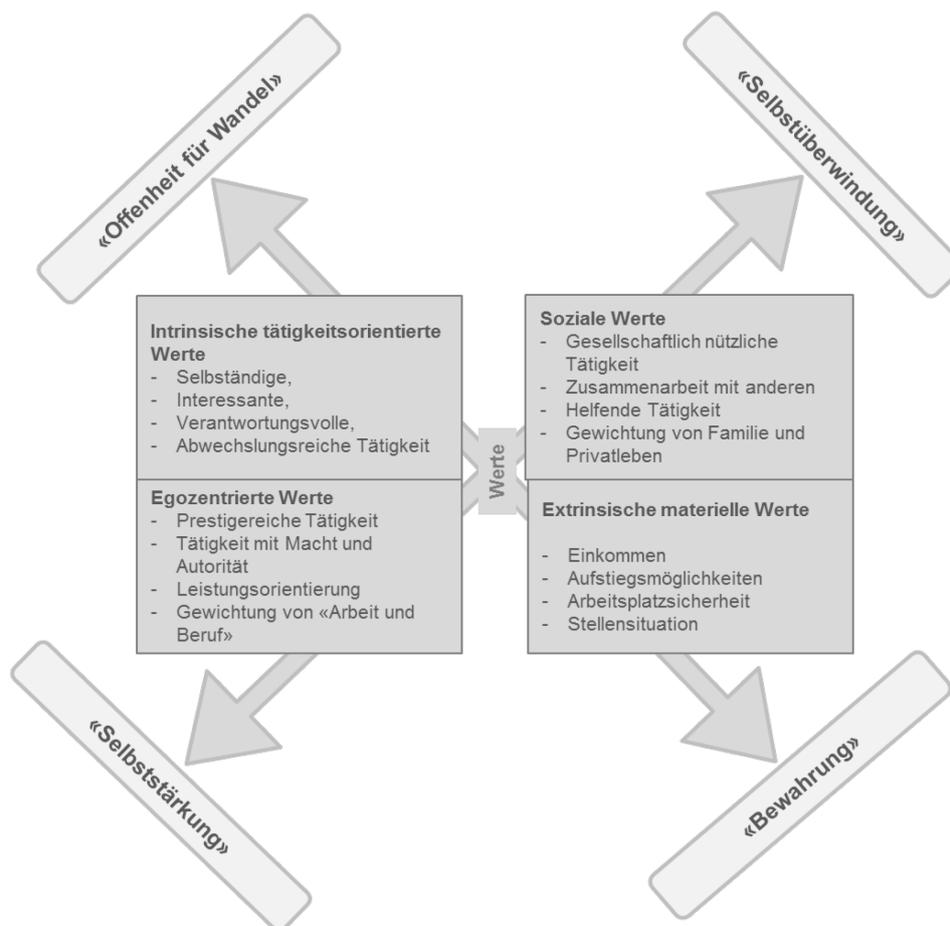
1. Intrinsische Werte, Selbstverwirklichung (entsprechen „Offenheit“)
2. Extrinsische oder materielle oder sicherheitsorientierte Werte (entsprechen „Bewahrung“)
3. Soziale Werte, Werte für soziale Beziehungen (entsprechen „Selbstüberwindung“)
4. Macht- und Prestige-Werte (entsprechen „Selbststärkung“).

In der Literatur existiert eine Vielzahl von Arbeitswertekonzeptionen. Watermann (2000) untersuchte die Arbeitswertestruktur in Deutschland im Rahmen der ALLBUS-Umfragen (Terwey, Baumann & Blohm, 2011) mit einem Set von Arbeitswerten, die auf verschiedenen sozialpsychologischen Konzepten beruhen (Elizur, 1984; Alderfer, 1972). Sie bestätigten im Wesentlichen die von Ros et al. (1999) postulierte Arbeitswertestruktur für den deutschen Kontext. Maehr & Braskamp (1986) charakterisierten in ihrer Theorie „of personal investment“ für den beruflichen Kontext verschiedene extrinsische und intrinsische persönliche Anreize, die die Attraktivität einer Entscheidungsoption bestimmen und das individuelle Verhalten (persönliche Investition = Entscheidung) beeinflussen. Dabei differenzieren sie nach intrinsisch-aufgabenorientierten (interessant, herausfordernd, lernhaltig), intrinsisch-ego-orientierten (soziale Anerkennung, Wettbewerb) Anreizen und extrinsisch-sozialen (altruistisches Motiv, Beziehung zu anderen) und extrinsisch-materiellen (Geld, Ressourcen) Anreizen. Bereits erwähnt wurde das Wert-Erwartungsmodell von Eccles („model of achievement related choices“; vgl. Kap. 3.1.2), das die Motivation und Leistungsbereitschaft für bestimmte Arbeitsaufgaben, Schulfächer und Studienwahl erklären will (Wigfield & Eccles, 1992; Eccles, 2005b). Die sogenannten „subjective task values“ drücken dabei die subjektive Attraktivität einer Aufgabe aus, die beeinflusst, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese Aufgabe (beispielsweise ein Schulfach, eine Sportart, ein Studienangebot oder ein Beruf) ausgeübt wird (Wigfield & Eccles, 2000). Auch diese Wertekomponenten widerspiegeln eine intrinsische und eine extrinsische Komponente (Deci, Koestner & Ryan, 1999; Trautwein et al., 2013) und sind in die Wertestruktur von Ros et al. (1999) einzuordnen.

Zusammenfassend lässt sich daher trotz gewisser Überschneidungen in Zuordnungen von Arbeitswerten festhalten, dass sich erstens in der allgemeine Arbeitswerteliteratur vier vergleichbare Arbeitswertetypen identifizieren lassen, dass zweitens Arbeitswerte in allgemeinen menschlichen Wertesystemen ihre Entsprechungen finden, und dass drittens Hypothesen über den Einfluss von bestimmten Wertestrukturen auf Bildungs- und Berufsentscheidungen zu generieren sind. Abbildung 8 zeigt das Arbeitswertemodell, das aus den oben beschriebenen Konzepten entwickelt wurde und bei dieser Untersuchung angewendet wird. Im Zentrum stehen vier Kategorien von Arbeitswerten, die jeweils die Endpunkte der beiden Leitprinzipien „Offenheit für Wandel – Bewahrung des

Bestehenden“ und „Orientierung an sich – Orientierung am sozialen Umfeld“ darstellen. Der Entscheidungsmechanismus ist wie folgt zu skizzieren: Menschen streben bei Entscheidungen nach Konformität innerhalb ihres Wertesystems und nach Konformität ihres Wertesystems mit der zu treffenden Entscheidung. Daher steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Entscheidungsoption zu wählen, je mehr deren Eigenschaften mit dem subjektiven Wertesystem übereinstimmen.

Abbildung Nr. 8: Konzeptionelles Modell beruflicher Wertekonzepte



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Dies sei an zwei Beispielen illustriert: Beispiel 1) Eine starke egozentrierte Orientierung und gleichzeitig tiefe soziale Wertorientierung einer Person führt eher zur Entscheidung für einen prestigeträchtigen Beruf, auch wenn dafür Einbussen bei der sozialen Orientierung in Kauf genommen werden müssen (die nicht als Einbussen wahrgenommen werden, da dies nicht dem Wertesystem entspricht). Beispiel 2) Sind aber Egozentrierung und soziale Orientierung einer Person ähnlich ausgeprägt, können stärkere Verzichtsempfindungen auftreten, da die Entscheidung für einen prestigeorientierten Beruf mit relativ größeren Einbussen bei der sozialen Orientierung verbunden ist, und umgekehrt. Je höher diese subjektive Verzichtswahrnehmung, desto tiefer die Wahrscheinlichkeit, diese Option zu wählen. Für Bildungsentscheidungen wäre beispielsweise davon auszugehen, dass

eine höhere Gewichtung der egozentrierten Werte eher zu höheren Bildungsambitionen führt – vorausgesetzt, dass mit diesen Bildungsgängen entsprechende Tätigkeiten erreicht werden können.

Zu den oben skizzierten Einflüssen von Arbeitswerten kommen im Folgenden Kosten-Nutzen-Überlegungen hinzu, die den Entscheidungsmechanismus näher erläutern.

3.4.2 *Subjektive Kostenwahrnehmung*

Die subjektive Abwägung, welche der Entscheidungsalternativen den höheren Nutzen oder Gewinn, respektive den geringeren Verlust verspricht, ist neben den Werten ein zentraler Bestandteil der RCT basierten Entscheidungsmodelle, die von einer subjektiven Kosten- und Nutzenevaluation ausgehen (vgl. Kap. 3.1.1). Diese Kosten-Nutzen-Abwägung bezieht sich vor allem auf das erwartete *soziale* oder *monetäre* Ergebnis (Statusgewinn, Prestigegewinn, Lohnzuwachs) bei verschiedenen Alternativen, und den Abwägungen, welche Vorteile verloren gehen, wenn eine Alternative nicht gewählt wird (Esser, 1999; Breen & Goldthorpe, 1997; Frey, 1990). Bei sozialpsychologischen Studien finden dagegen diese Variablen für Kostenerwartungen insgesamt selten Anwendung (Trautwein et al., 2013), obwohl die Idee der relativen Kostenerwartung beispielsweise im Modell Eccles theoretisch beschrieben ist (Wigfield & Eccles, 1992). Da letztere neben emotionalen und psychologischen Kosten auch finanzielle Kosten einbeziehen, stellt das ökonomische Konzept der Opportunitätskosten keinen Widerspruch zu den sozialpsychologischen Kostenüberlegungen Eccles dar. Kosten können daher alle negativen Aspekte umfassen, die mit dem Engagement für eine Option und anstatt einer anderen erwartet werden, wie voraussichtliche negative Emotionen (Angst vor dem Scheitern, Überforderung, Unsicherheit, Einsamkeit durch Verlust sozialer Kontakte) oder Aufwand von Ressourcen wie Zeit und Geld (Wigfield & Eccles, 1992).

Die subjektive Kostenwahrnehmung wird insbesondere durch die relative Bedeutung verschiedener Entscheidungsalternativen definiert: “Costs of participation in an activity to the extent one loses time for activity B by engaging in activity A, and to the extent that activity B is high in one’s hierarchy of importance, the subjective costs of engaging in A increases“ (Wigfield & Eccles, 1992, S. 281). In der bisherigen Forschung werden Eccles „perceived costs“ eher auf die materielle oder emotionale Kostenwahrnehmung bezogen (Trautwein et al., 2013). Die Idee der relativen Kostenwahrnehmung kann darüber hinaus auf verschiedene Arbeitswerttypen bezogen werden, indem Kosten als erwarteter Verlust von intrinsischen, extrinsischen, sozialen und anderen „Belohnungen⁵“ oder „Arbeitsanreizen“ durch Verzicht auf eine Option zugunsten einer anderen verstanden werden. Bei dieser relativen Kostendefinition ist die Höhe der wahrgenommenen Kosten davon abhängig, wie wichtig Option A in Relation zu Option B für eine Person ist: „even if attainment value of A is high,

⁵ Im Sinne der englischen „work rewards“ (Kalleberg, 1977); das heisst, das Vorfinden von bestimmten Arbeitscharakteristika, die als attraktiv angesehen werden.

the value of engaging in A will be reduced to the extent that the attainment value of B is higher and to the extent that engaging in B jeopardizes the probability of success in engaging in B“ (Eccles, 1994, S. 598). In diesem Sinne stellt die Komponente der „subjektiven Kostenwahrnehmung“ keine neue Wertekategorie dar, sondern reflektiert die individuellen Nutzenerwartungen von den verfügbaren Entscheidungsoptionen anhand des subjektiven Wertesystems.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass neben den Wertvorstellungen das Kostenkonzept eine zentrale Bedeutung hat. Es ist im Sinne von erwarteten „Opportunitätskosten“ (Kosten, die durch Verzicht auf etwas entstehen) zu verstehen, die neben finanziellen Aspekten alle Arten von Kosten-Nutzen-Abwägungen enthalten können, die im Wertesystem von Menschen eine Bedeutung für Bildungs- und Berufsentscheidungen haben. Auf die hier interessierende Entscheidungssituation bezogen wäre die Idee der subjektiv wahrgenommenen *relativen* Kosten folgendermassen zu übertragen (vgl. Abb. 9 am Beispiel wahrgenommener intrinsischer und extrinsischer Kosten):

Lernende haben Erwartungen, welche Eigenschaften verschiedene berufliche Tätigkeiten haben, und inwieweit diese ihren eigenen beruflichen Zielen und Wertvorstellungen entsprechen. Bei der Entscheidung zwischen zwei Optionen, z.B. Option A dem Verbleib im erlernten Beruf anstelle der Option B, der zusätzlichen höheren Bildung, schätzen sie die erwarteten Anreize ein, die Tätigkeit A oder B bieten werden. Die Entscheidung erfolgt – wie bereits bei den RCT-Modellen ausgeführt (vgl. Kap. 3.1.1) – subjektiv rational, d.h. je mehr Verlust (= Kosten) an extrinsischen und intrinsischen Arbeitsanreizen die zusätzliche Bildung verursacht (respektive je weniger Zugewinn bei der Wahl der zusätzlichen Bildung erwartet wird), desto geringer die Wahrscheinlichkeit, sich auch für diese Option zu entscheiden.

Abbildung Nr. 9: Modell subjektiv wahrgenommener Kosten für zwei Hauptoptionen



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Für die in dieser Arbeit zu erklärende Entscheidung ist auf dieser theoretischen Grundlage zu erwarten, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Tertiärbildung Pflege (Option B) sinkt, je weniger Zugewinn durch das Pflegestudium im Vergleich zur Tätigkeit als FaGe erwartet wird. Wird keine

Verbesserung oder gar eine Verschlechterung der extrinsischen oder intrinsischen (und anderer) Arbeitsanreize erwartet, werden die Kosten für ein Pflegestudium entsprechend höher wahrgenommen, als wenn die erwarteten Arbeitsanreize als Pflegefachperson diejenigen als FaGe deutlich übersteigen würden.

3.4.3 *Forschungsstand und Hypothesen*

Für den pflegerischen Entscheidungskontext werden keine grundsätzlich neuen Wertesysteme beschrieben⁶, sondern häufig auf die oben beschriebenen Hauptdimensionen intrinsischer, extrinsischer, sozialer und ego-orientierter Werte zurückgegriffen. Insbesondere finden die Konzepte von Ros et al. (1999), Rokeach (1973) und Super (1953; 1995) Verwendung. In der pflegewissenschaftlichen Literatur finden sich verschiedene Hinweise auf spezifische berufliche Werteaussprägungen von Personen, die den Pflegeberuf wählen. Furnham (1988) fand bei Studierenden der Pflege – verglichen mit anderen Berufen – ein grösseres Gewicht auf konservativen beruflichen Werten, wie Familienorientierung und Pflichterfüllung. Ein typisches Motiv für den Pflegeberuf ist auch der direkte Kontakt mit dem Patienten (Furnham, 1988; May, Champion & Austin, 1991) oder eine altruistische und intrinsische Orientierung (Beck, 2000; Miers et al., 2007; Murray & Chambers, 1990; Thorpe & Loo, 2003), was als eine Orientierung an der Gesellschaft und an gesellschaftlich nützlichen Tätigkeiten (Selbstüberwindung, Universalismus) eingeordnet werden kann. Dabei wird in Längsschnittstudien zu Beginn der Berufslaufbahn oder des Studiums häufig eine – in Relation zu anderen Werten – geringe Ausrichtung an extrinsischen Faktoren wie Lohn, Status und Karriere beschrieben. Diese Relation scheint sich aber mit steigender Berufserfahrung zu verändern, indem die extrinsischen Werte als wichtiger, die intrinsischen und altruistischen Werte etwa gleich eingestuft werden (Brodie et al., 2004; Daehlen, 2008). Wiederum wird in einigen Studien eine mit der Zeit reduzierte Gewichtung von altruistischen Motiven in Relation zu materiellen Motiven beobachtet (Daehlen, 2008; Miers et al., 2007; Rognstad & Aasland, 2007), grundsätzlich wird aber der Kontakt zu Pflegebedürftigen und die helfende Tätigkeit als dauerhaft bedeutungsvoll beschrieben (Schwarb, Aegerter & Greiwe, 2002; Brodie et al., 2004).

Rognstad, Nortvedt & Aasland (2004) und Rognstad & Aasland (2007) differenzieren dabei das Helfermotiv in einen intrinsischen und einen extrinsischen Aspekt und beobachteten, dass das Motiv des „Helfens“ mit zunehmender Berufserfahrung eine gewisse Ambiguität erfährt, da einerseits die Orientierung an der helfenden Tätigkeit an sich im Vordergrund stehen kann, aber andererseits auch eine eher intrinsisch-egoistische Orientierung durch die Suche nach Anerkennung von anderen durch die helfende Tätigkeit messbar ist. Diese Ambiguität innerhalb der altruistischen Werte findet sich

⁶ Eine Ausnahme bilden hier professionstheoretische Wertekonzepte, die sich auf die Identifikation mit dem Pflegeberuf, dem Berufsethos und dem Status der Berufsgruppe beziehen (Martin, Yarbrough & Alfred, 2003; Weis & Schank, 2000).

auch in der allgemeinen Arbeitswerteliteratur (beispielsweise im Wertemodell von Maehr & Braskamp (1986), vgl. Kap. 3.1.2).

Intrinsische und extrinsische Werte werden insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeitssituation, Arbeitszufriedenheit und dem Verlassen des Pflegeberufes diskutiert (Hayes et al., 2006a; Shields, 2004). Die Resultate sind hier nicht konsistent, da sowohl für extrinsische als auch für intrinsische Werte und die im Alltag erhaltenen Arbeitsanreize ein hoher Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit beschrieben wird (Rognstad & Aasland, 2007; Bomball et al., 2010; Brodie et al., 2004). Zum Teil wird insbesondere den intrinsischen Aspekten eine höhere Bedeutung für Zufriedenheit und Berufsverbleib zugeschrieben (Hegney, Plank & Parker, 2006). Caricati et al. (2013) zeigen, dass dieser Zusammenhang stark vom „professional commitment“ vermittelt wird, dem Zugehörigkeitsgefühl zum Pflegeberuf. Decker, Harris-Kojetin & Bercovitz (2009) beschrieben in einer nationalen Querschnittsuntersuchung von pflegerischem Assistenzpersonal in Pflegeheimen wiederum einen starken Zusammenhang zwischen extrinsischen Arbeitsaspekten und der intrinsischen Zufriedenheit mit der Arbeit, was von Castle et al. (2007) mit der prekären Arbeits- und Lohnsituation des Assistenzpersonals in amerikanischen Pflegeheimen begründet wurde. In einer eigenen früheren Erhebung und Analyse der Bildungs- und Berufsaspirationen von FaGe-Lernenden im Kanton Bern (Trede & Schweri, 2014)⁷ wurde deutlich, dass die Entscheidung für ein Pflegestudium nach einer FaGe Ausbildung stärker von extrinsischen als von intrinsischen Werten abhängt, obwohl erstere durchschnittlich als weniger wichtig eingeschätzt wurden als letztere. Dieses Resultat deckt sich mit Beobachtungen bei Studierenden in RN-Programmen (Rognstad & Aasland, 2007), die mit zunehmender Arbeits- und Ausbildungserfahrung extrinsische Aspekte für die künftige Berufstätigkeit höher gewichten als intrinsische und altruistische Aspekte. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass in der berufsspezifischen pflegerischen Literatur zu Arbeitswerten und Berufsentscheidungen häufig die grundlegenden Arbeitswertetypen zu finden sind. Aufgrund der geringen Evidenz zu Assistenzpersonal und insbesondere zu Lernenden auf Sekundarstufe II oder tiefer lassen sich keine klaren Hinweise auf systematisch abweichende Werteausprägungen von pflegerischem Assistenzpersonal und diplomiertem Personal finden. Die Hypothesen werden auf der Basis der allgemeinen und pflegewissenschaftlichen Theorie zur Rolle der Arbeitswerte abgeleitet.

Zum Einfluss der Wertvorstellungen auf die Entscheidung ist grundsätzlich zu erwarten, dass die Wahrscheinlichkeit steigt, sich für eine Option zu entscheiden, wenn die Wertekohärenz mit dieser Entscheidung erreicht oder verbessert werden kann. Dieser Einfluss kann je nach Wertetyp unterschiedlich verlaufen, was im Folgenden am Beispiel der intrinsischen und extrinsischen Arbeitswerte gezeigt wird. Im beruflichen Kontext wurde beobachtet, dass intrinsische und

⁷ Dies war eine andere Untersuchungsgruppe als die hier beschriebene: Es handelte sich um eine Gruppe von knapp 300 Lernenden, die einmalig in einer Querschnittserhebung am Ende ihrer Ausbildung befragt wurden.

extrinsische Werte in unterschiedlicher Weise Einfluss auf Laufbahnentscheidungen und Leistungsmotivation nehmen und unterschiedliche Erklärungskraft haben (Jones, Paretti, Hein & Knott, 2010). Der Einfluss der extrinsischen Werte auf die Aufgabenmotivation scheint auch mit zunehmender Ausbildungsdauer relativ zu intrinsischen Werten zuzunehmen (Jones et al., 2010; Wigfield & Eccles, 1992). Dies wird mit einer Adaptation von Werten und Erwartungen an die Realität begründet: Mit zunehmender Erfahrung in einem Berufsfeld oder einem Studiengang findet eine Angleichung der zuvor idealistischeren Vorstellungen statt (Mortimer & Lorence, 1979; Ros et al., 1999; Wigfield & Cambria, 2010). Zudem können (negative) Erfahrungen dazu führen, dass die intrinsischen Werte relativ an Bedeutung verlieren und dafür stärker extrinsische Nützlichkeitsüberlegungen in den Vordergrund rücken (Wigfield & Cambria, 2010). Diese Entwicklung wird auch für die Pflegeberufe beobachtet (vgl. oben). Bei der hier untersuchten Entscheidung wäre daher zu erwarten, dass FaGe-Lernende, die bereits drei Jahre Pflegeerfahrung in ihrer Ausbildung gesammelt haben, bei der Entscheidung für oder gegen eine tertiäre Pflegeausbildung extrinsische Nützlichkeitsüberlegungen (besserer Lohn, bessere Karrierebedingungen) relativ höher gewichten als intrinsische Faktoren. Dies ist auch daher zu erwarten, da ein Tertiärstudium Pflege mit hoher Wahrscheinlichkeit eng mit extrinsischen „Belohnungen“ wie höherem Lohn verbunden sind, die auf eidgenössischer oder kantonaler Ebene weitgehend vorgegeben (oder bezüglich Lohn zumindest empfohlen) sind, während intrinsische Anreize stärker auf betrieblicher Ebene definiert werden und infolgedessen weniger verlässlich erwartet werden können (vgl. Kap. 2 und 3.3). Zudem sind die Karrieremöglichkeiten für Pflegefachpersonen der Tertiärstufe durch den Zugang zu den höheren Weiterbildungen weitgehend einheitlich definiert, wie zum Beispiel für prestigeträchtige Funktionen wie Management, Lehre und Ausbildung, Anästhesie- und Intensivpflege. Die innerberuflichen Entwicklungsoptionen als FaGe sind dagegen auf eidgenössischer oder kantonaler Ebene noch wenig formell ausgebaut (OdASanté, 2013), sondern derzeit vor allem betriebsintern über die Übertragung einzelner Verantwortungen und Zusatzaufgaben organisiert. Daraus resultiert folgende Annahme: Wer höheren Lohn und bessere Weiterbildungsmöglichkeiten in einem Pflegeberuf sucht, findet diese relativ sicher mit einem tertiären Pflegediplom. Personen, deren berufliches Wertesystem stärker extrinsisch gesteuert ist, müssten der Option der Tertiärausbildung Pflege infolgedessen eine hohe Bedeutung beimessen. Folgende Hypothese wird geprüft:

H B1: Je höher die extrinsische Werteorientierung, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Tertiärstudium Pflege zu wählen.

Typische Merkmale pflegerischer Arbeit für „am Bett“ tätiges Personal, gleich welcher Stufen, sind der Schichtdienst und die helfende Tätigkeit. Die Erwerbstätigkeit sollte daher sowohl bei FaGe als auch bei tertiär ausgebildetem Pflegepersonal von Spät-, Nacht- und Wochenenddiensten geprägt sein. Dies kann die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die

sich am üblichen Arbeits- und Freizeitrythmus Gleichaltriger orientieren, stark beeinträchtigen (familienorientierte Werte). Personen die der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben eine hohe Bedeutung beimessen, sollten daher den Pflegeberufen auf beiden Bildungsstufen eine geringere Bedeutung zumessen, und sich für Alternativen ausserhalb der Pflege entscheiden. Es ist zu bedenken, dass gerade für Personen mit Familie die unregelmässige Arbeitszeit von Vorteil sein kann, jedoch steht diese Altersgruppe bei der hier untersuchten Gruppe nicht im Vordergrund.

Beide pflegerische Berufe haben den Charakter einer helfenden Tätigkeit mit einem hohen Anteil an direktem Patientenkontakt (patientenorientierte Werte), der aber bezüglich Arbeitszuteilung und beruflichen Rollen je nach Betrieb oder Abteilung variieren kann. Personen mit einem stark patientenorientiert, altruistisch geprägten Wertesystem sollten daher beiden Optionen gleichermassen Bedeutung zumessen. Insofern wären folgende Hypothesen zu prüfen:

- H B2: *Je wichtiger familienorientierte Werte, desto höher die Wahrscheinlichkeit, eine Option ausserhalb des Berufsfeldes Pflege (nicht FaGe oder Tertiär Pflege) zu wählen.*
- H B3: *Je wichtiger die patientenorientierten Werte, desto höher die Wahrscheinlichkeit, eine Option innerhalb des Berufsfeldes Pflege (FaGe oder Tertiär Pflege) zu wählen.*

Die Rolle intrinsischer Werte bei dieser Entscheidung ist komplex. Zum einen wäre bei der Wahl einer höheren Bildungsstufe im gleichen Berufsfeld davon auszugehen, dass mit Erwerb der höheren Stufe auch höhere intrinsische Anreize wie Aufgabenvielfalt, Eigenverantwortung und Herausforderung verbunden werden. Demzufolge sollten stark intrinsisch motivierte Personen von der Tertiärbildung Pflege angezogen werden. Zum anderen ist ein weiterer Mechanismus denkbar: Wie in Kapitel 2 dargestellt, unterliegt die konkrete Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen beiden Pflegestufen (FaGe und Tertiär Pflege) stark betrieblichen Bedingungen. Dies hat zur Folge, dass die zu erwartenden intrinsischen Arbeitsanreize als FaGe oder Pflegefachperson (wie vielseitige, herausfordernde, eigenverantwortliche und sinnvolle Tätigkeiten) zwischen den Betrieben stark variieren können, da von der Arbeitsorganisation und dem Segment eines Betriebs abhängig. Dies trifft insbesondere für die Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen diplomierten Pflegenden und FaGe zu (vgl. Kap. 3.3), die im Akutkrankenhaus stärker, im Pflegeheim weniger hierarchisch abgegrenzt sein sollte. Dies bedeutet, dass ein Tertiärstudium im Pflegeheim hinsichtlich intrinsischer Anreize weniger Verbesserung und damit geringeren subjektiven Nutzen bringen würde als im Akutkrankenhaus. Infolgedessen müssten sich gleich stark intrinsisch motivierte Lernende mit Ausbildungsbetrieb Akutkrankenhaus mit höherer Wahrscheinlichkeit später für ein Pflegestudium entscheiden als Lernende mit Ausbildungsbetrieb Pflegeheim. Es wird folgende Hypothese getestet:

- H B5: *Der Effekt von intrinsischen Wertorientierungen auf die Entscheidung für eine Tertiärausbildung Pflege hängt vom Versorgungsauftrag des Ausbildungsbetriebs ab: Höhere intrinsische Wertorientierungen wirken sich bei Lernenden aus dem Akutkrankenhaus stärker*

positiv auf die Entscheidung für ein Tertiärstudium Pflege aus als bei Lernenden aus dem Pflegeheim.

Die subjektive Kostenwahrnehmung bemisst sich daran, welcher Verlust an intrinsischen, extrinsischen, familienorientierten und patientenorientierten Anreizen von den Lernenden erwartet wird, wenn sie sich später für eine und gegen eine andere Option entscheiden. Sie resultiert für eine Tertiärbildung Pflege anstelle einer Erwerbstätigkeit als FaGe aus der Relation von erwarteten Arbeitsanreizen für beide Optionen (vgl. Kap. 3.4.2). Je weniger die Erwartungen an die Tätigkeit als Pflegefachperson jene an die Tätigkeit als FaGe übersteigen, desto höher werden die relativen Kosten eines Pflegestudiums wahrgenommen, und desto tiefer liegt die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegestudium zu wählen. Je höher die Erwartungen an die Tätigkeit als Pflegefachperson die Erwartungen an die Erwerbstätigkeit als FaGe übersteigen, desto tiefer fällt die subjektive Kostenerwartung für ein Pflegestudium aus, und desto höher liegt die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegestudium zu wählen. Angewendet auf die einzelnen Arbeitswerte, respektive subjektive Kostenwahrnehmung, ist folgende Hypothese zu prüfen:

- H B4: *Je höher die intrinsischen, die extrinsischen, die familienorientierten, die patientenorientierten- und prestigeorientierten Kosten für ein Tertiärstudium Pflege wahrgenommen werden, desto tiefer ist die Wahrscheinlichkeit, diese Option zu wählen.*

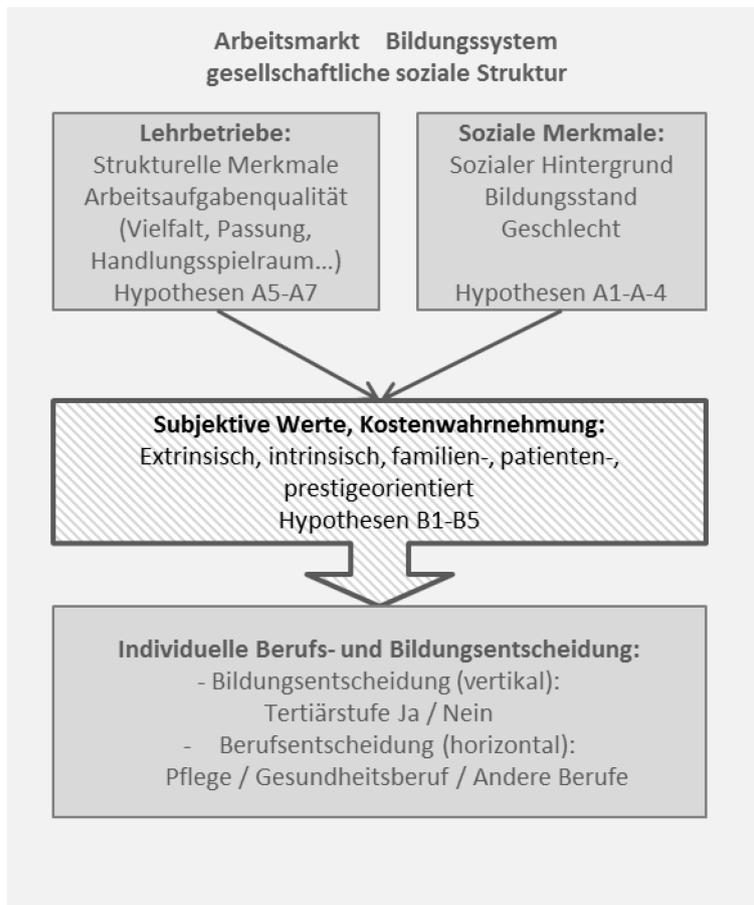
3.5 Synthese und Hypothesenübersicht

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der übergeordneten Fragestellung, welche individuellen Wertvorstellungen, Merkmale und Einflüsse aus dem sozialen und betrieblichen Umfeld während der Lehre die späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen von Lernenden Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit erklären. Sie hat zum Ziel folgende Subfragen hypothesengestützt zu beantworten:

- a) *Welche Rolle spielen bei der Entscheidung für Erwerbstätigkeit oder Tertiärbildung Pflege/Gesundheit betriebliche Faktoren (Strukturen, Arbeitsumgebung und Arbeitstätigkeiten im Ausbildungsbetrieb), sowie der individuelle soziale Hintergrund und das Geschlecht? (Hypothesen A1-7)*
- b) *Welchen Einfluss üben subjektive Wertvorstellungen und Kosten- und Nutzenabwägungen der Entscheidungsoptionen aus, und hängen diese Abwägungen von betrieblichen Faktoren ab? (Hypothesen B1-5)*

Das konzeptionelle Entscheidungsmodell dieser Arbeit verbindet sozialpsychologische Arbeitswertekonzepte mit einem an die Theorie der rationalen Wahl angelehnten Konzept der Kostenwahrnehmung. Es betrachtet Wertorientierungen und Kostenwahrnehmungen im Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem sozialem Hintergrund des Elternhauses und insbesondere mit dem Arbeitsumfeld im Ausbildungsbetrieb. Die Berufs- und Bildungsentscheidung umfasst dabei eine vertikale Entscheidungsdimension (Bildungsentscheidung Tertiärbildung ja/nein) sowie eine inhaltlich-horizontale Dimension (Berufsentscheidung „Erwerbstätigkeit“, Tertiärbildung Pflege, Tertiärbildung anderer Berufe, vgl. Abb. 10, S. 53).

Abbildung Nr. 10: Konzeptionelles Entscheidungsmodell



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

Es werden folgende Hypothesen untersucht:

Zum Einfluss des sozialen Status des Elternhauses und des Geschlechts

- A1. Je höher der soziale Status des Elternhauses und die schulische Vorbildung und Leistungen der Lernenden, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Studium auf der Tertiärstufe anstatt der Erwerbstätigkeit im Beruf FaGe (oder einer anderen, nicht-tertiären Option) zu wählen.
- A2. Je höher der soziale Status des Elternhauses und die schulische Vorbildung und Leistungen der Lernenden, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Bachelorstudium Gesundheit (Tertiär A) anstatt eines Pflegestudiums (v.a. Tertiärstufe B) zu wählen.
- A3. Männer wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Frauen ein Studium auf der Tertiärstufe anstelle der Erwerbstätigkeit im Beruf FaGe (oder einer anderen nicht-tertiären Option)
- A4. Männer wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Frauen ein Bachelorstudium Gesundheit (Tertiär A) anstelle eines Pflegestudiums (v.a. Tertiärstufe B).

Zum Einfluss des Ausbildungsbetriebs

- A5. Lernende aus Akutkrankenhäusern (a) bewerten ihre Arbeitsaufgaben positiver und haben (b) höhere schulische Voraussetzungen (frühere Abschlüsse, Schulleistungen) als Lernende aus Pflegeheimen.
- A6. Je besser die Arbeitsaufgabenqualität von den Lernenden bewertet wird, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Tertiärstudium Pflege zu wählen oder als FaGe erwerbstätig zu sein.
- A7. Lernende aus Akutkrankenhäusern wählen mit höherer Wahrscheinlichkeit als Lernende aus Pflegeheimen ein Studium auf einer der beiden Tertiärstufen, insbesondere ein Pflegestudium.

Zu Wertorientierungen und Kostenwahrnehmungen

- B1. Je höher die extrinsische Werteorientierung, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein Tertiärstudium Pflege zu wählen.
- B2. Je wichtiger familienorientierte Werte, desto höher die Wahrscheinlichkeit, eine Option ausserhalb des Berufsfeldes Pflege (nicht FaGe oder Tertiär Pflege) zu wählen.
- B3. Je wichtiger die patientenorientierten Werte, desto tiefer die Wahrscheinlichkeit, eine Option ausserhalb des Berufsfeldes Pflege (nicht FaGe oder Tertiär Pflege) zu wählen.
- B4. Je höher die intrinsischen, die extrinsischen, die familienorientierten, die patientenorientierten- und prestigeorientierten Kosten für ein Tertiärstudium Pflege wahrgenommen werden, desto tiefer ist die Wahrscheinlichkeit, diese Option zu wählen.
- B5. Der Effekt von intrinsischen Wertorientierungen auf die Entscheidung für eine Tertiärbildung Pflege hängt vom Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs der Lernenden ab: Höhere intrinsische Wertorientierungen wirken sich bei Lernenden aus dem Akutkrankenhaus stärker positiv auf die Entscheidung für ein Tertiärstudium Pflege aus als bei Lernenden aus dem Pflegeheim.

4 Methodik

Das Design dieser Studie ist eine prospektive quantitative Längsschnittuntersuchung. Eine vollständige Kohorte von FaGe-Lernenden des dritten Ausbildungsjahr in allen schweizerischen Landesteilen wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten zu ihrer Ausbildungssituation und zu ihren Berufs- und Bildungsentscheidungen befragt (vgl. Abb. 11). Beide Datenerhebungen wurde von der Verfasserin im Rahmen eines vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) geförderten Drittmittelprojektes „Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit“ (Trede & Schweri, 2013) durchgeführt. Es handelt sich daher um Primärdaten, mit denen teilweise bereits publiziert wurde (Trede & Schweri 2012, 2013). Sie werden in dieser Dissertation vertieft und mit neuem Schwerpunkt analysiert.

Abbildung Nr. 11: Längsschnittdesign der Laufbahnstudie FaGe



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015)

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtpopulation der befragten FaGe-Kohorte umfasst die Lernenden des dritten Lehrjahres der dreijährigen Grundbildung FaGe aus 26 Kantonen in allen Landesteilen. Für die erste Befragung dieser Kohorte waren zu Beginn des dritten Lehrjahres $n = 2209$ Lernende aus 24 Kantonen gemeldet. Zwei Kantone (Jura und Neuenburg) konnten nicht für die Teilnahme gewonnen werden, da die zuständigen Organisationen der Arbeitswelt die Koordination der Befragung nicht übernahmen. Dies hatte zeitliche und organisatorische Gründe und betraf im kleinen Kanton Jura eine Klasse (18 Lernende). Im Kanton Neuenburg handelte es sich um zwei Klassen, deren Anzahl Lernender nicht in Erfahrung gebracht werden konnte. Beide Kantone repräsentieren insgesamt drei Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung aus dem Jahr 2010 (BFS, 2011). Somit handelt es sich bei der Erstbefragung nahezu um eine Vollerhebung.

Für die Analyse in dieser Dissertation wird ein Subsample dieser Gruppe verwendet: Es werden ausschliesslich die Fälle eingeschlossen, von denen Daten zum ersten Befragungszeitpunkt ($n=2089$) sowie zu den Berufs- und Bildungsentscheidungen bis ein Jahr nach Abschluss beim zweiten Befragungszeitpunkt vorliegen ($n = 1068$). Weitere Informationen zur Untersuchungsgruppe folgen weiter hinten (Kap. 4.3).

4.2 Instrumente

Das Instrument – ein standardisierter Fragebogen mit Möglichkeiten für offene Antworten und Kommentare – wurde für diese Untersuchung erstellt. Basis dafür war ein bestehender Fragebogen, der im Rahmen eines kantonalen Vorgängerprojektes „Laufbahntscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit im Kanton Bern“ bereits angewendet wurde (Trede, 2010; Trede & Schweri, 2014). Diese Vorversion wurde für die nationale Befragung, die die Datengrundlage dieser Arbeit bildet, überprüft, angepasst und übersetzt. Dies geschah in mehreren Schritten.

4.2.1 *Konzeption zum ersten Befragungszeitpunkt (T1)*

1. Überprüfung der vorliegenden Items und Skalen auf Validität und Reliabilität anhand der vorliegenden Ergebnisse und psychometrischen Angaben der Vorversion (Trede, 2010).
2. Inhaltlicher Abgleich der vorliegenden Items und Skalen mit den Fragestellungen des nationalen Projektes.
3. Konzeption der Papierversion des Fragebogens in deutscher Sprache.
4. Prüfung des ersten Entwurfes von wissenschaftlichen Fachpersonen verschiedener Disziplinen auf Stimmigkeit und Verständlichkeit; Überarbeitung.
5. Prüfung des zweiten Entwurfes von Fachpersonen aus der FaGe-Ausbildung (Lehrpersonen, Begleitpersonen in Betrieben) auf Stimmigkeit und Verständlichkeit; Überarbeitung.
6. Pretest bei insgesamt 73 Lernenden in einer Gelegenheitsstichprobe, davon 14 aus dem Kanton Bern, 15 aus dem Kanton Graubünden, 15 aus den Zentralschweizer Kantonen, 13 aus dem Kanton St. Gallen, 9 aus dem Kanton Schaffhausen, 7 aus dem Kanton Zürich.
7. Überprüfung der Daten des Pretests auf Verständlichkeit und Vollständigkeit, sowie Auswertung der offenen Kommentare. Überarbeitung.
8. Übersetzung des Fragebogens ins Französische und Italienische. Lektorat, sprachliche und inhaltliche Validierung mit muttersprachlichen Fachpersonen aus der jeweiligen Sprachregion.
9. Pretest bei insgesamt 10 französischsprachigen Lernenden (Gelegenheitsstichprobe), Überarbeitung. Ein Pretest auf Italienisch wurde mit zwei Lernenden durchgeführt, danach Befragungsbeginn.

Es wurde eine Frage integriert, anhand welcher ein individueller anonymer Code von den Befragten selbst generiert werden konnte, der nur von der einzelnen Person selbst replizierbar war. Dieser Code diente dazu, die Daten der ersten Befragung mit jenen der zweiten zu verbinden. Ebenfalls wurde das Einverständnis für eine nochmalige Kontaktaufnahme für die Zweitbefragung abgefragt. Weitere Angaben zu den erhobenen Variablen siehe Kap. 4.2.3.

4.2.2 *Konzeption zum zweiten Befragungszeitpunkt (T2)*

Der Fragebogen der zweiten Erhebung wurde für eine computerbasierte online-Befragung konzipiert, da die Befragten nach Abschluss der Ausbildung nicht mehr über ihre Ausbildungsorte erreicht werden konnten. Die Programmierung erfolgte mit der Befragungssoftware „Unipark EFS-Survey“ von Questback GmbH (2012). Die Entwicklung des online-Fragebogens erfolgte in mehreren Schritten:

1. Festlegung der Befragungsinhalte für die Zweitbefragung anhand der Projektfragestellungen; wenn nötig Anpassung der Itemformulierungen aus T1 oder Neuformulierung, Konzeption mittels Visio-Flussdiagrammen.
2. Prüfung des Konzeptes von wissenschaftlichen Fachpersonen verschiedener Disziplinen auf Stimmigkeit; Überarbeitung.
3. Programmierung der Erhebungssoftware.
4. Prüfung der online-Version von Fachpersonen aus dem Umfeld der FaGe-Ausbildung (Lehrpersonen, Begleitpersonen in Betrieben) auf Stimmigkeit und Verständlichkeit; Überarbeitung.
5. Überprüfung der technischen Funktionen und Filterführung, Pretest durch die Support-Community des unipark-survey-Teams.
6. Übersetzung des Online-Fragebogens ins Französische und Italienische. Lektorat, sprachliche und inhaltliche Validierung mit muttersprachlichen Fachpersonen aus der jeweiligen Sprachregion.
7. Pretest bei 40 deutschsprachigen, fünf französischsprachigen und zwei italienischsprachigen Lernenden, die zufällig ausgewählt wurden.
8. Letzte Anpassungen, danach Befragungsbeginn.

4.2.3 *Verwendete Variablen und Skalen*

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Daten aus beiden Erhebungszeitpunkten verwendet: Dies sind Daten zu sozialen individuellen Merkmalen, zum Ausbildungsbetrieb und zu Werten und Erwartungen der Lernenden im dritten Ausbildungsjahr (T1) sowie zu den Abschlussnoten und zur aktuellen Haupttätigkeit ein Jahr nach Abschluss der FaGe-Ausbildung (T2) (vgl. Abb. 11, S. 55). Im Folgenden wird die Operationalisierung der Konzepte beschrieben. Wenn vorhanden, werden Gütekriterien aus der Literatur aufgeführt. Die Codierung der Variablen wird ebenfalls dargestellt.

Abhängige Variable: Die Berufs- und Bildungsentscheidung

Abhängige Variablen in dieser Untersuchung sind die möglichen Entscheidungsalternativen nach der FaGe-Ausbildung. Die getroffenen Entscheidungen und aktuellen Tätigkeiten wurden zum zweiten Befragungszeitpunkt (T2, ein Jahr nach Abschluss der Ausbildung) erfragt. Diese Alternativen leiten sich hauptsächlich aus den verfügbaren Berufs- und Bildungswegen mit Abschluss einer FaGe-

Ausbildung ab (vgl. Kap. 2.5). Die Itemformulierungen wurden selbst entwickelt. Die wichtigsten nach der FaGe-Ausbildung direkt zugänglichen Entscheidungsoptionen sind:

- Erwerbstätigkeit im Beruf FaGe (Pflegerberuf Sekundarstufe II).
- Tertiärstudium Pflege auf Stufe höhere Fachschule oder Fachhochschule.
- Besuch einer Maturitätsschule nach Abschluss der Lehre zum Erwerb einer fachgebundenen Hochschulreife Gesundheit (BMS 2) oder – mit bereits vorhandener BMS – zum Erwerb der allgemeinen gymnasialen Hochschulreife.
- Tertiärstudium eines anderen (pflegerisch-therapeutischen) Gesundheitsberufes auf Stufe Fachhochschule (Hebamme/Geburtshilfe, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung).
- Tertiärstudium eines (medizintechnischen) Gesundheitsberufes auf Stufe höhere Fachschule (z.B. Biomedizinische Analytik, Rettungssanität, Technische Operationsfachperson).
- Wechsel in ein anderes Berufsfeld (Sozialpädagogik, soziale Arbeit, Pädagogik/Lehrberuf oder sonstige Berufe), überwiegend Fachhochschul- oder pädagogische Hochschulangebote, oder aber andere berufliche Grundbildungen (Sek II) als „Zweitausbildung“.
- Übergangsphasen wie Auslandsaufenthalt und Zwischenjahre, Militär, Erwerbslosigkeit oder Familienphase.

Die Lernenden hatten zudem die Möglichkeit, Bemerkungen, Ergänzungen oder Alternativen ihrer Entscheidung im Freitext festzuhalten. Um die Bildungs- und Berufsdimension der Entscheidung (vgl. Abb. 2, S. 21) abzubilden, wurde die abhängige Variable dieser Untersuchung in zwei Varianten codiert.

Erstens erfolge die Codierung als eine *vertikale Bildungsentscheidung* als dichotome Variable: Befindet sich eine Person ein Jahr nach Abschluss auf einer Tertiärstufe A oder B, gleich welcher Fachrichtung und Beruf, oder in einem speziellen Programm für Absolvierende eines EFZ zum Erwerb einer fachgebundenen (oder allgemeinen) Hochschulreife („BMS“), wird dies als „*Entscheidung für Tertiärbildung ja = 1*“ codiert. Jene in einem BMS Programm zählen zur Tertiärbildung, da bei diesen zumindest von einer Absicht auszugehen ist, eine solche später zu besuchen. Alle anderen Fälle zählen als „*Entscheidung für Tertiärbildung nein = 0*“.

Zweitens erfolgte die Codierung als eine gemischt berufliche horizontale und vertikale Bildungsentscheidung in vier Entscheidungskategorien. Diese gemischte vertikale-horizontale Codierung berücksichtigte die empirisch bereits bekannten Haupttätigkeiten von FaGe ein Jahr nach Abschluss des EFZ FaGe (Trede & Schweri, 2013). Diese Daten erlaubten aufgrund zu kleiner Subgruppen für die geplante Analyse dieser Untersuchung keine vollständige Differenzierung zwischen Studierenden Pflege auf Stufe Tertiär A und Tertiär B. Diese Codierung kann möglicherweise zu einem Bias der Resultate führen, sofern sich die Studierenden der HF und FH in

mit der Entscheidung korrelierten individuellen Merkmalen systematisch voneinander unterscheiden sollten. Daher werden bivariate Gruppenvergleiche der Bachelorstudierenden und Studierenden der Höheren Fachschulen nach soziodemografischen Merkmalen durchgeführt (vgl. Kap. 5.2). Um die Stabilität der Resultate zu prüfen, werden Berechnungen mit unterschiedlichen Codierungsvarianten durchgeführt. Dies sind Vergleiche zwischen Regressionsmodellen, in denen die FH-Pflege-Fälle entweder der Fachhochschuloption oder der HF-Pflege-Option zugeordnet werden (vgl. Kap. 5.3.2, 5.4.2)

Die Codierung wurde folgendermassen vorgenommen:

- Option 1 „Erwerbstätigkeit als FaGe“ erfasst alle Personen, die hauptsächlich als FaGe arbeiten, d.h. in ihrem erlernten Pflegeberuf der Sekundarstufe II tätig sind. Wer neben einem Studium oder einer Maturitätsschule als FaGe arbeitet, zählt nicht zu dieser Gruppe, sondern zur Gruppe der Studierenden.
- Option 2 „Tertiärstufe Pflege“ umfasst beide tertiären Bildungsstufen in Pflege (HF und FH). Aufgrund der Studienplatzbeschränkungen und regionalen Vorgaben repräsentiert diese Kategorie zu 90 % Pflegestudiengänge an einer Höheren Fachschule (Tertiär B), und nur zu 10 % an einer Fachhochschule (Tertiär A) (Trede & Schweri, 2013).
- Option 3 repräsentiert andere Gesundheitsberufe auf Fachhochschulniveau. Zu diesem Zeitpunkt waren dies Bachelorstudiengänge FH in den pflegerisch-therapeutischen Berufen Hebamme, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung. Der Besuch der Berufsmaturitätsschule Gesundheit, die nach einem EFZ als FaGe im Vorfeld eines Bachelorstudiums Gesundheit absolviert werden muss, wurde ebenfalls zu dieser Option gezählt, da sie kurz nach Abschluss einen zentralen Zubringerweg in die FH darstellt (Trede & Schweri, 2013).
- Option 4 „Sonstiges“ beinhaltet alle anderen Entscheidungsoptionen ausserhalb eines pflegerischen oder pflegerisch-therapeutischen Berufsfeldes. Dies sind vor allem Übergangslösungen (Ferien, Militär, Sprachaufenthalte) sowie sämtliche Wechsel in nicht pflegerisch-therapeutische Gesundheitsberufe. Unter letzteres fallen andere Berufsfelder sowie medizinisch-technische und medizinisch-administrative Bildungsgänge auf Sekundarstufe II und vereinzelt in höheren Fachschulen⁸.

⁸ Medizinisch-therapeutische Studiengänge an Höheren Fachschulen (Technischer Operationsfachperson, Biomedizinische Analytik, Rettungssanität) wurde nicht in eine eigene Kategorie aufgenommen, da diese Optionen in diesem Datensatz von weniger als 10 Personen gewählt wurden (Trede & Schweri, 2013).

Erfassung des soziokulturellen und sozioökonomischen Hintergrundes und der Schulleistungen

Folgende Informationen zur individuellen Person wurden verwendet:

1. Zur Person: Geschlecht (weiblich/männlich), Geburtsjahrgang und Migrationshintergrund (Geburtsort innerhalb oder ausserhalb der Schweiz), sowie Ausbildungsregion (Kanton und Sprachregion, in denen die FaGe-Ausbildung absolviert wurde).
2. Zum Niveau des obligatorischen Schulabschluss nach der neunten Klasse (3 Kategorien: 1 tiefstes Niveau = Grundanforderungen = Realschule (entspricht dem deutschen Hauptschulabschluss); 2 mittleres Niveau = erweiterte Anforderungen = Sekundarschule; 3 höchstes Niveau = erweiterte Anforderungen und auf Gymnasium vorbereitend = Progymnasium/Kantonsschule),
3. Zum Vorliegen einer Fachhochschulreife (Berufsmaturität während der FaGe-Ausbildung erworben: ja = 1/nein = 0)
4. Zu den schulischen Leistungen in der Ausbildung: Dafür wurde die Durchschnittsnote des abschliessenden Qualifikationsverfahrens verwendet. Sie wurden von den Lernenden beim zweiten Befragungszeitpunkt auf eine Dezimalstelle gerundet angegeben. Die Schweizer Notenskala von eins bis sechs mit sechs als bestmöglicher Note bezeichnet Noten unter vier als ungenügend (EDK, 2014).

Zusätzlich wurden Informationen zum Elternhaus erfragt. Die Itemformulierung orientierte sich an den Vorlagen der Schweizer Jugendlängsschnittstudie TREE (2008), der eidgenössischen Jugendbefragung (chX, 2010) sowie der Maturandenbefragung (Denzler & Wolter, 2008).

1. Der Bildungshintergrund (höchster Bildungsabschluss im Elternhaus).
2. Kulturelle Ressourcen (Anzahl Bücher im Elternhaus).
3. Der sozioökonomische Hintergrund (höchste berufliche Stellung im Elternhaus).

In Anlehnung an Ehmke und Sigel (2005) wurde aus dem höchsten Bildungsabschluss, der höchsten beruflichen Stellung und der Anzahl Bücher im Elternhaus ein sechsstufiger Index zur Erfassung des ökonomischen, sozialen und kulturellen Status (ESCS) gebildet. In dieser Arbeit wird über die Standardabweichung eine dichotome Variable (hoher SES = 1, mittlerer/tiefer SES = 0) verwendet. Als hoher SES wurden alle Fälle ab dem 75. Perzentil gezählt (≥ 4).

Erfassung der strukturellen Merkmale des Ausbildungsbetriebs

Informationen zu **strukturellen betrieblichen Aspekten** der Ausbildung liegen als Angaben seitens der Lernenden vor.

1. Eine dreikategoriale Variable zum Versorgungsauftrag (Arbeitsmarktsegment) des Ausbildungsbetriebs (1 = Akutkrankenhaus, 2 = Pflegeheim, 3 = Sonstige Betriebe wie Psychiatrie, Rehabilitation und häusliche Pflege) Kategorie eins und zwei stellen die

Hauptkategorien dar, auf die durchschnittlich 80 % der Ausbildungsstellen fallen (Trede, 2010, vgl. Kap. 3.3.1).

2. Eine dichotome Variable zur Betriebsgrösse (Anzahl Betten bzw. betreute Klienten pro Jahr). Hier wurde die Grössenverteilung innerhalb dieser Arbeitsmarktsegmente berücksichtigt (BFS, 2013; 2014). Akutkrankenhäuser über 500 Betten, Pflegeheime über 100 Betten und sonstige Betriebe über 300 Betten oder 1000 Klienten zählten als Grossbetrieb (= 1).

Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Arbeitsaufgaben

Die subjektive Wahrnehmung der **Arbeitsaufgabenqualität** bezieht sich auf verschiedene Merkmale von betrieblichen Arbeitsaufgaben und des betrieblichen Lernumfelds. Die Konzepte basierten auf dem „Mannheimer Inventar zur Erfassung der betrieblichen Ausbildungssituation (MIZEBA)“ (Zimmermann et al., 1994). Der vollständige Originalfragebogen MIZEBA konnte im Rahmen dieser Erhebung nicht beibehalten werden. Deshalb wurden einige Konzepte ausgewählt, die von den Fachpersonen während der Konzeption des ersten Fragebogens (T1, Kap. 4.2.1) für die Situation der FaGe-Lernenden als besonders relevant eingestuft wurden. Dies waren die Merkmale: „Vielseitigkeit“, „Passung von Anforderungs- und Fähigkeitsniveau“, „Handlungsspielraum/ Autonomie“ der Arbeitsaufgaben sowie die „Lernbegleitung“ und „Arbeitsbelastung“. Da es sich bei den hier Befragten um Lernende aus einer anderen Branche handelt als in der Originalstudie (dies waren kaufmännische Berufslernende aus Deutschland), mussten Formulierungen angepasst und auf andere erprobte Instrumente zurück gegriffen werden. Die verwendeten Instrumente sind die Folgenden:

- A) Aus dem von Prümper et al. (1995) entwickelten „Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse KFZA“ wurden die Items zur **Vielseitigkeit** von Arbeitsaufgaben verwendet. Diese Skala wird von den Autoren (ebd.) mit einer zufriedenstellenden Reliabilität (cronbachs alpha = 0.73) angegeben. Sie sind jeweils auf 6 Stufen skaliert (1 = trifft überhaupt nicht zu, 6 = trifft völlig zu).
 1. Meine Arbeit erfordert von mir vielfältige Fähigkeiten und Fertigkeiten.
 2. Ich kann bei meiner Arbeit immer wieder Neues dazulernen.
 3. Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen, häufig wechselnde unterschiedliche Tätigkeiten.
- B) Das Konzept der **Anforderungspassung** wurde mit Items aus dem „Mannheimer Inventar zur Erfassung der betrieblichen Ausbildungssituation MIZEBA“ (Zimmermann, Wild & Müller, 1999) operationalisiert. Diese Skala erreicht in der Originalstudie eine gute Reliabilität von cronbachs alpha = 0.77 (ebd.) Es wurden drei der vier Items für die Anforderungspassung ausgewählt, die auf die Situation der FaGe-Lernenden passten und die in der Berner Vorstudie eine gute Reliabilität (cronbachs alpha = 0.80) gezeigt hatten (Trede 2010). Sie sind jeweils auf 6 Stufen skaliert (1 = trifft überhaupt nicht zu, 6 = trifft völlig zu).
 1. Die mir übertragenen Aufgaben sind auf meine Kenntnisse und Fähigkeiten zugeschnitten.

2. Ich kann zeigen, was ich im betreffenden Aufgabenbereich gelernt habe.
 3. Ich kann meine Fähigkeiten voll einsetzen.
- C) Das Konzept des **Handlungsspielraums** bei den Arbeitsaufgaben war für das klinische Ausbildungssetting der FaGe nicht aus den oben genannten Instrumenten zu übernehmen und wurde daher selbst konstruiert. Gemäss den reglementarischen Vorgaben nehmen die Lernenden FaGe ihre Arbeits- und Ausbildungsaufgaben in vier verschiedenen beruflichen Kompetenzbereichen (Pflege/Betreuung, Medizintechnik, Hauswirtschaft, Administration und Logistik) wahr (Bildungsverordnung, 2008). Dabei spielt der Bereich „pflegerisch-betreuerische Aufgaben (Pflege gemäss Pflegeplanung, mit Angehörigen zusammenarbeiten) die quantitativ wichtigste Rolle (Ludwig et al., 2012; Landwehr, Ludwig & Steiner, 2005). Der Handlungsspielraum bei pflegerisch-betreuerischen Aufgaben wurde in einem Einzelitem erfragt, das bereits in der Berner Vorstudie mit eingesetzt wurde (Trede, 2010) , jeweils auf 6 Stufen skaliert, 1 = selten/nie, 6 = fast immer/immer:
- Wie häufig können sie pflegerische und betreuerische Aufgaben in eigener Verantwortung planen, durchführen und evaluieren?
- D) Die fachliche **Qualität der Lernbegleitung** wurde anhand der für die Lernenden wichtigsten Bezugsperson im Betrieb gemessen. Die Items basierten auf einer in der Jugendlängsschnittstudie TREE (2008) verwendeten Skala von sieben Items mit sehr guter Reliabilität (cronbachs alpha = 0.90). Es wurden sechs Items zum fachlichen und methodischen Qualität der Lernbegleitung durch die wichtigste Bezugsperson in der praktischen Ausbildung verwendet; ein Item erwies sich im Pretest als missverständlich (meine Bezugsperson sagt mir meist, ob ich etwas gut gemacht habe oder nicht). Die Items wurden jeweils auf 6 Stufen skaliert, 1 = trifft überhaupt nicht zu, 6 = trifft völlig zu:
1. Meine Bezugsperson weiss, was ich alles kann.
 2. Meine Bezugsperson weiss, was ich genau lernen soll.
 3. Meine Bezugsperson weiss sehr viel über den Beruf FaGe.
 4. Ich habe eine gute Beziehung zu meiner Bezugsperson.
 5. Meine Bezugsperson nimmt sich Zeit für mich, wenn ich etwas frage.
 6. Ich kann bei Fehlern mit meiner Bezugsperson überlegen, was zu verbessern ist.
- E) Das Konzept der **beruflichen Belastung** wurde mit einem spezifischen Instrument aus der klinischen Pflegepraxis gemessen. Dies war die Skala zur Erfassung von pflegerischen Belastungen von Bartholomeyczik, Beckmann & Bernhard (2007), die mit Empfehlung der Autorin verwendet wurde. Die ursprünglich 1978 entwickelte und an das Stresskonzept von Lazarus (1995) angelehnte Skala wurde in verschiedenen Studien im deutschsprachigen Raum eingesetzt und überarbeitet. Sie besteht aus zwei Subskalen, die gemäss der Originalstudien eine gute Reliabilität aufweisen (Bartholomeyczik et al., 2007): „Koordinations- und

Informationsprobleme“ (7 Items, $\alpha = 0.82$) und „psychophysische Überforderung“ (fünf Items, $\alpha = 0.72$). Aufgrund der Resultate der Berner Vorstudie (Trede 2010) wurde entschieden, in dieser Studie nur die Subskala „Psychophysische Überforderung“ mit fünf Items einzusetzen, da die Items für die Koordinations- und Informationsprobleme für bereits ausgebildete Fachpersonen mit höherer Verantwortung innerhalb einer Abteilung formuliert waren (Trede, 2010). Die Items wurden jeweils auf 6 Stufen skaliert, 1 = trifft überhaupt nicht zu, 6 = trifft völlig zu:

1. Ich bin nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft.
2. Ich habe das Gefühl, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.
3. Ich habe das Gefühl nie mit der Arbeit fertig zu werden.
4. Ich fühle mich durch PatientInnen und ihre Situation/Verhalten seelisch stark beansprucht.
5. Ich kann aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Patientinnen eingehen.

Erfassung der beruflichen Wertvorstellungen und Kostenwahrnehmungen

Arbeitswerte

Die Messung der grundlegenden und beruflichen Werte war konzeptionell nach dem Arbeitswertekonzept (Ros et al., 1999) aufgebaut (vgl. Kap. 3.4.1). Die Itemformulierungen dieser Studie orientierten sich an den Formulierungen der Jugendlängsschnittstudie TREE (2008) und Watermann (2000) und bildeten intrinsische, extrinsische, altruistische und familienorientierte Werte ab. Die Reliabilität der Subskalen war nach Angaben der Autoren (TREE, 2008) mittelmässig:

1. Extrinsische Werte mit fünf Items (einen Beruf haben mit guten Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Stellenangebot, Lohn, Anerkennung von anderen) mit cronbachs $\alpha = 0.66$.
2. Intrinsische Werte mit vier Items (eine Arbeit haben, wo ich immer dazu lernen, meine Fähigkeiten voll einsetzen, selbständig arbeiten, etwas Sinnvolles tun kann) mit cronbachs $\alpha = 0.67$.
3. Zwei Items zu altruistischen Werten (eine Arbeit haben, bei der ich viel Kontakt mit Menschen habe, einen Beruf haben, in dem ich anderen helfen kann) wurden durch ein spezifisches Item für den direkten Patientenkontakt ersetzt, das bereits in der Berner Vorstudie eingesetzt worden war (Trede, 2010): „Eine Arbeit haben, bei der ich viel Kontakt mit Patientinnen und Patienten habe“.
4. Die Werte für die Orientierung an Familie und Privatleben wurden angelehnt an TREE (2008) mit zwei Items erhoben (eine Arbeit mit Zeit für Privatleben haben, einen Beruf haben der mit der Familie vereinbar ist). Hierfür lagen keine Gütewerte vor.

Die Items wurden auf 4 Stufen skaliert: 1 = nicht wichtig, eher nicht wichtig, eher wichtig, 4 = wichtig.

Subjektive Kostenwahrnehmung

Subjektiv wahrgenommene Kosten werden in Anlehnung an das Modell Eccles (1995; 2005) als relative sekundäre Kosten verstanden, die das Ausmass des Verzichts bezeichnen, die mit der Wahl einer Option A und der Nichtwahl der Option B einhergehen (vgl. Kap. 3.4.2). Die relativen Kosten für ein Pflegestudium bezeichnen die Nutzendifferenz zwischen beiden Optionen FaGe und Tertiär Pflege. Die Items dieses Nutzens für die beiden Alternativen wurden analog zu den oben beschriebenen Arbeitswerten formuliert. Es wurde in einem Itemblock erfragt, welche Anreize (oder Vorteile, Nutzen) mit der Berufstätigkeit als FaGe erwartet wurden. In einem weiteren Itemblock wurde erfragt, welche Anreize mit der Berufstätigkeit als diplomierte Pflegefachfrau/mann verbunden werden. Auf einer sechsstufigen Skala von „1 = trifft überhaupt nicht zu bis 6 = trifft völlig zu“ konnten folgende Aussagen eingestuft werden:

Wie wäre es, wenn Sie nach der Ausbildung als FaGe arbeiten würden?

- Als FaGe verdiene ich einen guten Lohn.
- Als FaGe kann ich selbständig arbeiten.
- Als FaGe habe ich häufigen Patientenkontakt.
- Usw.

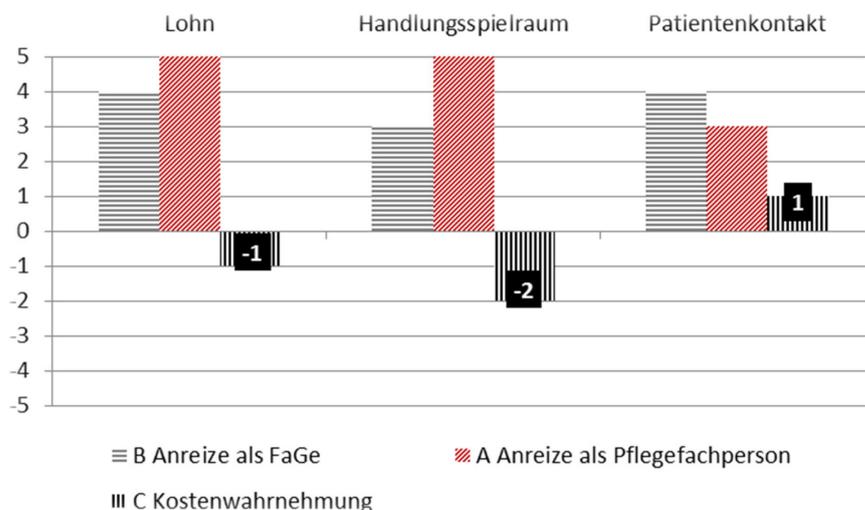
Und stellen Sie sich nun vor, Sie schliessen nach der Ausbildung zur FaGe eine Ausbildung/Studium als Pflegefachfrau/mann (PFF) ab. Wie wäre das?

- Als Pflegefachfrau/mann verdiene ich einen guten Lohn.
- Als Pflegefachfrau/mann kann ich selbständig arbeiten.
- Als Pflegefachfrau/mann habe ich häufigen Patientenkontakt.
- Usw.

Bei der Option „Pflegefachfrau/mann“ wurde zusätzlich die Antwortmöglichkeit „weiss nicht“ aufgenommen, da in der Berner Vorstudie dokumentiert wurde, dass manche Lernenden sich nicht in der Lage sahen, diese Option einzuschätzen (Trede, 2010). Diese Fälle werden daher bei den Analysen systembedingte fehlende Werte aufweisen (zum Umgang damit siehe 4.5.1).

Die Kosten (C) für ein Pflegestudium wurde aus der Differenz des Nutzens der Entscheidung A (Tertiärstudium Pflege) im Vergleich zum Nutzen der Entscheidung B (Berufstätigkeit FaGe) berechnet: $C = (B - A)$, vgl. Abb. 12.

Abbildung Nr. 12: Konzept der subjektiven Kostenwahrnehmung



Bemerkungen: eigene Darstellung (Trede, 2015), fiktive Werte

Ein negativer Wert C (längsgestreifte Balken) bedeutet dabei, dass der Nutzen der Tätigkeit A (diagonal gestreifte Balken, Arbeit als Pflegefachperson) jenen der Tätigkeit B (quer gestreifte Balken, Arbeit als FaGe) in der Erwartung der Lernenden übersteigt und Negativ-Kosten (= Gewinn) für die Bildungsalternative „Pflegestudium“ entstehen (vgl. Abb. 12). Dies ist im Beispiel beim Lohn und dem Handlungsspielraum der Fall. Ein positiver Wert C bedeutet, dass der Nutzen der Tätigkeit A (Arbeit als Pflegefachperson) geringer wahrgenommen wird als jener der Tätigkeit B (Arbeit als FaGe) und Kosten für ein Pflegestudium erwartet werden. Dies ist im Beispiel beim Patientenkontakt der Fall. Da die beiden Erwartungsvariablen von 1 - 6 skaliert sind, reicht die Skala der Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium von -5 (sehr tiefe Kosten) bis +5 (sehr hohe Kosten).

4.3 Durchführung

Nach einem Pretest (vgl. Kap. 4.2.1) wurde die Datenerhebung zum ersten Befragungszeitpunkt (T1) durchgeführt. Sie erfolgte dezentral im Zeitraum von September 2010 bis Anfang Januar 2011 im Rahmen der überbetrieblichen Kurse bzw. im Berufsfachschulunterricht durch die kantonalen Branchenverbände. Die Befragung fand an einem Unterrichtstag statt und wurde klassenweise in zwei dafür reservierten Lektionen durchgeführt und durch geschulte Personen begleitet. Mit der Befragung durch dafür geschulte Begleitpersonen sollte den Lernenden die Bedeutung ihrer Teilnahme an der Studie vermittelt und ihre Motivation zur Teilnahme gefördert werden. Die Schulung der Erhebungspersonen wurde durch die Verfasserin bei den einzelnen Branchenverbänden durchgeführt. Pro Branchenverband wurde mindestens eine Erhebungsperson geschult, die die Verantwortung für die Datenerhebung trug. Zusätzlich wurde dreisprachiges Informationsmaterial zu Zielen, Inhalten, Ablauf sowie Datenschutz und Anonymität der Befragung verteilt, das allen Lernenden vor der Befragung präsentiert und zusätzlich an alle schriftlich verteilt wurde. Die Erhebungspersonen

erhielten zudem eine Power Point Präsentation, mit der die Lernenden zu Beginn der Befragung informiert wurden sowie ergänzende schriftliche Informationen, die die Erhebungsperson bei Unklarheiten unterstützten. Bestandteil der Information war die Information an die Lernenden, dass es ihnen frei stand, den Fragebogen nicht auszufüllen. Durch diese Massnahmen konnte die Befragung bei 16 verschiedenen Branchenverbänden, 117 Klassenverbänden und 2'089 Personen in drei Sprachregionen unter vergleichbaren Bedingungen und Informationsstand stattfinden.

Die Befragung erfolgte schriftlich auf Papierfragebögen. Das Vorgehen der schriftlichen Befragung im Unterricht wurde gewählt, da aus postalischen oder Online-Befragungen erfahrungsgemäss (Bortz & Döring, 2003) viele fehlende Angaben und eine schlechte Beteiligung resultieren – insbesondere bei umfangreichen Fragebögen. Es kann dadurch zu einer verzerrten Stichprobe durch die Selbstselektion kommen, was mit der Erhebung während der Unterrichtszeit im Klassenverband reduziert werden konnte. Als Anreiz für die vollständige Beantwortung der Fragen wurde die Möglichkeit angeboten, an einer Verlosung verschiedener kleinerer Gutscheine teilzunehmen. Der Einsatz von sogenannten „Incentives“ kann jedoch zugleich auch die Antworten systematisch verzerren, falls die Befragten sich an den mutmasslichen Interessen der Auftraggeber orientieren, um ihre Gewinnwahrscheinlichkeit zu erhöhen (Hlawatsch & Krickl, 2014). Die Incentives wurden hier angewendet, da die Geldwerte und die Gewinnwahrscheinlichkeit nicht hoch gesetzt waren, die Auftraggeber kein Eigeninteresse verfolgten und ausserdem von einer hohen Eigenmotivation für die Beantwortung auszugehen war.

Alle Lernenden, deren Kontaktdaten aus der ersten Erhebung vorlagen, wurden zwischen beiden Erhebungszeitpunkten zweimal kontaktiert. Einmal, um den erfolgreichen Abschluss der ersten Befragung mitzuteilen und für die Teilnahme zu danken (April 2011); das zweite Mal, um eine Kurzversion der bisherigen Resultate zu senden, den zweiten Befragungstermin anzukündigen und ein gutes Neues Jahr zu wünschen (Januar 2012). Die Daten der *zweiten Befragung* (2012) wurden ein Jahr nach Ausbildungsabschluss zwischen Juni und September 2012 erhoben. Sie erfolgte im ersten Schritt online (vgl. Kap. 4.2.2), da die Untersuchungsgruppe zu diesem Zeitpunkt nicht mehr über die Ausbildungsinstitutionen erreichbar war. Nach dem Pretest wurden alle Teilnehmenden der ersten Befragung per Mail und per Post für die Befragung eingeladen, wenn diese Kontaktangaben und das Einverständnis für eine nochmalige Kontaktaufnahme vorlagen. Mit dem Einladungsschreiben und dem Einladungsmail wurde ein Link zur Onlinebefragung versandt, nochmals über die Studie informiert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und Nicht-Teilnahme hingewiesen. Dieselben Informationen fanden sich ebenfalls auf der Eintrittsseite der Online-Befragung. Wie bei der Erstbefragung war eine Verlosung von Gutscheinen oder Spenden als Anreiz integriert. Im ersten Monat wurde mit zwei elektronischen und postalischen Erinnerungen ein Rücklauf von etwa 36 % erzielt. Im zweiten Erhebungsmonat erfolgten telefonische Kontaktaufnahmen und Erinnerungen. Ebenfalls wurde telefonisch erfragt, ob die Befragung schriftlich-postalisch erwünscht sei. Im dritten

Monat wurden an die bisher Nicht-Teilnehmenden postalische Erinnerungen versandt, denen eine Papierversion des Fragebogens beigelegt wurde. Der Rücklauf betrug nach vier Monaten bei Erhebungsabschluss Ende September 53 %. Die Befragung wurde Ende September 2012 abgeschlossen. Für eine Übersicht der beiden Erhebungsdurchführungen siehe Tabelle 1.

*Tabelle Nr. 1
Durchführungsverlauf beider Befragungen*

Lernende	Anzahl	Bemerkung
Erstbefragung		
Lernende FaGe im 3. Lehrjahr 2010/2011 (versandte Fragebögen), Gesamtpopulation	2209	Ohne Kanton Neuchâtel und Jura (nicht teilgenommen)
Erhaltene, ausgefüllte Fragebögen im Januar 2011	2089	Rücklauf 95 %
Zweitbefragung		
Befragengruppe 1 Jahr nach EFZ- Abschluss (Juni - September 2012)	2016	13 Personen ohne Einwilligung für Zweitbefragung, 2076 angeschrieben, 60 ungültige Adressen
Erhaltene, ausgefüllte Fragebögen, davon 25 % Papierversionen	1068	Rücklauf 53 %

4.3.1 Erfassung und Aufbereitung

Die Datenerfassung wurde von drei Assistenzpersonen durchgeführt, die vor Beginn ihrer Tätigkeit eine Datenschutzvereinbarung unterzeichneten. Die Sprachkompetenz für die deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Versionen war vorhanden. Sie erhielten eine Einführung in die Erfassung sowie eine schriftliche Anleitung bzw. persönliche Unterstützung bei Unklarheiten. Die Daten der Erstbefragung wurden aus den Papierfragebögen direkt im Statistikprogramm SPSS erfasst und für die spätere statistische Aufbereitung und Analyse in das Statistikprogramm STATA 12 exportiert. Die Datenerfassung der online-Befragung zum zweiten Befragungszeitpunkt konnte durch einen einfachen Datenexport in die Statistiksoftware SPSS und STATA 12 durchgeführt werden. Die Papierversionen der Onlinebefragung wurden manuell im Office-Programm Excel erfasst und anschliessend in das Statistikprogramm STATA 12 exportiert. Die Daten der Erst- und der Zweitbefragung wurden anhand des Befehls „merge“ von STATA 12 zusammen geführt. Im Vorfeld wurden die Datensätze jeweils einzeln, nach Zusammenführung dann gemeinsam plausibilisiert.

4.3.2 Ethische Aspekte

Erstbefragung

Freiwilligkeit: Die Lernenden wurden vor Beginn der Befragung im Klassenverband mündlich sowie im Begleitschreiben des Fragebogens schriftlich darauf hingewiesen, dass es ihnen frei stehe, die Fragen zu beantworten oder nicht zu beantworten.

Vertraulichkeit: Den befragten Lernenden wurde die vertrauliche Behandlung ihrer Daten zugesichert. Sämtliche Antworten wurden anonym behandelt und nur zu Forschungszwecken verwendet. Die Auswertung und Berichterstattung liess und lässt keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen zu.

Die jeweiligen Branchenverbände und Berufsfachschulen erhielten keine Einsicht in die Rohdaten und Fragebögen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden vollständig eingesammelt und verblieben ausschliesslich bis zum Abschluss der Arbeit bei den verantwortlichen Forschenden. Sie werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (2014) zehn Jahre in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt, zu dem nur zwei Personen Zugang haben. Die Daten wurden für die Analyse vollständig anonymisiert und vercodet.

Zweitbefragung

Zur Kontaktaufnahme und Einladung für die Zweitbefragung wurden die von den Befragten angegebenen Adressen verwendet. Bei zwei Kantonen konnten zusätzlich aktuellere Adressbestände der kantonalen Branchenverbände verwendet werden. Die Lernenden wurden im Einladungsschreiben nochmals über den Zweck der Befragung und den Zusammenhang mit der Erstbefragung informiert und darauf hingewiesen, dass es ihnen frei stehe, die Fragen zu beantworten, oder nicht zu beantworten. Es wurden nur Personen angeschrieben, die sich bei der Erstbefragung einverstanden erklärt hatten, nochmals teilzunehmen. Durch den bei der Erstbefragung erhobenen anonymen Identifikationscode konnten die Daten unter Wahrung der Anonymität den richtigen Personen der Erstbefragung zugeordnet werden.

Sämtliche Antworten der Teilnehmenden wurden anonym behandelt und nur zu Forschungszwecken verwendet. Die Software der elektronischen Datenerhebung (QuestBack GmbH, 2012) entsprach den Richtlinien zum Umgang mit Adressen in der Markt- und Sozialforschung des Bundesverbands deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (2011). Die Auswertung und Berichterstattung liess keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen zu. Die online erhobenen Daten wurden für die Analyse vollständig anonymisiert und vercodet und werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (2014) aufbewahrt.

4.4 Analysemethodik

In diesem Abschnitt werden die statistischen Analyseverfahren beschrieben, die zur Überprüfung der formulierten Hypothesen eingesetzt werden. Alle Berechnungen erfolgten mittels des statistischen Programmpakets STATA, Version 13.

Vor der Hypothesenprüfung werden *deskriptive* Analysen durchgeführt. Bei der deskriptiven Analyse geht es darum, die Verteilung der Daten genauer darzustellen. Diese Darstellung erfolgt mit den gängigen Techniken der Datenreduktion wie Mittelwerte, Standardabweichung oder Maximum- und Minimumangaben (Bortz & Döring, 2003; Field, 2005). Dies dient der genaueren Kenntnis der Merkmale der Untersuchungsgruppe, ihres individuellen sozialen Hintergrundes und beruflichen Ausbildungskontextes (vgl. Kap. 5.1). Die Einflussfaktoren auf die Entscheidung der Lernenden werden zunächst bivariat betrachtet, um verschiedene mögliche Einflussfaktoren und die Berufs- und Bildungsentscheidung miteinander in Beziehung zu setzen (vgl. Kap. 5.2). Die Signifikanz der

Unterschiede in den erklärenden Variablen zwischen zwei oder mehreren Subgruppen wird mit den für die jeweiligen Skalenniveaus empfohlenen Testverfahren berechnet (Bortz & Döring, 2003).

In der univariaten oder bivariaten Analyse können Zusammenhänge von mehreren unabhängigen Indikatoren mit dem zu erklärenden Merkmal nicht zweifelsfrei erkannt werden, wenn – wie in den Sozialwissenschaftlichen häufig der Fall – komplexe Merkmale vorliegen, die mit einem Indikator nur unzureichend gemessen werden können (Bortz, 2004). Dies kann nur durch die gleichzeitige Analyse mehrerer beeinflussender Indikatoren mit den sogenannten multivariaten Analyseverfahren erreicht werden. Diese werden für die Hypothesenprüfung eingesetzt.

Die hier zu testenden Hypothesen bauen aufeinander auf und sind in verschiedene Pfade von Einflussmechanismen zu strukturieren (vgl. Analysemodell Abb. 13, S. 77). Zudem befinden sich sowohl manifeste als auch latente Variablen im Datensatz (Kap. 4.2.3), deren Bedeutung oft mit Strukturgleichungsmodellen analysiert wird (Reinecke, 2005). Zurzeit ist allerdings keine Analysesoftware für Strukturgleichungsmodelle mit der hier vorliegenden Datenstruktur verfügbar, welche Modellschätzungen mit nominalen mehrkategorialen abhängigen und mediierenden Variablen zulässt (Muthèn & Muthèn, 2013). Deshalb wird die Hypothesenprüfung mit einzelnen, aufeinander aufbauenden Modellen der multiplen logistischen Regression (Wooldridge, 2008) durchgeführt (Kap. 4.3.1). Die verschiedenen Skalenindizes (vgl. Kap. 4.2.3) werden dabei als manifeste Variable eingesetzt, wodurch die einzelnen Fehlervarianzen der zugrundeliegenden Variablen nicht berücksichtigt werden können. Ergänzend zu den multiplen logistischen Regressionsmodellen werden die Effekte in direkte und indirekte Anteile zerlegt und interaktive (Kap. 4.3.2) Effekte bestimmt.

4.4.1 Binäre und multinomiale logistische Regression

Es werden zwei verschiedene logistische Regressionen eingesetzt: Zur Erklärung der Entscheidung für ein Tertiärstudium (vertikale Bildungsentscheidung) wird eine binäre logistische Regression verwendet. Zur Erklärung der Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiärstufen und Berufen (horizontale Berufsentscheidung) wird eine multinomiale logistische Regression mit vier Entscheidungskategorien angewendet (vgl. Kap. 4.2.3). Dabei wird die Hauptaktivität ein Jahr nach Ausbildungsabschluss als abhängige Variable bezeichnet (AV). Alle anderen Variablen stellen die erklärenden, unabhängigen Variablen (UAV) dar. Als Zielvariablen werden diejenigen unabhängigen Variablen bezeichnet, die bei der jeweils zu prüfenden Hypothese im Vordergrund stehen. Alle anderen Variablen werden als Kontrollvariablen bezeichnet.

Bei der multiplen logistischen Regression wird die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses, hier der Laufbahnentscheidung, unter sonst gleichbleibenden Bedingungen (*ceteris paribus*) in bestimmten Kombinationen von Einflussfaktoren (unabhängigen Variablen) geschätzt (Wooldridge, 2008). Bestimmt werden soll, in welchem Ausmass Veränderungen einer unabhängigen Variablen, alle

anderen Einflussfaktoren fix gehalten, die Wahrscheinlichkeit verändern, eine der möglichen Alternativen zu wählen. Die Effekte werden, wenn im Text nicht anders angegeben, für die multinomiale logistische Regression in „relativ risk ratio“s (RRR)“ und für die binäre logistische Regression in „odds ratio“s (OR)“ ausgewiesen. Beide Schätzwerte stellen die Chancen dar, eine der Entscheidungsoptionen (z.B. ein Studium in Pflege) in Relation zur Referenzoption (z.B. Verbleib im Beruf FaGe) zu wählen (Juil & Frydenberg, 2010). Sie drücken aus, um das wievielfache sich die Chance für eine Option (z.B. Pflegestudium) statt der Referenzoption (z.B. Erwerbstätigkeit) bei Änderung eines Einflussfaktors verändert, beispielsweise die Chancen von Frauen im Vergleich zu Männern oder höhere Berufsfachschulnoten im Vergleich zu tieferen Noten. Die Referenzoption hat den Wert „1“. OR und RRR über „1“ stellen eine Erhöhung der Chance, Werte unter „1“ eine Verringerung der Chance, Werte gleich „1“ keine Veränderung der Chance dar (Long & Freese, 2006; Juil & Frydenberg, 2010).

In den Modellen befinden sich zwei zusätzliche Parameter für die Genauigkeit der Schätzung („goodness of fit“, Wooldridge, 2008). Der Standardfehler (SE) gibt die durchschnittliche Abweichung der per Regression geschätzten Chancenverhältnisse von den tatsächlichen Daten an und ist Grundlage für die Berechnung der Konfidenzintervalle (Bland & Altman, 2000). Pseudo-R² (McFadden; vgl. Long & Freese, 2006) ist ein weiterer Messwert für die Passung (den „Fit“) der Schätzung. Er gibt an, um welchen Anteil das geschätzte Modell „besser“ ist, als das Modell mit lediglich einer Konstanten. Der Fit-Wert zwischen 0 bis <1 kennt keinen absoluten Referenzwert, sondern ist im relativen Vergleich verschiedener, ähnlicher Modelle anzuwenden (je höher der Wert, desto besser der Fit; Long & Freese, 2006).

4.4.2 *Spezielle Analysemethoden*

Bei der multiplen Regression werden aus einer Vielzahl von Prädiktoren diejenigen bestimmt, die zur Vorhersage der zu erklärenden abhängigen Variablen (hier die Haupttätigkeit ein Jahr nach Abschluss) einen substanziellen Beitrag leisten. Alle anderen Faktoren, die eine Korrelation untereinander und mit der zu erklärenden Variable aufweisen, werden dabei konstant gehalten. Hierbei kann es passieren, dass Faktoren zwar signifikante bivariate Korrelationen mit der zu erklärenden Variable (AV) aufweisen, sich aber bei der multiplen Regression durch starke Korrelation mit anderen zu erklärenden Variablen (UAV) als redundant erweisen. Dies drückt sich dadurch aus, dass keine substanziellen direkten Effekte im Zusammenspiel mit anderen Faktoren auf die abhängige Variable auftreten. Es können verschiedene Konstellationen von Korrelationen unter den UAV und der AV bestehen, die dies verursachen: Zwei wichtige solcher Konstellationen sind sogenannte Moderator- oder Mediatoreffekte (Bortz, 1999; Bortz & Döring, 2003). Ein *Moderatoreffekt* (oder Interaktionseffekt) liegt dann vor, wenn sich die Stärke oder Richtung des Zusammenhanges zwischen der erklärenden (beispielsweise extrinsische Werte) und zu erklärenden abhängigen Variable (Entscheidung) je nach

Ausprägung einer dritten Variablen (beispielsweise Arbeitsmarktsegment des Betriebs) signifikant unterscheidet. Ein *Mediatoreffekt* liegt dagegen dann vor, wenn die kausale Beziehung zwischen einer erklärenden und der abhängigen Variable durch eine dritte Variable, einen Mediator, interveniert bzw. unterbrochen wird. Moderator- und Mediatoreffekte werden daher in der empirischen Forschung häufig dann gesucht, wenn der Zusammenhang zwischen einer unabhängigen erklärenden und der zu erklärenden Variable gemessen an den theoretischen Annahmen oder bestätigten Erkenntnissen unerwartet niedrig oder nicht vorhanden ist, oder wenn ein Zusammenhang in unterschiedlichen Populationen unterschiedlich oder inkonsistent ausfällt (Albers, Klapper, Konradt, Walter & Wolf, 2007). Im Rahmen dieser Arbeit werden diese erweiterten Zusammenhangsanalysen daher an verschiedenen Stellen ergänzend zur multiplen Regression eingesetzt.

Zum einen werden Interaktionseffekte zur Überprüfung eines theoretisch hergeleiteten Zusammenhangs berechnet, wie bei Hypothese B5 zum vom Arbeitsmarktsegment des Ausbildungsbetriebs abhängenden Effekt der intrinsischen Werte (ein Moderator- oder Interaktionseffekt). Dies erfolgt mit dem Statistikprogramm STATA (Juil & Frydenberg, 2010).

Zum anderen werden Mediatoreffekte bestimmt, wenn postulierte Zusammenhänge der Hypothesen insbesondere zur Rolle des Ausbildungsbetriebs nicht oder nur schwach bestätigt werden, die bivariaten Resultate aber einen Zusammenhang zeigen und dies theoretisch begründet werden kann. Das Vorliegen eines vermittelnden Effektes durch Mediatoren, die zwischen einer erklärenden und der zu erklärenden abhängigen Variable stehen wird mit der Dekompositionsmethode nach Karlson & Holm (2011) analysiert. Diese Methode wird häufig für die Analyse von primären und sekundären Herkunftseffekten auf Bildungsentscheidungen eingesetzt (Combet, 2013). Dabei wird der totale Effekt der die Bildungsentscheidung erklärenden Zielvariable (z.B. der soziale Status des Elternhauses) nach seinen direkten und indirekten Anteilen aufgeteilt (Breen, Karlson & Holm, 2013). Diese Methode erzielt dabei im Vergleich zu anderen älteren Techniken (z.B. Erikson, Goldthorpe, Jackson, Yaish & Cox, 2005) bei binären und multinomialen logistischen Modellen verlässliche Resultate und ist im Statistikprogramm STATA vergleichsweise einfach anzuwenden (Karlson & Holm, 2011; Kohler, Karlson & Holm, 2011; Combet, 2013). Die indirekten und direkten Effekte werden bei den hier durchgeführten Berechnungen der multinomialen logistischen Regressionen als Koeffizienten ausgewiesen. Zusätzlich wird zur vereinfachten Interpretation des Mediatoreffektes das „confounding percentage“ berechnet, das den Anteil des Mediatoreffektes am totalen Effekt der Zielvariable (z.B. dem sozialen Status des Elternhauses, oder dem Arbeitsmarktsegment des Ausbildungsbetriebs) in Prozent ausdrückt (Breen et al., 2013).

4.5 Vorbereitung des Datensatzes für die Analyse

Die Qualitätssicherung der Daten ist für die Aussagekraft der Ergebnisse von grosser Bedeutung. Darunter ist zu verstehen, dass die im vorhandenen Datensatz enthaltenen Fehler und Verzerrungen minimiert und kontrolliert sowie die Voraussetzungen für die eingesetzten Analyseverfahren überprüft werden. Ein zentraler Punkt dabei ist der Umgang mit fehlenden Werten durch Nichtbeantwortung von Fragen. Bei einer Längsschnittuntersuchung ist insbesondere die Beteiligung oder Nichtbeteiligung (Rücklauf) an der Studie zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten von Interesse.

4.5.1 Rücklaufbedingte Verzerrung der Ergebnisse

Verzerrungen durch Nichtteilnahme an der zweiten Befragung

Bei einem nicht vollständigen Rücklauf stellt sich die Frage, inwieweit sich die Personen, die geantwortet haben, in ihren Merkmalen und Einstellungen von jenen, die nicht geantwortet haben, unterscheiden. Der Rücklauf beim ersten Erhebungszeitpunkt betrug 95 % (n = 2'089), was als eine Vollerhebung zu werten ist. Beim zweiten Zeitpunkt betrug der Rücklauf 53 %. In diesem Fall war die Frage zentral, ob es Unterschiede zwischen den 1'068 teilnehmenden Personen und den 1'021 Nicht-Antwortenden der Zweitbefragung gab, die sich auf die Ergebnisse verzerrend auswirken können.

Um dies zu beurteilen, wurden zwischen der Gruppe der Antwortenden und Nichtantwortenden alle Merkmale verglichen, die aus der Literatur als typische Merkmale von Antwortenden oder Nichtantwortenden bekannt sind (Diekmann, 2004), die sich im Rahmen der Erstbefragung als signifikante Einflüsse für die Laufbahnabsichten gezeigt hatten (z.B. Geschlecht, Alter, Schulbildung, Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebes, Trede & Schweri, 2012) oder die unabhängig davon Einfluss auf das Teilnahmeverhalten haben könnten (z.B. Vorhandensein von Kontaktangaben wie Name, Mailadresse). Die Wahrscheinlichkeit einer oder eines Befragten, an der zweiten Erhebung teilzunehmen, wurde mit Variablen aus der Erstbefragung geschätzt. Dies geschah anhand eines multivariaten logistischen Regressionsmodells (vgl. Anhang A.V.13). Daraus wurde ersichtlich, dass es Merkmale gab, die sich signifikant zwischen der Antwortenden und Nicht-Antwortenden unterscheiden: Eine höhere Teilnahmebereitschaften zeigten Personen die bereits in der Ausbildung die Absicht äusserten später Pflege zu studieren, sowie Frauen, Einheimische, Personen mit überdurchschnittlichen Berufsfachschulnoten und mit Ausbildungsort in grossen Betrieben.

Problematisch an systematischen Unterschieden in der Teilnahmebereitschaft ist eine mögliche Verzerrung der Resultate. Der wichtigste Punkt ist in diesem Fall die höhere Teilnahme von Personen, die bereits zum ersten Zeitpunkt die Absicht äusserten, Pflege zu studieren. In diesem Fall können die Resultate zugunsten der Tertiärbildung, insbesondere der Tertiärbildung Pflege und zu Ungunsten der Erwerbstätigkeit als FaGe verzerrt sein, da sich überzufällig häufiger Personen mit Absichten für ein Pflegestudium an der zweiten Befragung beteiligt haben. Dies bedeutet: Die erhobenen Resultate für die Tertiärbildung Pflege liegen vermutlich über, jene für die anderen Optionen unter den Werten, die

in der Grundgesamtheit vorliegen. Das Ausmass dieser Verzerrung wurde in einer früheren Analyse des Datensatzes (Trede & Schweri, 2013) bereits geschätzt. Die Gewichtung erfolgte mit der inversen Teilnahmewahrscheinlichkeit („inverse probability weighting“, Wooldridge, 2010). Die statistische Gewichtung zum Ausgleich dieser Stichprobenverzerrung weist darauf hin, dass die Zahlen in der vollständigen Population für jene mit aktuellem Studium in Pflege etwa 2 % tiefer, und für jene die aktuell als FaGe arbeiten, etwa 2 % höher als hier angegeben liegen könnten (ebd.). Angesichts dieser relativ geringen Unterschiede – und da statistische Gewichtungsverfahren auch kritisch beurteilt werden, wenn sie nicht aufgrund der bekannten Auswahlwahrscheinlichkeiten gemäss Stichprobenplan stattfinden (sogenanntes „Designgewicht“, Diekmann, 2004) – werden die Resultate dieser Arbeit ungewichtet dargestellt.

Imputationen einzelner fehlender Antworten

Neben vollständigen Ausfällen bei der zweiten Befragung können fehlende Angaben bei einzelnen Fragen oder Items auftreten, die durch Ersatzwerte wie Mittelwerte, Schätzwerte per Regression oder anderer statistischer Verfahren gefüllt werden können. Diese sogenannte „Imputation“ wird kritisch diskutiert (Bortz, 1999), da sie auf Annahmen beruht, die oft nur annäherungsweise den „wahren“ Wert wiedergeben. Es wurde daher für diese Analyse fast vollständig auf Imputationen verzichtet.

In einem Fall wurde eine Imputation durchgeführt. Dies geschah bei den Variablen der Kostenwahrnehmungen (vgl. Kap. 4.2.3). Dort war eine Antwortoption „Weiss ich nicht“ bei den Erwartungen für eine spätere Tätigkeit als Pflegefachperson vorgesehen, aufgrund derer bei bis zu 65 Fällen keine Kostenerwartungen berechnet werden konnten. Dies führte zu einer deutlichen Reduktion der Fälle bis auf unter 1'000. Zudem waren diese Ausfälle systematisch verzerrt: Sie betrafen insbesondere Personen, die sich mit der Option Pflege wenig auseinander gesetzt hatten und (voraussichtlich) diese Option deshalb auch seltener wählen würden. Um die Samplegrösse möglichst wenig zu verringern, aber auch so wenig wie möglich in die tatsächlichen Daten einzugreifen, wurden die fehlenden Werte der Kostenwahrnehmung durch die Mittelwerte aller Befragten der ersten Welle (T1) ersetzt. Dies ermöglichte einen Analysedatensatz von $n = 1'039$. Bei den multivariaten Analysen wird der Einfluss dieser Imputation mit einer dichotomen Variablen (fehlender Wert ja/nein) kontrolliert. Die Angaben für die Kostenwahrnehmungen liegen daher – durch die Imputation – vollständig vor. Wenige fehlende Angaben finden sich bei den Variablen der Arbeitsaufgabenqualität und der beruflichen Wertevorstellungen. Diese wurden nicht imputiert, wodurch die Fallzahl bei den einzelnen Analysen je nach Item leicht schwankt ($n = 1'043$, $+ / - n = 4$).

4.5.2 Güte der verwendeten Skalen bei der Untersuchungsgruppe

Das Ziel dieser Arbeit war keine Validierungsstudie oder eine Entwicklung neuer Skalen. Es ging v.a. darum, bestehende Instrumente zu verwenden und wenn nötig anzupassen, und ihre Güte mit geeigneten Methoden zu überprüfen und auszuweisen. Das folgende Kapitel beschreibt daher kurz die

Verteilung, die Reliabilität und Validität der verwendeten Skalen. Für die interne Validität werden jeweils die rotierten Faktorwerte, für die interne Konsistenz (Reliabilität) die cronbach's alpha-Werte der Gesamtskala sowie der um dieses Item reduzierten Skala angegeben (Bortz, 1999; Bühl & Zöfel, 2002; Cortina, 1993; Field, 2005). Bei nur zwei Items wird Pearson's Korrelationskoeffizient als Stärke des Zusammenhanges angegeben (vgl. Tab. 2).

Bei Betrachtung der Angaben von Reliabilität und Validität (Tab. 2) fällt folgendes auf:

1. Die Skala zur Qualität der Lernbegleitung lädt auf zwei verschiedene Faktoren. Beide Subskalen weisen eine gute Reliabilität von über 0.83 aus, die Gesamtskala ebenfalls.
2. Arbeitswerte: Das Item zu patientenorientierten Werten lädt auf die intrinsische Dimension. Es wird bei der Analyse, da so aus der Theorie begründet, einzeln als patientenorientierte (altruistische) Werteorientierung eingesetzt.
3. Das Item für prestigeorientierte Werte lädt auf die extrinsische Dimension. Es wird bei der Analyse, da so aus der Theorie begründet, einzeln als prestigeorientierte Werteorientierung eingesetzt.
4. Erwartungen als FaGe: Die Erwartungen bestätigen die intrinsischen und extrinsischen Dimensionen der Arbeitswerte nicht. Die Skalen wurden trotzdem, da so aus der Theorie begründet, analog zu den Werteskalen gebildet und eingesetzt.

Tabelle Nr.2

Resultate zur Verteilung, Validität und Reliabilität der verwendeten Skalen

Variable (n)	n	Mean (SD)	Min- Max	Rotierte Faktorladungen				Alpha -Item	Alph Skala
				1	2	3	4		
Index Arbeits- aufgabenqualität	1040	4.83 (0.62)	2-6	1	2	3	4		0.87
Vielseitigkeit - 1	1037	5.06 (0.78)	2-6	0.09	0.76	0.08	0.01	0.86	
Vielseitigkeit - 2	1040	5.05 (1.01)	1-6	0.15	0.80	0.06	0.04	0.86	
Vielseitigkeit - 3	1040	4.54 (1.03)	1-6	0.12	0.77	0.11	0.02	0.86	0.76
Passung - 1	1038	5.02 (0.9)	2-6	0.20	0.50	0.38	0.19	0.86	
Passung - 2	1040	5.04 (0.9)	1-6	0.17	0.54	0.34	0.33	0.86	
Passung - 3	1039	4.77 (1.1)	1-6	0.19	0.61	0.26	0.33	0.86	0.77
Lernbegleitung - 1	1041	4.9 (1.01)	1-6	0.42	0.13	0.64	0.13	0.86	
Lernbegleitung - 2	1041	4.9 (1.1)	1-6	0.23	0.14	0.86	0.05	0.86	
Lernbegleitung - 3	1040	4.8 (1.2)	1-6	0.18	0.09	0.87	0.01	0.86	0.83
Lernbegleitung - 4	1040	5.3 (0.97)	1-6	0.81	0.07	0.18	0.05	0.86	
Lernbegleitung - 5	1040	5.4 (0.92)	1-6	0.82	0.14	0.22	0.05	0.86	
Lernbegleitung - 6	1041	5.3 (0.89)	1-6	0.82	0.15	0.22	0.10	0.86	
Lernbegleitung - 7	1041	5.4 (0.86)	1-6	0.79	0.12	0.15	0.09	0.86	0.87
Handlungsspielraum_1	1040	5.01 (1.2)	1-6	0.12	0.02	0.02	0.87	0.87	
Skala Stress	1040	4.83 (0.62)	2-6	1					0.76
Stress - 1	1041	3.0 (1.4)	1-6	0.69				0.73	
Stress - 2	1039	3.2 (1.3)	1-6	0.76				0.69	
Stress - 3	1040	2.3 (1.2)	1-6	0.76				0.70	
Stress - 4	1036	1.9 (1.0)	1-6	0.76				0.70	
Stress - 5	1041	2.3 (1.2)	1-6	0.60				0.75	

Fortsetzung Tab. Nr. 2 Variable (n)	n	Mean (SD)	Min- Max	Rotierte Faktorladungen			Alpha -Item	Alph Skala
				1	2	3		
Arbeitswerte				1	2	3		
Extrins 1	1042	3.5 (0.6)	1-4	0.14	0.71	0.08	0.50	
Extrins 2	1042	3.2 (0.6)	1-4	0.10	0.72	-0.04	0.57	
Extrins 3	1043	3.5 (0.6)	1-4	0.02	0.75	0.20	0.50	0.63
Intrins 1	1043	3.7 (0.5)	1-4	0.75	0.13	0.11	0.07	
Intrins 2	1042	3.5 (0.6)	1-4	0.65	0.21	0.01	0.08	
Intrins 3	1043	3.8 (0.4)	1-4	0.70	0.04	0.12	0.10	
Intrins 4	1041	3.5 (0.6)	1-4	0.47	0.10	0.28	0.09	0.63
Prestige 1	1043	3.2 (0.8)	1-4	0.25	0.53	0.15	--	
Patientenorientiert 1	1043	3.5 (0.6)	1-4	0.63	0.03	-0.02	--	
Familie 1	1043	3.8 (0.5)	1-4	0.10	0.03	0.86	--	
Familie 2	1043	3.8(0.5)	2-4	0.03	0.12	0.86	--	0.55 ^A
Erwartungen FaGe				1	2	3		
Extrins 1	1038	4.7 (1.0)	1-6	0.14	0.09	0.48	0.54	
Extrins 2	1041	4.1 (1.4)	1-6	0.66	0.12	0.09	0.28	
Extrins 3	1041	3.6 (1.2)	1-6	0.56	0.36	-0.07	0.41	0.53
Intrins 1	1040	4.0 (1.2)	1-6	0.77	0.17	0.14	0.71	
Intrins 2	1041	4.7 (1.1)	1-6	0.73	0.05	0.18	0.72	
Intrins 3	1041	5.0 (1.0)	1-6	0.65	0.00	0.34	0.73	
Intrins 4	1041	4.2 (1.3)	1-6	0.64	0.14	0.23	0.75	0.78
Prestige 1 (privat)	1040	4.6 (1.1)	1-6	0.41	0.15	0.57	--	
Patientenorientiert 1	1041	5.6 (0.6)	1-6	0.19	0.02	0.73	--	
Familie 1	1038	5.0 (0.9)	1-6	0.11	0.80	0.21	--	
Familie 2	1040	4.3 (1.3)	1-6	0.10	0.84	0.11	--	0.63 ^A
Erwartungen Pflege				1	2	3		
Extrins 1	933	5.1 (0.9)	2-6	0.13	0.67	0.00	0.60	
Extrins 2	1007	5.3 (0.8)	1-6	0.20	0.79	0.13	0.39	
Extrins 3	1003	5.0 (1.0)	1-6	0.08	0.67	0.29	0.58	0.62
Intrins 1	1000	5.3 (0.8)	1-6	0.59	0.53	0.12	0.64	
Intrins 2	1008	5.4 (0.7)	1-6	0.66	0.31	0.10	0.65	
Intrins 3	1017	5.5 (0.7)	1-6	0.77	0.20	0.10	0.64	
Intrins 4	1020	5.5 (0.8)	2-6	0.56	0.17	0.12	0.75	0.73
Prestige 1 (privat)	997	5.5 (0.7)	1-6	0.51	0.37	0.16	--	--
Patientenorientiert 1	1025	5.0 (1.1)	1-6	0.61	0.24	0.27	--	--
Familie 1	1009	5.4 (1.3)	1-6	0.11	0.10	0.92	--	
Familie 2	981	4.2 (1.2)	1-6	0.09	0.10	0.91	--	0.73 ^A

Bemerkungen: Spalte alpha item = cronbachs alpha der Skala, wenn Item weggelassen. Spalte Alpha Skala:

^ABei nur zwei Items wird Pearsons Korrelationskoeffizient angegeben (Familie).

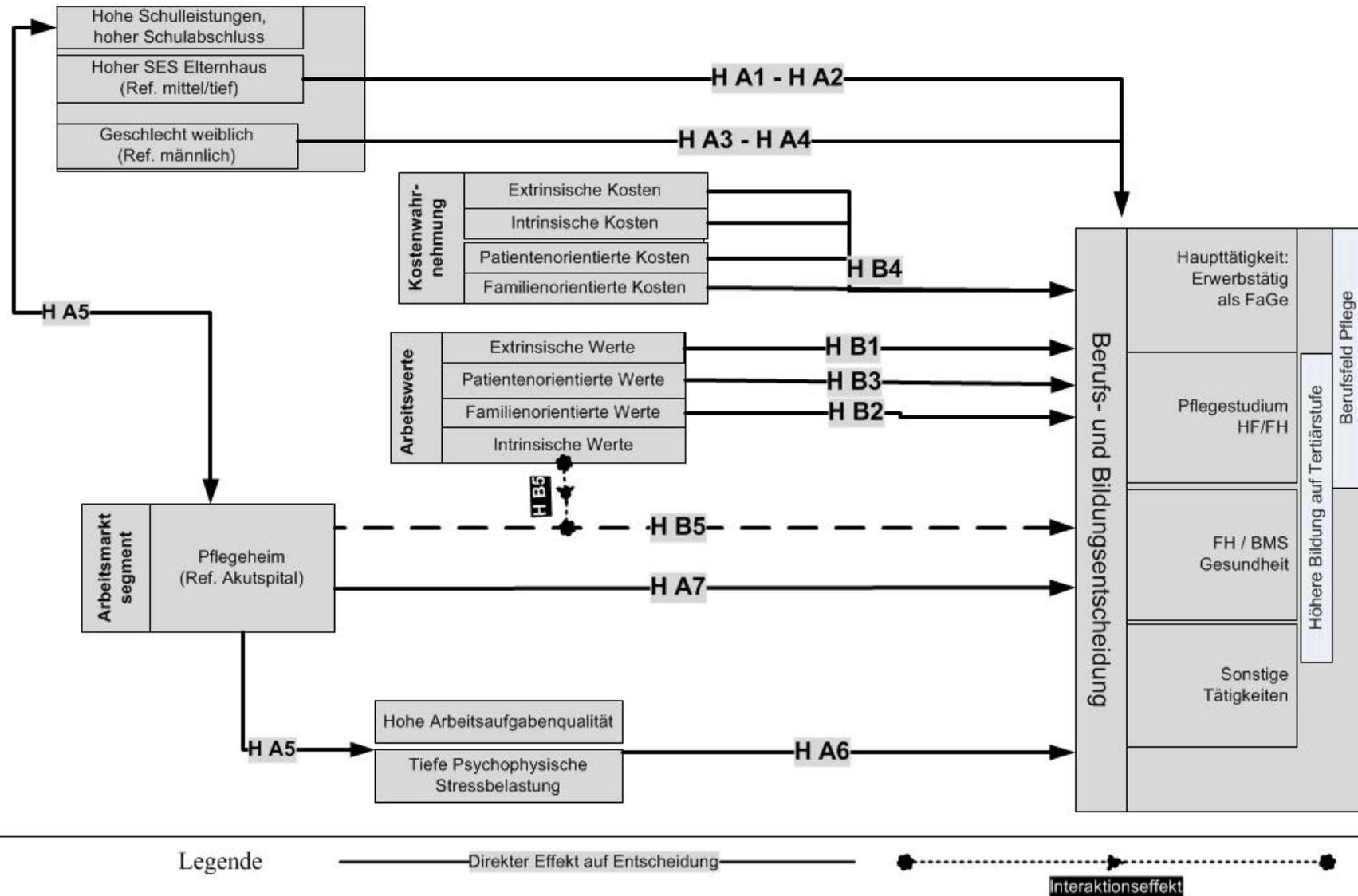
Die kritische Diskussion dieser Resultate zu Validität und Reliabilität der verwendeten Skalen im Zusammenhang mit den Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung erfolgt am Schluss dieser Arbeit (vgl. Kap. 6.3).

4.5.3 *Definition des Analysedatensatzes*

Der Analysedatensatz wird wie folgt definiert: Er wird für alle Fälle fixiert, für die vollständige Angaben der soziodemografischen individuellen Merkmale (SES des Elternhauses, Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Abschlussnoten, Niveau der obligatorischen Schule, abgeschlossene Maturität sowie Ausbildungsregion) und der strukturellen Merkmale des Ausbildungsbetriebs (Versorgungsbereich, Betriebsgrösse) vorliegen (n = 1'043, vgl. Anhang A.V.2). Die Variablen für die Arbeitsaufgabenqualität weisen fehlende Werte bei 1-3 Fällen auf (ebd.). Die fehlenden Werte für die Kostenwahrnehmungen wurden für die multivariaten Analysen imputiert (ebd.).

Abb. 13 zeigt die vorgesehene Analyse der Hypothesen im Zusammenhang.

Abbildung Nr. 13: Darstellung der geplanten Datenanalyse (Analysemodell)



Bemerkungen: vgl. Übersicht der Hypothesen in Kapitel 3.5 und Abb. 10, S. 53

5 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden nun die Resultate präsentiert, ob und wie individuelle Wertvorstellungen, Kostenwahrnehmungen, soziodemografische Merkmale und Einflüsse aus dem familiären und betrieblichen Umfeld während der Lehre die späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen von Lernenden Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit erklären können. Dieses Kapitel gliedert sich nach einer kurzen Beschreibung der Merkmale der Untersuchungsgruppe und ihrer Entscheidungen (Kap. 5.1) in einen Teil mit bivariaten Ergebnissen (Kap. 5.2), der erste Resultate zu den Forschungsfragen gibt. Letztere werden in den Folgekapiteln (Kap. 5.3-5.5) mit multivariaten Analysetechniken zur Hypothesenprüfung vertieft. Kapitel 5.3 untersucht die Rolle des sozialen Hintergrundes und des Geschlechts, Kapitel 5.4 betrachtet zusätzlich den Einfluss des Ausbildungsbetriebs anhand des Arbeitsmarktsegmentes und der Qualität der Arbeitsaufgaben und Kapitel 5.5 analysiert zusätzlich zu den bisherigen Einflussfaktoren den Einfluss der beruflichen Werte/Kostenwahrnehmungen in der Ausbildungszeit auf die Berufs- und Bildungsentscheidung nach Abschluss der Ausbildung. Die Teilkapitel sind folgendermassen aufgebaut: Sie beginnen mit einem kurzen Bezug zur zu prüfenden Hypothese und stellen danach die Ergebnisse dar. Die Resultate jedes Unterkapitels werden jeweils am Kapitelende kurz zusammengefasst und mit Blick auf die Hypothesen diskutiert. Die Trennung von Ergebnisdarstellung und Diskussion erfolgt mit den Zwischentiteln „Zwischendiskussion“. Eine übergreifende Zusammenfassung und Diskussion findet separat in Kapitel 6 statt.

5.1 Beschreibung der Merkmale der Untersuchungsgruppe und ihrer Entscheidungen

Unter den Befragten dominieren Frauen (94 %), sowie Personen, die direkt nach Abschluss des neunten obligatorischen Schuljahres in die Ausbildung eingetreten sind und zum ersten Befragungszeitpunkt maximal 19-jährig waren (68 %). Weiterhin dominieren jene ohne Migrationshintergrund (90 %) und deren Elternhaus bezüglich des sozioökonomischen Status als durchschnittlich bis tief einzustufen ist (70 %). Nur gut ein Drittel hat ein Elternteil mit einem höheren Berufsbildungs- (18 %) oder Hochschulabschluss (17 %). 30 % erwarben mit Ende der obligatorischen Schulzeit nach der neunten Klasse einen Schulabschluss mit Grundanforderungen (ein sogenannter Realschulabschluss, der dem deutschen Hauptschulabschluss entspricht). Knapp 15 % haben bereits während der Ausbildung eine fachgebundene Hochschulreife erworben („Berufsmaturität“ Gesundheit). Die meisten der Lernenden wurden in Akutkrankenhäusern (38 %) oder Pflegeheimen (44 %) ausgebildet; ein knappes Fünftel in Institutionen der ambulanten Pflege, der Psychiatrie oder Rehabilitation. Dabei überwiegen – gemessen an der durchschnittlichen Betten- oder Klientenzahl der jeweiligen Versorgungsstrukturen - kleine und mittelgrosse Betriebe (67 %).

85% der Lernenden wurden in der deutschsprachigen Schweiz ausgebildet. Kurz zusammengefasst, ist der Beruf FaGe ein stark weiblich geprägter Beruf, der vor allem einheimische Jugendliche aus mittleren bis tieferen Bildungsschichten aufnimmt. Die Übersicht über die individuellen und betrieblichen Merkmale der Befragten befindet sich im Anhang A.V.2 und A.V.3.

Zu den Berufs- und Bildungsentscheidungen der Befragten: Insgesamt befinden sich ein Jahr nach Ausbildungsabschluss 48 % der Befragten in einer Tertiärausbildung (vgl. Tab. 3). Davon haben sich 73 % für ein Pflegestudium an einer HF (n = 339) oder FH (n = 30) entschieden, 23 % für ein anderes Studium an einer Fachhochschule Gesundheit (n = 15) oder für eine Schule zum Erwerb der fachgebundenen Hochschulreife Gesundheit⁹ (Berufsmaturitätsschule, BMS, n = 89) oder zum Erwerb der allgemeinen Hochschulreife (n = 12). 4 % aller Studierenden auf Tertiärstufe befinden sich in tertiären Bildungsprogrammen in anderen Berufsfeldern¹⁰.

*Tabelle Nr. 3
Bildungs- und Berufsentscheidungen ein Jahr nach Abschluss*

	FaGe	HF/FH Pflege	FH / BMS Gesundheit	Andere	Total
Nicht Tertiär (52%)	80% (n=429)	---	---	20% (n=109)	100% (n=538)
Tertiärstufe (48%)	---	73% (n=369)	23% (n=116)	4% (n=20)	100% (n=505)
Total	41% (n=429)	36% (n=369)	11% (n=116)	12% (n=129)	100% (n=1043)

80 % jener ausserhalb einer Tertiärbildung arbeiten als FaGe; 20 % befinden sich in anderen Tätigkeiten. Letztere umfassen überwiegend Übergangsaktivitäten (Auslandsreisen, Sprachaufenthalte, Militärdienst, Au-pair), die Ausbildungen in einem neuen Grundbildungsberuf¹¹ (Sekundarstufe II) oder eine andere Erwerbstätigkeit (vgl. Tab. Nr. 3). Nur vereinzelt wird Stellensuche/Arbeitslosigkeit angegeben (n = 6).

Bei den tertiären Pflegeausbildungen fällt auf, dass nur knapp 10 % der Studierenden an einer Fachhochschule sind, zwei Drittel in der französischsprachigen Schweiz (n = 20 von n = 30). Die Wahl „Tertiärstudium Pflege“ repräsentiert somit weitgehend die Tertiärstufe B: Die höhere Fachschule ohne Erfordernis einer Berufsmaturität (BMS).

⁹ Die Entscheidungsoption „Fachhoch- und Berufsmaturitätsschule Gesundheit“ wird in den Tabellen aus Platzgründen verkürzt beschriftet. Es sind immer Studierende an einer Maturitätsschule oder einer Fachhochschule Gesundheit in einem anderen Gesundheitsberuf als Pflege gemeint. Vergleiche hierzu auch die Codierung der Variable „Tertiärbildung“, Kap. 4.2.3

¹⁰ Dazu zählen auch 10 Personen, die medizintechnische Ausbildungen an einer HF aufgenommen haben

¹¹ Hierzu zählen 10 Personen, die Gesundheitsausbildungen unterhalb der Tertiärstufe A gewählt haben (EFZ als medizinische Praxisassistent/in, Pharmakologieassistent/in, Spitaladministration); sowie etwa 30 Personen in Stellen oder Ausbildungen in ganz anderen Berufsfeldern

5.2 Bivariate Zusammenhänge

Im Folgenden werden die Berufs- und Bildungsentscheidungen ein Jahr nach Abschluss im Zusammenhang mit Merkmalen des Ausbildungsbetriebs sowie individuellen sozialen Merkmalen vorgestellt.

5.2.1 Individuelle sozio-demografische Merkmale

Bildungs- und Berufsentscheidungen können aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe getroffen werden: Die diesbezügliche Literatur (vgl. Kap. 3.2) lässt erwarten, dass insbesondere für Frauen und Lernende aus tieferen sozialen Schichten weniger Entscheidungen für die höhere Bildung fallen werden (Hypothesen A1-4).

Die folgende bivariate Analyse (vgl. Tab. Nr. 4) dieser Untersuchungsgruppe zeigt, dass sich die getroffenen Bildungs- und Berufsentscheidungen der Befragten signifikant nach Geschlecht, Bildungshintergrund, Schulleistungen und SES des Elternhauses unterscheiden:

- Lernende mit tieferen Schulleistungen und obligatorischem Schulabschluss mit Grundanforderungen, ohne abgeschlossenes Berufsabitur und mit Migrationshintergrund wählen häufiger die Erwerbstätigkeit als FaGe anstelle einer tertiären Ausbildung.
- Männer, Personen mit höherem Schulabschluss, abgeschlossener Berufsmaturität (BMS) und Elternhaus mit hohem sozioökonomischem Status, mit Ausbildungsort in der Romandie (französischsprachige Schweiz), wählen häufiger ein Fachhochschulstudium (FH) oder ein Bildungsprogramm für eine Berufsmaturität (BMS) Gesundheit.
- Zum ersten Befragungszeitpunkt 17 bis 19-jährige Personen, mit überdurchschnittlichen Schulleistungen, in der Schweiz geboren und in der deutschsprachigen Schweiz ausgebildet, wählen häufiger ein Tertiärstudium Pflege. Männer wählen diese Option signifikant seltener als Frauen.

Tabelle Nr. 4

Bildungs- und Berufsentscheidungen nach individuellen Merkmalen und sozialem Hintergrund

	Berufsstatus ein Jahr nach Abschluss EFZ				Total	P
	FaGe	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere		
Gesamtgruppe	429 41%	369 36%	116 11%	129 12%	1043 100%	
Mann	28 43%	7 11%	18 28%	12 18%	65 100%	***
Frau	401 41%	362 37%	98 10%	117 12%	978 100%	
Tiefer SES Eltern	302 43%	256 36%	64 9%	84 12%	706 100%	**
Hoher SES Elternhaus	127 38%	113 34%	52 15%	45 13%	337 100%	

Fortsetzung Tab. Nr. 4	Berufsstatus ein Jahr nach Abschluss EFZ				Total	P
	FaGe	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere		
Berufsschulnote < 5.2 (Skala 1-6; 6=beste Note)	257 49%	140 27%	62 12%	61 12%	520 100%	***
Berufsschulnote ≥ 5.2	172 33%	229 44%	54 10%	68 13%	523 100%	
höherer obligatorischer Schulabschluss	274 37%	276 37%	92 12%	93 12%	735 100%	**
Realschulabschluss (tiefstes Niveau)	155 50%	93 30%	24 8%	36 12%	308 100%	
Berufsabitur nicht vorhanden	390 44%	315 35%	94 11%	93 10%	892 100%	***
Berufsabitur abgeschlossen	39 25%	54 36%	22 15%	36 24%	151 100%	
20+J.	190 57%	78 23%	27 8%	41 12%	336 100%	***
17-19J.	239 34%	291 41%	89 13%	88 12%	707 100%	
Ohne Migrationshintergrund	376 40%	351 37%	101 11%	112 12%	940 100%	**
Mit Migrationshintergrund	52 51%	18 18%	15 14%	17 16%	102 100%	
Ausbildungsort Deutschschweiz	353 40%	343 39%	85 10%	103 11%	884 100%	***
Westschweiz	68 49%	16 11%	31 22%	25 18%	140 100%	
Tessin	8 42%	10 53%	0	1 5%	19 100%	

Bemerkungen: signifikante Gruppenunterschiede Pearsons χ^2 , *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Ein (nicht in Tabelle 4 gezeigter) bivariater Vergleich der FaGe-Absolventinnen und Absolventen an der HF und FH Pflege zeigt darüber hinaus, dass sich die beiden Studierendengruppen nur in zwei Merkmalen signifikant voneinander unterscheiden: Bachelorstudierende Pflege kommen signifikant häufiger aus der Westschweiz ($\chi^2(2) = 109$, $p = 0.000$) und haben signifikant häufiger einen Schulabschluss mit erweiterten Anforderungen ($\chi^2(2) = 8.3$, $p = 0.01$) als HF Studierende Pflege. Die Gruppen unterscheiden sich kaum und nicht signifikant hinsichtlich ihres Geschlechts, des sozioökonomischen Hintergrundes ihres Elternhauses, ihrer Schulleistungen, ihres Alters und des Versorgungsbereichs ihres Ausbildungsbetriebs. Ein bivariater Gruppenvergleich der Befragten an einer FH Pflege mit anderen FH-Studierenden Gesundheit zeigt dagegen signifikante Unterschiede nach Geschlecht und SES des Elternhauses: In der Gruppe der Bachelorstudierenden Pflege ($n = 30$) finden sich ausschliesslich Frauen, während in der Gruppe der Bachelorstudierenden anderer Gesundheitsberufe ($n = 15$) drei Männer vertreten sind ($\chi^2(1) = 6.4$, $p = 0.01$). Unter den Bachelorstudierenden Pflege kommen knapp 30 % aus Elternhäusern mit hohem SES, bei der Gruppe der Bachelorstudierenden anderer Gesundheitsberufe sind es 50 % ($\chi^2(1) = 3.1$, $p = 0.07$).

Ausserdem fällt auf, dass die verschiedene soziale Merkmale ebenfalls miteinander korrelieren (vgl. Anhang A.V.4): Personen mit einer abgeschlossenen Berufsmaturität kommen häufiger aus einem Elternhaus mit hohem sozioökonomischen Status ($r = 0.13$, $p < 0.05$) und haben seltener einen tiefen

obligatorischen Schulabschluss ($r = 0.13$, $p < 0.05$). Jüngere Personen haben häufiger bereits während der Lehre eine Berufsmaturität (BMS) abgeschlossen ($r = 0.13$, $p < 0.05$) oder einen höheren obligatorischen Schulabschluss erworben ($r = 0.11$, $p < 0.05$). Die Frauen in dieser Gruppe haben bessere Berufsschulnoten ($r = 0.10$, $p < 0.05$) und sind im Schnitt etwas jünger als die Männer ($r = 0.10$, $p < 0.05$).

Zwischendiskussion

Diese Resultate weisen darauf hin, dass in der Gruppe der FaGe-Lernenden geschlechts- und schichtspezifische Entscheidungen gefällt werden: Männer wählen seltener ein Tertiärstudium Pflege, dafür häufiger eine Berufsmaturitäts- oder Fachhochschule Gesundheit. Personen aus Elternhäusern mit hohem SES zeigen dieselben Tendenzen und wählen seltener die Berufstätigkeit als FaGe. Der Vergleich aller Bachelorstudierenden gibt zudem Hinweise darauf, dass die Bachelorstudierenden Pflege bezüglich ihres Geschlechtsverhältnisses und SES des Elternhauses der Gruppe der HF-Studierenden Pflege ähnlicher sind als den Bachelorstudierenden anderer Berufe. Diese Unterschiede sind vorsichtig und vorläufig zu interpretieren, da sich die Gruppenzusammensetzung nochmals ändern kann, sobald jene, die sich ein Jahr nach Abschluss noch in einer Maturitätsschule befinden, ihre definitiven Berufs- Bildungsentscheidungen getroffen haben.

5.2.2 Merkmale des Betriebs

Neben individuellen sozialen Merkmalen ist in dieser Arbeit von zentralem Interesse, welchen Einfluss betriebliche Merkmale auf die Entscheidung ausüben: Die theoretische Aufarbeitung lässt erwarten, dass Lernende aus Institutionen der Akutversorgung tertiäre Bildungsgänge Pflege und Gesundheit häufiger wählen werden, während jene, die in Pflegeheimen ausgebildet wurden, sich eher für die Erwerbstätigkeit als FaGe entscheiden (vgl. Kap. 3.3.1, Hypothese A7).

Die deskriptive Analyse dieser Untersuchungsgruppe zeigt, dass der Versorgungsauftrag des Ausbildungsbetriebs signifikant mit der Bildungs- und Berufsentscheidung korreliert. Lernende aus dem Akutkrankenhaus befinden sich ein Jahr nach Abschluss signifikant häufiger (Pearson $\chi^2(2) = 18.12$, $p = 0.000$) auf einer der beiden Tertiärstufen (Höhere Fachschule, Fachhochschule) oder in einer Maturitätsschule. Lernende aus Pflegeheimen sind dagegen signifikant häufiger als FaGe erwerbstätig. Dies wird auch deutlich, wenn die Entscheidungen hinsichtlich ihrer beruflichen Dimension differenziert werden (vgl. Tab. 5).

Personen, die in Akutkrankenhäusern ausgebildet wurden, wählen signifikant häufiger eine Tertiärbildung Pflege und ein Fachhochschulstudium Gesundheit, respektive eine Maturitätsschule Gesundheit, als andere. Die Grösse des Betriebs zeigt in der bivariaten Analyse keinen Zusammenhang mit der Entscheidung.

Tabelle Nr. 5: Strukturelle Betriebsmerkmale und Entscheidungen zwischen Tertiäroptionen

		FaGe	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere	Total
Gesamtgruppe	n	429	339	146	129	1043
	%	41%	33%	14%	12%	100%
Akut ^{a)}	n	131	145	65	52	393
	%	33%	37%	17%	13%	100%
Langzeit ^{a)}	n	218	137	53	52	460
	%	47%	30%	12%	11%	100%
Anderes ^{a)}	n	80	57	28	25	190
	%	42%	30%	15%	13%	100%
Mittlerer/kleiner Betrieb ^{b)}	n	253	204	81	76	614
	%	41%	34%	12%	13%	100%
Grossbetrieb ^{b)}	n	176	135	65	53	429
	%	41%	32%	15%	12%	100%

Bemerkungen: Angaben in Zeilenprozenten. ^{a)} Pearson $\chi^2(6) = 18.7, p = 0.005$.

^{b)} Pearson $\chi^2(3) = 0.9, p = 0.82$.

Betriebsstrukturen und individuelle soziale Merkmale

Die Analyse der soziodemografischen und betrieblichen Merkmale der Lernenden zeigt ausserdem, dass ihre Verteilung auf die Betriebstypen nicht zufällig erfolgt: Eine Ausbildung in einem Pflegeheim oder einem Akutkrankenhaus korreliert stark mit dem Alter, dem obligatorischen Schulabschluss und Berufsmaturitätsabschluss (vgl. Anhang A.V.4). Zum ersten Befragungszeitpunkt unter 20-jährige Lernende, mit einem Schulabschluss mit erweiterten Anforderungen und mit Berufsmaturitätsabschluss, befinden sich signifikant häufiger im Akutkrankenhaus. Das Geschlecht, der Migrationshintergrund und der sozioökonomische Status des Elternhauses zeigen wiederum keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Versorgungsauftrag des Betriebs.

Betriebsstrukturen (Versorgungsauftrag) und Arbeitsaufgaben

Neben den strukturellen Betriebsmerkmalen (dem Versorgungsauftrag, respektive dem Arbeitsmarktsegment) werden die Merkmale der Arbeitsaufgaben aus Sicht der Befragten im dritten Lehrjahr im Zusammenhang mit den späteren Bildungs- und Berufsentscheidungen untersucht. Die theoretische Aufarbeitung lässt erwarten, dass sich bestimmte, als positiv bewertete Eigenschaften von Arbeitsaufgaben positiv auf den Verbleib im Beruf oder Berufsfeld auswirken. Ebenfalls wird erwartet, dass sich die subjektiv wahrgenommene Qualität der Arbeitsaufgaben im Betrieb je nach Arbeitsmarktsegment – nach Versorgungsauftrag der Ausbildungsbetriebe – unterscheidet (vgl. Kap. 3.3.2, Hypothese A5 und A6).

Der bivariate Gruppenvergleich zeigt folgendes Bild: Die Wahrnehmung verschiedener Dimensionen von Arbeitsaufgabenqualität unterscheiden sich signifikant nach dem Versorgungsauftrag des Ausbildungsbetriebs (vgl. Tab. 6).

Tabelle Nr. 6

Bewertung der Arbeitsaufgaben nach Versorgungsauftrag des Betriebs

	Akutspital n=392	Pflegeheim n=460	Andere n=189	Total n=1041	F	(p)
Anforderungspassung	5.1 (0.7)	4.9 (0.8)	4.8 (0.9)	4.9 (0.8)	8.57	(0.001)
Vielfalt	5.1 (0.7)	4.7 (0.8)	4.9 (0.8)	4.9 (0.8)	19.41	(0.000)
Handlungsspielraum (Pflege)	4.8 (0.9)	5.0 (0.8)	4.6 (1.1)	4.8 (0.9)	13.08	(0.000)
Stressbelastung	2.4 (0.8)	2.7 (1.0)	2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	7.34	(0.001)
Qualität der fachlichen Betreuung	5.0 (0.9)	4.8 (1.0)	4.8 (1.0)	4.9 (1.0)	5.59	(0.04)

Bemerkungen: Angaben im arithmetischen Mittelwert, Standardabweichung in Klammern. Signifikanztest mit univariater Varianzanalyse (F-Wert und p ausgewiesen), n = 1041

Im Akutkrankenhaus werden die Anforderungspassung mit den Aufgaben, die Vielfalt und die Qualität der Lernbegleitung als besser wahrgenommen. Dafür nehmen die Lernenden im Pflegeheim sowohl ihren Handlungsspielraum bei pflegerischen Tätigkeiten als auch die Stressbelastung signifikant am höchsten wahr. Lernende in anderen Betriebstypen¹² bewerten ihre Arbeitsaufgaben ebenfalls signifikant negativer als jene in Akutkrankenhäusern. Auffällig ist dabei, dass fast alle jene Arbeitsmerkmale, die in Akutkrankenhäusern als positiver bewertet werden, auch positiv mit der Entscheidung für eine Tertiärbildung Pflege korrelieren vgl. Tab. 7). Heutige Studierende der Pflege bewerten erstens ihre Arbeitsaufgaben bezüglich Anforderungspassung, Vielfalt und fachlicher Lernbegleitung als positiver. Sie nehmen weniger Stress wahr als Personen, die sich für die Erwerbstätigkeit als FaGe oder eine andere Tätigkeit entschieden haben.

Tabelle Nr. 7

Bewertung der Arbeitsaufgaben nach Entscheidungskategorie

	FaGe n=429	HF/FH Pflege n=369	FH/BMS Gesundheit n=116	Andere n=129	Total n=1040	F	(p)
Anforderungspassung	4.9 (0.8)	5.1 (0.7)	4.9 (0.8)	4.7 (0.9)	4.9 (0.8)	6.33	(0.001)
Vielfalt	4.9 (0.8)	5.0 (0.7)	4.9 (0.8)	4.7 (0.9)	4.9 (0.8)	4.34	(0.005)
Handlungsspielraum (Pflege)	4.8 (0.9)	4.8 (0.9)	4.9 (0.9)	4.8 (1.0)	4.8 (0.9)	0.14	(0.936)
Stressbelastung	2.6 (0.9)	2.4 (0.8)	2.4 (0.9)	2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	3.58	(0.013)
Qualität der fachlichen Betreuung	4.8 (1.0)	5.0 (0.9)	4.9 (1.0)	4.7 (1.0)	4.9 (1.0)	4.71	(0.003)

Bemerkungen: Angaben im arithmetischen Mittelwert, Standardabweichung (SD) in Klammern. Signifikanztest mit univariater Varianzanalyse (F-Wert und p ausgewiesen), n = 1040

Der Handlungsspielraum in pflegerischen Aufgaben unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Entscheidungsgruppen. Zweitens ist hervorzuheben, dass Lernende, die nach Ausbildungsabschluss keine der pflegerischen oder pflegerisch-therapeutischen Optionen gewählt haben (sondern die Option „andere“ Tätigkeiten), der Passung, Vielfalt ihrer Arbeitsaufgaben und ihrer fachlichen Begleitung unterdurchschnittliche Bewertungen gaben.

¹² Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie mit Einrichtungen der Psychiatrie, der ambulanten Versorgung und der Rehabilitation, sowie Praktikumsformen, bei denen die Lernenden nicht fix bei einem Betrieb angestellt sind. Da es sich jeweils um kleine Fallzahlen von Betrieben mit stark unterschiedlichen Strukturen handelt, wird diese Kategorie nicht vertieft diskutiert.

Zwischendiskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Arbeitsmerkmale signifikant nach dem Versorgungsauftrag des Betriebs unterscheiden (Hypothese A5). Es konnte bestätigt werden, dass die Arbeitsaufgabenqualität systematisch nach dem Versorgungsbereich des Betriebs variiert, und insbesondere die Aufgabenvielfalt, Anforderungspassung mit den eigenen Fähigkeiten sowie die Qualität der Betreuung in Akutkrankenhäusern als positiver wahrgenommen wird als in Pflegeheimen. Diese Merkmale sind auch positiv mit der Entscheidung für ein Pflegestudium und negativ mit einer Option ausserhalb des Berufsfeldes Gesundheit korreliert (Hypothese A6). Anders stellt sich dies für den von den Lernenden erlebten Handlungsspielraum bei pflegerischen Aufgaben dar: Er wird im Pflegeheim als höher eingestuft, ebenso wie die psychophysische Stressbelastung bei der pflegerischen Arbeit auf der Abteilung. Insgesamt zeigen diese Resultate, dass Lernende, die in Akutkrankenhäusern ausgebildet wurden, häufiger ein Tertiärstudium Pflege oder eine Berufsmaturitäts- und Fachhochschule Gesundheit wählen (Hypothese A7).

Die Zusammenhänge zwischen Versorgungsbereich des Betriebs und sozialen Merkmalen deuten ausserdem darauf hin, dass sich in Betrieben der Akutversorgung vermehrt Lernende befinden, deren soziale Merkmale stärker mit einer Bildungsentscheidung für die Tertiärstufe verknüpft sind (vgl. Kap. 5.2.1).

5.2.3 Individuelle berufliche Werte und Kostenwahrnehmungen

Der folgende Abschnitt betrachtet den Zusammenhang von subjektiven Wertvorstellungen der Lernenden und ihrer Kostenwahrnehmungen für ein Pflegestudium, die zum ersten Befragungszeitpunkt während der Ausbildung erhoben wurden, mit den Merkmalen des ehemaligen Ausbildungsbetriebs und den ein Jahr nach Ausbildungsabschluss getroffenen Entscheidungen. Theoretische Ausgangslage dieser Analysen ist die Überlegung, dass Werte und Erwartungen (hier: Kostenwahrnehmungen) handlungsleitende Ziele bei Bildungs- und Berufsentscheidungen sind (vgl. Kap. 3.4), und dass verschiedene Dimensionen von Werten und Kostenwahrnehmungen unterschiedliche Wirkungen entfalten, die sich an den Anreizen der Entscheidungsoptionen orientieren (vgl. Hypothesen B1 bis B4).

Bei Betrachtung der absoluten Ausprägungen der Werte und Kostenwahrnehmungen (vgl. Tab. 8, rechte Spalte „total“) werden folgende Zusammenhänge deutlich:

1. An oberster Stelle der Wertehierarchie der Befragten stehen die familienorientierten Werte (Vereinbarkeit von Beruf mit Familie und Privatleben, Mittelwert (M = 3.8), gefolgt von intrinsischen (M = 3.6) und patientenorientierten Werten (direkter Patientenkontakt), an letzter Stelle extrinsische (M = 3.4) und prestigeorientierte (M = 3.2) Werte.

2. Die familienorientierten und patientenorientierten Kosten einer tertiären Pflegeausbildung werden im Durchschnitt aller Befragten deutlich höher eingestuft (M = +0.1, M = +0.6) als extrinsische, prestigeorientierte und intrinsische Kosten.

Tabelle Nr. 8:

Kostenwahrnehmung und berufliche Werte nach Entscheidungen

	FaGe		HF/FH Pflege		FH/BMS Gesundheit		Andere		Total		p ^{a)}
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
Kostenwahrnehmung											
extrinsisch	-0.9	(0.9)	-1.2	(1.0)	-1.0	(0.9)	-1.0	(1.1)	-1.0	(1.0)	0.01
intrinsisch	-0.8	(0.9)	-1.2	(0.9)	-0.9	(0.8)	-0.9	(0.8)	-1.0	(0.9)	0.001
familienorientiert	0.2	(0.8)	0.0	(0.6)	0.2	(0.5)	0.1	(0.7)	0.1	(0.7)	0.01
prestigeorientiert	-0.8	(1.0)	-1.0	(1.1)	-0.8	(1.0)	-0.8	(1.1)	-0.8	(1.1)	0.08
patientenorientiert	0.7	(1.2)	0.4	(1.0)	0.8	(1.1)	0.8	(1.1)	0.6	(1.1)	0.01
Werte											
extrinsisch	3.3	(0.5)	3.4	(0.4)	3.4	(0.5)	3.3	(0.5)	3.4	(0.5)	0.01
intrinsisch	3.6	(0.4)	3.7	(0.3)	3.6	(0.3)	3.6	(0.4)	3.6	(0.4)	0.27
familienorientiert	3.8	(0.4)	3.8	(0.4)	3.7	(0.5)	3.8	(0.5)	3.8	(0.4)	0.41
prestigeorientiert	3.2	(0.8)	3.2	(0.7)	3.2	(0.8)	3.1	(0.7)	3.2	(0.8)	0.62
patientenorientiert	3.5	(0.7)	3.7	(0.5)	3.5	(0.6)	3.3	(0.8)	3.5	(0.6)	0.000

Bemerkungen: n = 1043 (Werte) und n = 1039 (Kosten), Option „Andere“ nicht gezeigt, linke Spalte jeweils der Mittelwert (M), rechte Spalte (SD) = Standardabweichung. a) p: Signifikanzniveau der Mittelwertsunterschiede zwischen den Entscheidungskategorien (univariate Varianzanalyse).

Bei den getroffenen Entscheidungen werden folgende Tendenzen sichtbar: Personen, die die Option „Pflege Tertiär“ gewählt haben, hatten durchweg signifikant tiefere Kostenwahrnehmungen während der Ausbildung als alle anderen Gruppen. Personen, die ein Jahr nach Abschluss als FaGe arbeiten, gaben während der Lehre signifikant tiefere extrinsische Werte an als jene im Pflegestudium. Die tiefsten patientenorientierten Werte äussert jene Gruppe, die später „andere Optionen“ ausserhalb der pflegerisch-therapeutischen Gesundheitsberufe gewählt hat. Doch auch Personen, die die Option „FaGe“ gewählt haben, äusserten signifikant tiefere patientenorientierte Werte als jene im Pflegestudium. Ausserdem sind deutliche Zusammenhänge von intrinsischen, familien- und patientenorientierten Kostenwahrnehmungen (für ein Pflegestudium) mit dem Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs erkennbar, nicht aber bei extrinsischen Kostenwahrnehmungen (vgl. Tab.9).

Tabelle Nr. 9

Kostenwahrnehmung nach Ausbildungsbetrieb

	Total		Akutspital		Pflegeheim		p ¹
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
Extrinsisch	-1.0	(1.0)	-1.1	(0.9)	-1.0	(0.9)	0.130
intrinsisch	-1.0	(0.9)	-1.2	(0.9)	-0.7	(0.8)	0.000
familienorientiert	0.1	(0.7)	0.2	(0.7)	0.0	(0.7)	0.000
prestigeorientiert	-0.8	(1.1)	-1.0	(1.1)	-0.7	(1.0)	0.000
patientenorientiert	0.6	(1.1)	0.4	(1.1)	0.7	(1.2)	0.000

Bemerkungen: Kategorie „Andere Betriebe“ nicht gezeigt, linke Spalte Mittelwert (M), rechte Spalte (SD) = Standardabweichung; p¹: bivariate Mittelwertsunterschiede zwischen den Versorgungsbereichen (univariate Varianzanalyse), n = 1039

Lernende aus einem Akutkrankenhaus erwarten im Vergleich zu jenen aus einem Pflegeheim weniger Gewinn durch ein Pflegestudium in Bezug auf Vereinbarkeit von Beruf mit Privatleben und Familie, respektive, sie nehmen diese Kostendimensionen tiefer wahr. Dafür verhält es sich bei intrinsischen (interessante, herausfordernde, selbständige Aufgaben) und patientenorientierten Kostendimensionen umgekehrt: Hier erwarten die Lernenden im Akutkrankenhaus einen höheren Gewinn (bzw. tiefere Kosten) eines Pflegestudiums als die Lernenden im Pflegeheim (vgl. Tab. 9, Spalten „Akutkrankenhaus“ und „Pflegeheim“).

Die beruflichen Werte unterscheiden sich wiederum weniger stark zwischen den Lernenden unterschiedlicher Ausbildungsbetriebe. Lernende aus einem Pflegeheim haben leicht tiefere intrinsische und leicht höhere patientenorientierte Wertorientierungen (vgl. Tab. Nr. 10).

Tabelle Nr. 10

Berufliche Werte nach Ausbildungsbetrieb

	Total		Akutspital		Pflegeheim		P ^{a)}
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
extrinsisch	3.4	(0.5)	3.4	(0.5)	3.4	(0.5)	n.s.
intrinsisch	3.6	(0.4)	3.7	(0.4)	3.6	(0.4)	0.02
familienorientiert	3.8	(0.4)	3.8	(0.4)	3.7	(0.5)	n.s.
prestigeorientiert	3.2	(0.8)	3.2	(0.7)	3.2	(0.8)	n.s.
patientenorientiert	3.5	(0.6)	3.5	(0.6)	3.6	(0.6)	0.10

Bemerkungen: n = 1043, Kategorie „Andere Betriebe“ nicht gezeigt, linke Spalte Mittelwert, rechte Spalte SD = Standardabweichung; p^{a)}: bivariate Mittelwertsunterschiede (univariate Varianzanalyse).

Werden die intrinsischen Werte der Lernenden nach Entscheidung und nach Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs untergliedert (vgl. Tab. 11), geben Lernende aus Pflegeheimen unabhängig von der späteren Entscheidung gleich hohe intrinsische Werte an (Mean 3.6), während Lernende aus Akutkrankenhäusern mit späterer Entscheidung für ein Pflegestudium oder sonstigen Tätigkeiten leicht aber nicht signifikant höhere intrinsische Werte angeben (vgl. Tab. 11 obere Hälfte).

Tabelle Nr. 11

Entscheidungen nach Ausbildungsbetrieb und intrinsischen Werten / Kosten

	FaGe	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundheit	Sonstige
	Mean(SD)			
Intrinsische Werte (1-4)				
Akutspital ^{a)}	3.6 (0.8)	3.7 (0.9)	3.6 (0.8)	3.7 (0.7)
Pflegeheim ^{b)}	3.6 (0.9)	3.6 (0.8)	3.6 (0.9)	3.6 (0.8)
Andere Betrieb ^{c)}	3.6 (0.8)	3.6 (0.8)	3.7 (0.9)	3.6 (1.0)
Intrinsische Kosten (-5 bis +5)				
Akutspital ^{c)}	-1.1 (0.8)	-1.4 (0.9)	-1.0 (0.8)	-1.1 (0.7)
Pflegeheim ^{d)}	-0.6 (0.8)	-0.9 (0.8)	-0.8 (0.7)	-0.7 (0.8)
Andere Betriebe	-0.8 (0.8)	-1.1 (0.8)	-0.9 (0.9)	-1.1 (1.0)

Bemerkungen: Angabe mit Mittelwerten (Mean); in Klammern Standardabweichungen (SD) P = Signifikanzniveau der Mittelwertsunterschiede nach Versorgungsbereich (univariate Varianzanalyse), a) F = 1.46, p = 0.22, b) F = 0.45, p = 0.72; c) F = 6.48, p = 0.00, HF/FH Pflege signifikant verschieden zu allen anderen Optionen; d) F = 3.84, p = 0.01, Pflege HF/FH signifikant verschieden zur Option FaGe. n = 1039.

Die Unterschiede bei der Wahrnehmung intrinsischer Kosten sind deutlicher. Erstens unterscheiden sich die intrinsischen Kostenwahrnehmungen der Lernenden signifikant nach den getroffenen Entscheidungen, und zwar sowohl bei jenen aus Akutkrankenhäusern als auch aus Pflegeheimen:

Wer im Jahr 2012 Pflege studiert, erwartete während der Ausbildung weniger intrinsische Kosten durch ein Pflegestudium, unabhängig vom Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs. Allerdings liegen die intrinsischen Kostenwahrnehmungen bei Lernenden aus Pflegeheimen durchweg höher als bei jenen aus Akutkrankenhäusern. Besonders bei jenen, die in einem Pflegeheim ausgebildet wurden und nach der Ausbildung als FaGe arbeiten oder Pflege studieren, sind die Kostenwahrnehmungen um jeweils 0.5 Skalenpunkte höher als bei jenen aus dem Akutkrankenhaus (vgl. Tab. 11 untere Hälfte).

Zwischendiskussion

Auf Basis dieser bivariaten Analysen konnten einige Tendenzen zu den Zusammenhängen von Werten und Kostenwahrnehmungen mit der Bildungs- und Berufsentscheidung gezeigt werden. Erstens fällt auf, dass die Kosten eine grössere Rolle für die späteren Entscheidungen spielen könnten als die Werte: Die Kostenwahrnehmungen für ein Pflegestudium zum ersten Befragungszeitpunkt variieren deutlich stärker und signifikant nach den später getroffenen Berufs- und Bildungsentscheidungen als die beruflichen Wertorientierungen. Die Resultate weisen in die Richtung eines Teils der Hypothesen, die in der theoretischen Aufarbeitung begründet wurden (vgl. Kap. 3.4): Je höher die Kosten für ein Pflegestudium zum ersten Befragungszeitpunkt (drittes Ausbildungsjahr) wahrgenommen wurden, desto weniger entscheiden sich nach der Ausbildung für dasselbe. Je höher die extrinsischen Werte zum ersten Befragungszeitpunkt, desto mehr Entscheidungen für ein Pflegestudium nach der Ausbildung; je wichtiger der direkte Patientenkontakt zum ersten Befragungszeitpunkt, desto weniger Tätigkeiten ausserhalb eines Pflegeberufes nach der Ausbildung. Bei den intrinsischen, prestige- und familienorientierten Werten sind wiederum in der bivariaten Analyse keine signifikanten Zusammenhänge mit der Entscheidung sichtbar.

Die bivariaten Korrelationen von Werten und Kostenwahrnehmung mit Entscheidungen und Ausbildungsbetrieb sind komplex. Dies zeigt sich darin, dass beispielsweise Lernende aus dem Pflegeheim durchschnittlich höhere patientenorientierte Werte angeben als jene aus Akutkrankenhäusern, die patientenorientierten Werte aber positiv mit der Entscheidung für ein Pflegestudium korreliert sind. Eine Entscheidung für ein Pflegestudium wird wiederum häufiger nach der Ausbildung in einem Akutkrankenhaus getroffen. Zweitens ist eine tiefere Kostenwahrnehmung zwar über alle Dimensionen positiv mit der Entscheidung für ein Pflegestudium korreliert, die verschiedenen Kostendimensionen werden aber je nach Arbeitsmarktsegment des Ausbildungsbetriebs (Akutkrankenhaus – Pflegeheim) verschieden wahrgenommen. Dies verunmöglicht es, anhand bivariater Resultate Aussagen zum gemeinsamen Einfluss von Werten und Kostenwahrnehmungen auf die Entscheidungen abzuleiten. Welche Dimensionen von Kostenwahrnehmung und Wertorientierungen sich bei Kontrolle aller sozialen und

betrieblichen Einflussfaktoren auf die Berufs- und Bildungsentscheidung auswirken, und inwieweit sich diese Wirkungen bei Pflegeheimen und Akutkrankenhäusern unterscheiden, wird in Kap. 5.5 vertieft untersucht werden¹³.

5.3 Das Geschlecht und die soziale Herkunft als Entscheidungsdeterminanten

Im Folgenden wird der Einfluss des sozioökonomischen Hintergrundes des Elternhauses und des Geschlechts der Befragten für die Berufs- und Bildungsentscheidungen untersucht (vgl. Kap. 3.2). Dabei werden die Hypothesen A1bis A4 getestet (vgl. Kap. 3.5).

5.3.1 Entscheidung für ein Tertiärstudium

Tabelle 12 zeigt die Chancen, ein Tertiärstudium oder eine dafür vorausgesetzte Berufsmaturitätsschule anstelle einer anderen Alternative zu wählen.

Tabelle Nr. 12

Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Geschlecht und sozialem Hintergrund

Tertiärentscheidung	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Referenz: keine Tertiärbildung	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)
Frauen	1.35 (0.35)	1.20 (0.32)	1.20 (0.32)	0.97 (0.27)
Hoher SES Elternhaus	1.19 (0.16)	1.12 (0.15)	1.11 (0.15)	1.05 (0.15)
Realschulabschluss		0.65*** (0.09)	0.66*** (0.10)	0.67*** (0.10)
Berufsschulnote ≥ 5.2		1.79*** (0.23)	1.78*** (0.23)	1.71*** (0.23)
Berufsmaturität abgeschlossen			1.02 (0.19)	0.90 (0.17)
Mit Migrationshintergrund				0.83 (0.19)
17-19J.				2.23*** (0.33)
Westschweiz				0.69* (0.14)
Konstante	0.67 (0.17)	0.65 (0.17)	0.64 (0.17)	0.51** (0.15)
n	1,043	1,043	1,043	1,042
Pseudo R ²	0.002	0.03	0.03	0.06

Bemerkungen: Logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Odds Ratios (OR). Standardfehler (SE) in Klammern, Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Wenn eine Lernende einen überdurchschnittlichen Notenschnitt erreicht, erhöht sich die Chance für ein Tertiärstudium um das 1.8-fache (Modell 2).

Es fällt auf, dass in keiner Modellvariante ein signifikanter Einfluss des Geschlechts oder des familiären sozialen Hintergrundes (SES) auf die Tertiärentscheidung erkennbar ist. Die Effekte reduzieren sich zudem bei Kontrolle von Schulabschluss, Schulleistungen, Migrationshintergrund, Alter oder Wohnort weiter gegen Null. Zudem deuten auch die Werte des „Pseudo R²“ darauf hin,

¹³ Hinzu kommt, dass sowohl die Werte als auch die Kostenwahrnehmungen mit sozialen Merkmalen wie Schicht und Geschlecht korrelieren. Tabellarische Darstellungen von Mittelwertsvergleichen sind im Anhang A.V.5 und A.V.6 ersichtlich.

dass das Geschlecht und der SES des Elternhauses kaum zur Erklärung der Bildungsentscheidung beitragen (vgl. Kap. 4.4.1). Hingegen zeigen frühere Schulabschlüsse und Schulleistungen starke und signifikante Effekte. Insbesondere die Schulleistungen (Abschlussnoten) und das Niveau des Sekundarstufe I Schulabschlusses beeinflussen die Entscheidung für ein Tertiärstudium signifikant: Je besser die Leistungen respektive das frühere Schulniveau, desto höher die Chance, ein Tertiärstudium oder eine Berufsmaturitätsschule zu wählen. Diese Merkmale sind mit dem SES des Elternhauses und dem Geschlecht korreliert (vgl. Anhang A.V.4).

Eine während der Lehre erworbene Berufsmaturität zeigt wiederum keinen direkten Einfluss auf die Wahl eines Tertiärstudiums. Dies ist damit zu erklären, dass die Tertiärstufe A, nicht aber die Stufe B einen solchen Abschluss voraussetzt. Die Ausbildung in der französischsprachigen Schweiz (Westschweiz) reduziert die Chance für eine Tertiärbildung um gut 30 %, was mit den dortigen höheren Zugangsvoraussetzungen für die Tertiärstufe Pflege (vgl. Kap. 2.5) zu erklären ist. Auch das Alter hat einen signifikanten Einfluss: Jüngere Lernende, die direkt nach dem neunten Schuljahr mit 16 Jahren mit der Ausbildung begonnen haben, wählen häufiger einer Tertiärstufe. Dieses sind starke Einflussfaktoren, die im Rahmen dieser Arbeit daher in allen Modellen berücksichtigt, aber nicht näher expliziert werden.

5.3.2 *Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen*

Beim eben gezeigten binären Regressionsmodell wurden keine Einflüsse durch das Geschlecht und den sozialen Hintergrund auf die Tertiärentscheidung deutlich. Dies kann mit den unterschiedlichen Eigenschaften und Zugangsvoraussetzungen beider Tertiäroptionen zusammen hängen. Tatsächlich bietet sich ein anderes Bild, wenn der Einfluss des Geschlechts und des familiären Hintergrundes auf verschiedene Tertiärberufe und -stufen betrachtet wird. Tabelle 13 (S. 91) zeigt, wie sich die Chancen verändern, nach Abschluss des EFZ eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit oder ein Pflegestudium anstelle der Berufstätigkeit als FaGe zu wählen, wenn sich ein Einflussfaktor verändert (alle anderen Faktoren gleich gehalten).

Bei dieser Betrachtung zeigen sich in allen Modellvarianten signifikante und starke Einflüsse durch die Geschlechts- und Schichtzugehörigkeit: Frauen haben durchweg eine mehr als doppelt so hohe Chance anstatt der Erwerbstätigkeit als FaGe ein Tertiärstudium Pflege zu wählen, dafür aber eine knapp 70 % (RRR 0.34, Modell 3) tiefere Chance für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit als Männer.

Die Stärke und Signifikanz der Effekte verändert sich bei Kontrolle aller anderen individuellen sozialen Faktoren nicht wesentlich. Wenn eine Modellvariante gerechnet wird, die das Pflegestudium

Tabelle Nr. 13

Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Geschlecht und sozialem Hintergrund

Referenzgruppe	FaGe (Ref.)	Modell 1 RRR (SE)			Modell 2 RRR (SE)			Modell 3 RRR (SE)		
		HF/FH Pflege	FH/ BMS Gesundh.	Andere	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere
Frau	1	3.61*** (1.55)	0.38*** (0.12)	0.68 (0.25)	3.10*** (1.34)	0.36*** (0.12)	0.60 (0.22)	2.33* (1.03)	0.34*** (0.12)	0.59 (0.22)
Hoher SES Elternhaus	1	1.05 (0.16)	1.93*** (0.42)	1.27 (0.27)	0.97 (0.15)	1.73** (0.38)	1.10 (0.24)	0.89 (0.15)	1.82*** (0.41)	1.12 (0.25)
Schulabschluss Grundanforderungen	1				0.67** (0.11)	0.55** (0.14)	0.98 (0.23)	0.70** (0.12)	0.59* (0.16)	1.03 (0.25)
Schulnote \geq 5.2 (überdurchschnittlich)	1				2.24*** (0.33)	1.22 (0.27)	1.44* (0.30)	2.09*** (0.32)	1.36 (0.31)	1.53** (0.33)
Mit Berufsmatur	1				1.24 (0.29)	1.74* (0.53)	3.52*** (0.98)	1.09 (0.26)	1.52 (0.48)	3.28*** (0.92)
Migrationshintergrund	1							0.59* (0.18)	1.58 (0.55)	1.38 (0.44)
17-19Jahre alt im 3.Lehrjahr	1							2.37*** (0.41)	3.28*** (0.87)	1.73** (0.40)
Romandie (Ausbildungsort)	1							0.37*** (0.11)	2.55*** (0.71)	1.59* (0.44)
Konstante		0.25*** (0.10)	0.50** (0.16)	0.40*** (0.14)	0.21*** (0.09)	0.56* (0.19)	0.32*** (0.12)	0.19*** (0.09)	0.19*** (0.08)	0.20*** (0.08)
n		1,043			1,043			1,042		
Pseudo R ²		0.02			0.04			0.08		

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE),

Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Alle anderen Einflüsse gleich gehalten, haben Frauen eine 3.6-fache (Spalte 2) höhere Chance für ein Tertiärstudium Pflege und eine um 62 % tiefere (Spalte 3, $1 - 0.38 = 0.62$) Chance für ein Fachhochschulstudium/Berufsmaturitätsschule als Männer.

als Referenzkategorie wählt und dadurch die Chancen für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt eines Pflegestudiums vergleicht, werden die Geschlechtseffekte noch deutlicher: Alle Einflüsse fix gehalten, haben Frauen eine über 80 % tiefere Chance für ein Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt eines Pflegestudiums als Männer¹⁴

Der sozioökonomische Status des Elternhauses (SES) beeinflusst die Wahl einer Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt einer Erwerbstätigkeit als FaGe ebenfalls signifikant. Personen aus Elternhäusern mit hohem SES haben eine um etwa 1.8-fach höhere Chance (Modell 1 bis 3, Tab. 13) diese Option zu wählen als jene aus Elternhäusern mit durchschnittlichem oder tieferem SES. Diese signifikanten Einflüsse werden auch deutlich, wenn eine Modellvariante mit der Tertiärstufe Pflege als Vergleichsgruppe gerechnet wird: Alle Einflüsse fix gehalten, haben Personen aus Elternhäusern mit hohem SES im Vergleich zu Personen aus weniger gut situierten Elternhäusern eine doppelt so hohe Chance für ein Fachhoch-/Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt eines Pflegestudiums¹⁵.

Dieser Einfluss bleibt bei Kontrolle der Schulleistungen, der Bildungsabschlüsse (Modell 2) und der Landesregion, Alter und Migrationshintergrund (Modell 3) stabil, was bedeutet, dass sich der SES der Eltern direkt auf die Entscheidung zwischen den beiden Tertiäroptionen auswirkt.

Andere Faktoren, die auch mit dem Status des Elternhauses korreliert sind, beeinflussen diese Berufs- und Bildungsentscheidung ebenfalls: Ein höheres Niveau des obligatorischen Schulabschlusses wirkt sich auf beide Optionen eines Tertiärstudiums positiv aus. Überdurchschnittliche Schulleistungen in der Berufsfachschule erhöhen die Chancen für ein Pflegestudium um das 2.5-fache, scheinen aber für die Aufnahme an einer Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit keinen direkten Einfluss auszuüben. Eine abgeschlossene Berufsmaturität, die für ein FH-Studium vorausgesetzt wird, erhöht auch die Chance diese Option zu wählen, um das 1.7-fache¹⁶.

Weitere signifikante Einflussfaktoren werden im Rahmen dieser Arbeit nur kurz beschrieben: Ein Migrationshintergrund wirkt sich negativ auf die Wahl eines Pflegestudiums, aber positiv auf eine FH oder BMS Gesundheit aus, ebenso erhöht ein Alter unter 20 Jahren bei Ausbildungsabschluss die Chance auf ein Pflegestudium und noch mehr auf eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit. Der Einfluss des Ausbildungsorts in der Romandie wird auch hier deutlich: Die Chancen

¹⁴ RRR = 0.16, SE (0.08), p = 0.01

¹⁵ RRR = 1.9, SE (0.5), p = 0.01

¹⁶ Dieser Effekt wird knapp nicht mehr signifikant, wenn der Einfluss anderer individueller Merkmale kontrolliert wird. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass dieser Effekt systembedingt ist, und viel stärker wäre, wenn nicht – wie hier aufgrund der Codierung und der Fallzahl notwendig war – zur Kategorie „Fachhochschule“ auch Personen zu zählen, die eine auf eine FH vorbereitende Berufsmaturitätsschule nach der Lehre besuchen (vgl. Kap. 5.1).

für die dort nicht auf Stufe Tertiär B angebotenen Pflegestudiengänge sind stark verringert, dafür die Chancen auf eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit erhöht.

Die Resultate wurden ergänzend für eine 4-kategoriale Entscheidungsvariable berechnet, bei der jene 10 % (n = 30) der Pflegestudierenden zur Option „Fachhochschule Gesundheit“ und nicht zur Option „Tertiär Pflege“ gezählt werden (vgl. Anhang A.V.7). Vergleicht man diese Resultate mit jenen aus Tabelle 13 fällt auf, dass die Effekte des Geschlechts und des SES des Elternhauses sich leicht abschwächen: So verringert sich der Geschlechtseffekt auf die Tertiärstufe Pflege in Modell 3 (Tab. 13) von RRR = 2.33* auf 2.05 (n.s.) und jener auf die FH/BMS Gesundheit von RRR = 0.34*** auf 0.43**. Der Effekt des sozialen Hintergrundes auf die Option FH/BMS in Modell 3 (Tab. 13) reduziert sich ebenfalls von RRR = 1.82*** auf 1.47*. Dagegen pointiert sich der Einfluss einer während des EFZ abgeschlossenen Berufsmaturität und der Ausbildungsregion deutlich, wenn die Bachelorstudierenden Pflege zur Option „Fachhochschule Gesundheit“ gezählt werden. (ebd., Modell 3). Dies weist wie die bivariaten Gruppenvergleiche (Kap. 5.2.1) darauf hin, dass sich die beiden Gruppen der Pflegestudierenden (HF/FH) abgesehen vom Abschluss einer Berufsmaturität homogener darstellen als Bachelorstudierende Pflege und Studierende anderer pflegerisch-therapeutischer Berufe.

5.3.3 Indirekte Effekte des sozialen Hintergrund des Elternhauses

Die Analyse der indirekten Effekte gibt Hinweise, dass der soziale Hintergrund (SES) des Elternhauses die Bildungsentscheidung indirekt und vermittelt vom früheren Schulabschluss und den Schulleistungen beeinflusst (vgl. Tab. 14).

Tabelle Nr. 14

Dekomposition des totalen Effektes des sozialen Hintergrundes in indirekte Effekte via „Schulleistungen“

	Ref. FaGe	HF/FH	FH +BMS	
	Tertiärstufe	Pflege	Gesundheit	Andere
	Coef (p)	Coef (p)	Coef (p)	Coef (p)
Totaler Effekt	0.09 (0.50)	-0.03 (0.7)	0.33** (0.002)	0.10 (0.3)
Direkter Effekt	0.04 (0.75)	-0.06 (0.5)	0.28** (0.01)	0.05 (0.6)
Indirekter Effekt	0.05 (0.11)	0.03 (0.11)	0.05* (0.02)	0.05*(0.02)
Anteil indirekter Effekt	52 %	(-104 %)	15 %	50 %

*Bemerkungen: n = 1042, Effektdekomposition mit der khb-Methode, Angabe der Effekte in Koeffizienten (vgl. Kap. 4.4.2 und Breen et al., 2013). Mediatorvariablen: obligatorischer Schulabschluss, Berufsfachschulnoten und integrierte Berufsmaturität, Signifikanzniveau (p) ** p<0.01, * p<0.05, Kontrollvariablen wie in Modell Tab. 12 und Tab. 13.*

Der Anteil des indirekten Effektes am totalen Effekt beträgt gut 50 %, allerdings ist dieses Resultat knapp nicht mehr signifikant (p = 0.11). Dies bedeutet, dass etwa die Hälfte des totalen Effektes des sozioökonomischen Status des Elternhauses (SES) auf die Tertiärentscheidung indirekt über primäre Herkunftseffekte vermittelt wird (Schulleistungen und Schulabschlüsse). Unterschieden nach den vier Entscheidungsoptionen zeigt sich, dass dies vor allem bei der Entscheidung für die Fachhochschulstufe (15 %) der Fall ist, sowie für die Entscheidung für andere Optionen (50 %). Die indirekten Effekte des SES für die Entscheidungsoption „Pflegestudium“ bedürfen einer näheren

Erklärung: Der relative Anteil des indirekten Effektes am totalen Effekt übersteigt 100 % und wechselt das Vorzeichen. Dies weist darauf hin, dass der indirekte Effekt des SES bei der Entscheidung für ein Pflegestudium stark dominiert und dass zudem die Richtung des Zusammenhanges bei Berücksichtigung der primären Herkunftseffekte umgekehrt wird. Dies bedeutet, dass Personen aus Elternhäusern mit tiefem und mittlerem SES eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, ein Pflegestudium zu wählen als Personen aus einem Elternhaus mit hohem sozioökonomischem Status mit gleichen Schulleistungen und Bildungshintergrund.

5.3.4 *Zwischendiskussion*

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Geschlecht und der sozioökonomische Status des Elternhauses für die Berufs- und Bildungsentscheidung eine direkte und indirekte Rolle spielen. Da die Einflussmechanismen bei der Entscheidung zwischen den Tertiäroptionen Pflege (HF und FH) versus anderen Fachhochschulstudiengängen/BMS Gesundheit gegenläufig wirken, ist dies aber nur zu erkennen, wenn die Tertiäroptionen nach ihrer beruflichen Fachrichtung und der Bildungsstufe unterschieden werden.

Es konnte nicht bestätigt werden, dass Personen aus besser gestellten Elternhäusern generell höhere Chancen für eine berufliche Tertiärbildung haben als solche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien (Hypothese A1). Diese Personen wählen aber eher eine Hochschuloption in einem anderen Gesundheitsberuf (FH, bzw. dafür qualifizierende BMS) als ein Pflegestudium (HF und FH). Dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese für die Entscheidung für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit (Hypothese A2). Dabei verläuft der Einflussmechanismus des sozialen Status des Elternhauses auf die Wahl einer Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit sowohl direkt (sekundärer Herkunftseffekt) als auch zu etwa 50 % indirekt über den schulischen Leistungsausweis (primäre Herkunftseffekte) (Boudon, 1974). Dies bedeutet, dass bekannte Mechanismen sozialer Ungleichheit (Boudon, 1974; Konietzka, 2010) für den Übergang nach einer beruflichen Grundbildung in die Höhere Berufsbildung im Gesundheitswesen bestätigt wurden: Personen aus tieferen Sozialschichten mit weniger verfügbaren finanziellen und kulturellen-sozialen Ressourcen entscheiden sich einerseits durch schlechtere schulische Leistungen (primäre Herkunftseffekte), andererseits vermutlich bedingt durch die geringere Bedeutung von höherer Bildung in ihrem sozialen Umfeld (sekundäre Herkunftseffekte) eher für das tiefere Bildungsniveau, respektive für den Beruf, der mit weniger Aufwand und Risiko zu erreichen ist.

Beim Einfluss des Geschlechtes konnte nicht bestätigt werden, dass Männer generell bessere Chancen für eine Tertiärbildung haben als Frauen (Hypothese A3). Es konnte aber bestätigt werden, dass – bei gleichen Leistungen – Männer im Vergleich zu Frauen bevorzugt andere Fachhochschulstudiengänge Gesundheit wählen, als Pflege an einer HF oder FH zu studieren (Hypothese A4). Dieses Resultat deckt sich mit verschiedenen theoretischen Begründungen für eine geschlechtstypische Entscheidung.

Erstens kann anhand humankapitaltheoretischer Überlegungen erklärt werden, dass Männer aufgrund ihres durchschnittlich kontinuierlicheren Erwerbsverlaufes einen höheren subjektiven Nutzen von höherer Bildung erwarten als Frauen (Becker, 1982) und demzufolge die höhere Bildungsstufe wählen. Zweitens können stark stratifizierte duale Berufsbildungssysteme wie jenes der Schweiz zu einer frühen beruflichen Orientierung führen, die schwer zu korrigieren oder in andere Pfade umzuleiten ist (Hadjar & Berger, 2010; Pfeffer, 2008). Der Übergang von der obligatorischen Schule in eine Berufslehre erfordert zudem von Jugendlichen eine Entscheidung zu einem sensiblen Entwicklungszeitpunkt am Ende der Pubertät, die häufig als typisch männlich und weiblich assoziierten Berufsidealen folgt und daher früh in eine geschlechtsspezifische Berufswahl mündet (Buchmann & Kriesi, 2012). Die Resultate bestätigen damit auch für den Entscheidungskontext in der höheren Berufsbildung, dass sich die Geschlechtsungleichheiten in der höheren Bildung eher auf die Wahl eines Berufsfeldes in der höheren Bildung richten, als auf die Bildungsbeteiligung an sich (Reimer & Pollak, 2010): Männer investieren mehr in höhere Bildung und streben bevorzugt in Bereiche, die mit typisch männlichen Attributen versehen sind (vgl. Kap. 3.2.3). Ein Pflegestudium stellt für die Befragten vermutlich durch seine fachliche Ausrichtung und die tiefere akademische Stufe eine stärker weiblich konnotierte Entscheidungsoption dar als die von Männern bevorzugte Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit. Dass Männer anstatt Pflege zu studieren die Erwerbstätigkeit als FaGe präferieren, ist überraschend, und könnte dadurch begründet sein, dass die Berufstätigkeit ein Jahr nach Abschluss vorübergehend ist und auch dazu dient, ein finanzielles Polster für ein späteres Studium anzulegen.

Zu berücksichtigen ist bei der Diskussion dieser Resultate, dass im aktuellen Sample wenige Pflegestudiengänge an einer Fachhochschule gewählt wurden ($n = 30$ von $n = 369$) und die Option „Pflege Tertiär“ daher weitgehend die Tertiärstufe B repräsentiert. Die vertikalen (höhere Bildungsstufe) und horizontalen (Berufswahl Pflege) Dimensionen der Entscheidung sind daher hier nicht trennscharf. Dies hat zur Folge, dass der negative Effekt des SES des Elternhauses und des Geschlechts auf die Wahl eines Pflegestudiums sowohl mit der inhaltlichen Berufsdimension (Pflegeberuf) als auch mit der vertikalen Dimension der Entscheidung für die höchstmögliche Bildungsstufe erklärt werden kann. Das ergänzende Regressionsmodell, in der die Bachelorstudierenden Pflege den FH- und BMS-Studierenden anderer Gesundheitsberufe zugerechnet werden (vertikale Codierung, Anhang A.V.7), weist einerseits auf eine geschlechts- und schichttypische Entscheidung für die Hochschulstufe (Tertiär A) unabhängig vom Beruf hin. Dass sich die Effekte in den Modellen mit einer vertikalen Codierung (Anhang A.V.7) anstatt einer eher horizontalen Codierung (Tab. 13, S. 91) aber deutlich abschwächen, ist andererseits ein Hinweis darauf, dass die Entscheidung für ein Pflegestudium FH eher über die Berufsdimension als über die Bildungsdimension gesteuert ist, und Männer und Personen aus höheren Schichten unabhängig von Typ der Tertiärstufe eher andere Gesundheitsberufe als Pflege anstreben. Diese Frage wird erst dann

näher untersucht werden können, wenn sich jene Personen, die ein Jahr nach Abschluss noch in einer Berufsmaturitätsschule befinden, für eine Studienrichtung an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule entschieden haben und eine geeignete Datengrundlage besteht.

Auf der Basis der hier vorliegenden Daten kann aber erstens festgehalten werden, dass der tertiäre Pflegeberuf ein Beruf ist, der vor allem Frauen und Personen aus mittleren und tieferen Schichten mit guten schulischen Leistungen anzieht. Zweitens ist festzuhalten, dass sich geschlechts- und schichttypische Entscheidungsmechanismen bei der Berufs- und Bildungsentscheidung beim zweiten Bildungsübergang nach der Sekundarstufe II fortsetzen, insbesondere nach einer Ausbildung in einem stark weiblich besetzten Grundbildungsberuf in die höhere Berufsbildung.

5.4 Betriebliche Merkmale und Arbeitsumgebungsqualität als Entscheidungsdeterminanten

Im Folgenden wird die Rolle des Ausbildungsbetriebs für die Berufs- und Bildungsentscheidung ein Jahr nach Abschluss untersucht. Dafür wird in einem ersten Schritt analysiert, ob sich systematische Unterschiede bei der Arbeitsaufgabenqualität und der sozialen Merkmale der Befragten in den beiden Arbeitsmarktsegmenten (Versorgungsbereich Akutkrankenhaus und Pflegeheim) zeigen (Hypothese A5, Kap. 5.4.1). Im zweiten Schritt wird der Einfluss des Versorgungsbereiches des Ausbildungsbetriebs im Zusammenspiel mit den individuellen sozialen Merkmalen der Befragten auf die Berufs- und Bildungsentscheidung untersucht (Hypothese A7, Kap. 5.4.2 und 5.4.3). Im dritten Schritt erfolgt die Analyse der Rolle der Arbeitsaufgabenqualität für die Berufs- und Bildungsentscheidung im Zusammenspiel mit individuellen sozialen Merkmalen und Ausbildungsbetrieb der Befragten (Hypothese A6, Kap. 5.4.4 und 5.4.5).

5.4.1 Merkmale der Arbeitsmarktsegmente der Betriebe

Mit einer multinomialen Regressionsanalyse wird nun geprüft, ob sich Ausbildungsbetriebe der Akutversorgung und der Langzeitversorgung (Pflegeheime) systematisch voneinander unterscheiden (Hypothese A5). Die Analyse in Tabelle 15 (S. 93) zeigt Folgendes: Alle anderen Faktoren fix gehalten, bewerten Lernende aus dem Akutkrankenhaus die allgemeine Arbeitsaufgabenqualität um mehr als das zweifache ($RRR = 2.2$) besser und die psychophysische Stressbelastung um etwa 15 % tiefer ($RRR = 0.85$) als Lernende aus Pflegeheimen. Dieses Resultat bleibt stabil bestehen, wenn der Einfluss der individuellen soziodemografischen Merkmale der FaGe-Lernenden kontrolliert wird (Modell 2). Dabei ist ausserdem zu erkennen, dass sich Lernende in Akutkrankenhäusern von Lernenden in Pflegeheimen systematisch unterscheiden, indem erstere durchschnittlich häufiger obligatorische Schulabschlüsse mit erweiterten Anforderungen, seltener Abschlüsse mit Grundanforderungen sowie häufiger eine Fachhochschulreife während der Ausbildung erreichen (Berufsmatur). Ausserdem sind sie jünger, das heisst, bei Ausbildungsabschluss unter 20-jährig. Zudem sind die Lernenden in den Sprachregionen ungleich auf Pflegeheime, Akutkrankenhäuser und

andere Betriebstypen verteilt. Die individuellen soziodemografischen Merkmale tragen im Vergleich zur Wahrnehmung der Arbeitsaufgabenqualität und der Stressbelastung deutlich höher zur Erklärungskraft des Modells bei (Pseudo $R^2 = 0.03$ im Vergleich zu Pseudo $R^2 = 0.07$).

Tabelle Nr. 15

Unterschiede der Arbeitsaufgabenqualität, Stressbelastung und sozialer Merkmale der FaGe-Lernenden nach Versorgungsbereich des Betriebs

Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs	Pflegeheim (Referenz)	Modell 1 RRR (SE)		Modell 2 RRR (SE)	
		Akut	Andere	Akut	Andere
Index Arbeitsaufgabenqualität (1-6)	1	2.18*** (0.29)	0.86 (0.12)	2.29*** (0.33)	0.85 (0.12)
Psychophysische Stressbelastung (1-6)	1	0.85** (0.07)	0.87 (0.09)	0.82** (0.07)	0.88 (0.09)
Grossbetrieb	1			1.07 (0.16)	0.55*** (0.10)
Frau	1			0.61 (0.19)	1.00 (0.38)
Hoher SES Elternhaus	1			1.07 (0.18)	1.23 (0.24)
Schulabschluss Grundanforderungen	1			0.73* (0.12)	0.60** (0.12)
Schulnote ≥ 5.2 T1	1			1.01 (0.16)	1.32 (0.24)
Mit Berufsmatur	1			4.22*** (1.03)	1.74* (0.54)
Migrationshintergrund	1			1.13 (0.31)	0.84 (0.25)
17-19J im 3. Lehrjahr	1			2.25*** (0.40)	0.63** (0.12)
Romandie	1			0.47*** (0.12)	1.42 (0.34)
Konstante	1	0.03*** (0.02)	1.19 (0.91)	0.02*** (0.02)	1.73 (1.56)
n		1,040		1,039	
Pseudo R^2		0.03		0.10	

*Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios. Standardfehler in Klammern, Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Lernende in Akutkrankenhäusern bewerten ihre Arbeitsaufgaben um den Faktor 2.2 besser als Lernende aus Pflegeheimen, alle anderen Einflüsse gleich gehalten (Modell 2).*

5.4.2 Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Versorgungsbereich

Tabelle 16 zeigt die Chancen, sich nach der FaGe-Ausbildung für oder gegen ein tertiäres Bildungsprogramm (HF/FH sowie die dafür vorausgesetzte BMS) zu entscheiden. Insgesamt ist zu erkennen, dass sich der Versorgungsbereich des ehemaligen Ausbildungsbetriebs in allen drei Modellvarianten auf die Bildungsentscheidung auswirkt. Die Betriebsgrösse weist dagegen (wie auch in der deskriptiven Analyse) keinen Effekt auf die Bildungsentscheidung aus. Der Versorgungsbereich des Betriebs und die Betriebsgrösse tragen im Vergleich zu den individuellen soziodemografischen Faktoren eher gering zur Erklärung der Bildungsentscheidung bei (Pseudo $R^2 = 0.013$, Tab. 16, S. 98),

die Stärke der Effekte ist jedoch von Bedeutung: Ehemalige Lernende aus Pflegeheimen (und aus anderen Betriebstypen) haben eine um 44 % (oder um den Faktor 0.56) tiefere Chance, eine Tertiärausbildung aufzunehmen, als Lernende aus Akutkrankenhäusern (Modell 1).

Tabelle Nr.16

Einfluss der Betriebsmerkmale auf die Tertiärentscheidung

Tertiärentscheidung	m1	m2	m3	Interaktionsmodell
Referenzgruppe: keine Tertiärbildung	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)
Pflegeheim (vs. Akutspital)	0.56*** (0.08)	0.60*** (0.09)	0.69** (0.10)	0.98 (0.68)
Anderer Betriebe (vs. Akutspital)	0.65** (0.12)	0.64** (0.12)	0.81 (0.16)	0.43 (0.41)
Grossbetrieb	1.03 (0.13)	1.06 (0.14)	1.03 (0.14)	0.96 (0.20)
Pflegeheim#Grossbetrieb				1.16 (0.34)
Anderer Betrieb# Grossbetrieb				1.04 (0.42)
Frau		1.22 (0.33)	1.00 (0.28)	1.63 (0.70)
Pflegeheim#Frau				0.25** (0.15)
Anderer Betrieb# Frau				1.40 (1.17)
Hoher SES Elternhaus		1.11 (0.15)	1.04 (0.15)	0.84 (0.19)
Pflegeheim#Hoher SES				1.42 (0.45)
Anderer Betrieb# Hoher SES				1.66 (0.66)
Schulabschluss Grundanforderungen		0.67*** (0.10)	0.69** (0.10)	0.84 (0.22)
Pflegeheim#Schulabschluss Grundandf.				0.62 (0.21)
Anderer Betrieb#Schulabschl. Grundandf.				1.15 (0.53)
Schulnote ≥ 5.2		1.77*** (0.23)	1.70*** (0.23)	1.45* (0.32)
Schulnote ≥ 5.2 #Pflegeheim				1.64 (0.50)
Schulnote ≥ 5.2 #anderer Betrieb				0.90 (0.35)
Mit Berufsmatur		0.88 (0.17)	0.82 (0.16)	0.69 (0.18)
Pflegeheim# Berufsmatur				2.38 (1.21)
Anderer Betrieb# Berufsmatur				1.44 (0.79)
Migrationshintergrund			0.83 (0.19)	0.58 (0.24)

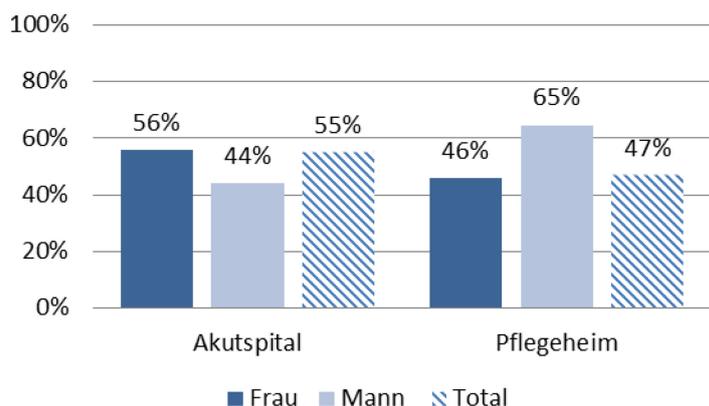
Fortsetzung Tab. Nr. 16 Referenzgruppe: keine Tertiärbildung	m1 OR (SE)	m2 OR (SE)	m3 OR (SE)	Interaktionsmodell OR (SE)
Pflegeheim# Migrationshintergrund				2.24 (1.20)
Anderer Betrieb# Migrationshintergrund				0.85 (0.60)
17-19J im 3.Lehrjahr			2.12*** (0.32)	1.56 (0.45)
Pflegeheim#17-19J				1.93* (0.70)
Anderer Betrieb#17-19J				1.14 (0.49)
Romandie			0.71* (0.14)	0.65 (0.25)
Pflegeheim# Romandie				1.37 (0.68)
Anderer Betrieb# Romandie				0.73 (0.43)
Constant	1.30** (0.15)	0.85 (0.25)	0.62 (0.20)	0.64 (0.32)
n	1,043	1,043	1,042	1,042
Pseudo R ²	0.01	0.04	0.06	0.08

*Bemerkungen: Logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Odds Ratios (OR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Wenn eine Lernende mit Lehrvertrag in einem Pflegeheim ausgebildet wurde, reduziert sich die Chance für ein Tertiärstudium um etwa 30 % (x 0.69), alle anderen Faktoren fix gehalten (Modell 3).*

Bei Kontrolle der Schulbildung und der soziodemografischen Merkmale der Befragten wird dieser Effekt deutlich abgeschwächt (-40 % Modell 2, -31 % Modell 3), bleibt aber signifikant. Die Effekte der soziodemografischen Einflussfaktoren bleiben ebenfalls in ähnlichen Grössenordnungen erhalten, wie sie bereits bei der Analyse des Geschlechts und des sozialen Hintergrundes gezeigt wurden. Dies deutet darauf hin, dass zwar eine (Selbst-)Selektion der Lernenden nach Schulleistungen und Schulabschlüssen in bestimmte Versorgungsbereiche vorliegt (vgl. Kap. 5.4.1), aber sowohl die individuellen sozialen Merkmale als auch der Versorgungsbereich des Betriebs einen jeweils unabhängigen direkten Einfluss auf die Entscheidung ausüben.

Eine Analyse auf Moderatoreffekte des Betriebs prüfte zudem mit einem Interaktionsmodell (Tab. 16, Spalte rechts), ob der Einfluss individueller sozialer Merkmale auf die Bildungsentscheidung vom Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebes abhängt (vgl. Interaktionseffekte, Kap. 4.4.2). Abb. 14 (S. 100) illustriert den signifikanten Interaktionseffekt des Versorgungsbereiches mit dem Geschlecht (vgl. in Tab. 16, rechts Spalte, fett gedruckt): Bei gleichen Leistungen wählen Frauen mit Ausbildungsstelle in Pflegeheimen im Vergleich zu Männern mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine Ausbildung auf Tertiärstufe (46 %-Punkte im Vergleich zu 65 %-Punkten). Im Akutkrankenhaus ist die Wahrscheinlichkeit für Frauen dagegen höher als für Männer (56 %-Punkte im Vergleich zu 44 %-Punkten).

Abbildung Nr. 14: Geschlechtsabhängiger Einfluss des Ausbildungsbetriebs auf die Bildungsentscheidung



Bemerkungen: Interaktionsmodell von Geschlecht mit dem Versorgungsbereich der Betriebe (Tab. 16, rechte Spalte). Angabe der geschätzten Wahrscheinlichkeiten in Marginaleffekten (y-Achse) 0 – 100 %-Punkte, n = 1042, Pseudo-R² = 0.08. Lesebeispiel: Alle Faktoren gleich gehalten, haben Frauen mit Ausbildungsort Pflegeheim eine signifikant tiefere Wahrscheinlichkeit (46 %) für ein Tertiärstudium, als wenn sie in einem Akutkrankenhaus ausgebildet würden (56 %).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Personen, die im Arbeitsmarktsegment „Pflegeheim“ ausgebildet wurden, bei gleichen Leistungen und sozialem Hintergrund tiefere Chancen haben, eine Tertiärausbildung zu wählen als Personen aus dem Arbeitsmarktsegment „Akutversorgung“. Dies betrifft insbesondere weibliche Lernende.

5.4.3 Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Versorgungsbereich

Es bietet sich ein ähnliches Bild, wenn der Einfluss des Versorgungsbereichs des Ausbildungsbetriebs auf die Wahl verschiedener Tertiäroptionen betrachtet wird (vgl. Tabelle 17). Auch dann zeigt sich, dass Lernende in Pflegeheimen tiefere Chancen für beide Arten von Tertiärbildung haben. Ihre Chancen für ein Pflegestudium sind im Vergleich zu Lernenden aus dem Akutkrankenhaus um 44 % tiefer und für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit um 51 % tiefer (Modell 1). Dieser Effekt schwächt sich bei Kontrolle der Schulleistungen und weiteren sozialen Merkmalen ab, bleibt aber signifikant bestehen (Modell 2).

Tabelle Nr. 17

Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach strukturellen Betriebsmerkmalen

	Modell 1 RRR (SE)			Modell 2 RRR(SE)		
	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere
Referenzgruppe: FaGe						
Pflegeheim (vs. Akutspital)	0.56*** (0.09)	0.49*** (0.12)	0.60** (0.14)	0.73* (0.13)	0.63* (0.16)	0.83 (0.20)
Anderes (vs. Akutspital)	0.60** (0.13)	0.87 (0.25)	0.79 (0.22)	0.81 (0.18)	1.03 (0.32)	0.99 (0.30)
Grossbetrieb	0.89 (0.13)	1.48* (0.31)	1.01 (0.21)	0.91 (0.14)	1.47* (0.33)	1.05 (0.22)

Fortsetzung Tab. Nr. 17 Referenzgruppe: FaGe	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundh.	Andere
				(1.05)	(0.12)	(0.22)
Hoher SES Elternhaus				0.89	1.78**	1.12
				(0.15)	(0.41)	(0.25)
Schulabschluss Grundanf.				0.71**	0.62*	1.05
				(0.12)	(0.17)	(0.25)
Schulnote ≥ 5.2				2.07***	1.37	1.53**
				(0.32)	(0.31)	(0.33)
Mit Berufsmatur				0.99	1.40	3.14***
				(0.24)	(0.45)	(0.90)
Migrationshintergrund				0.59*	1.62	1.39
				(0.18)	(0.56)	(0.44)
17-19J im 3.Lehrjahr				2.28***	3.16***	1.71**
				(0.40)	(0.86)	(0.40)
Romandie (Ausbildungsort)				0.38***	2.66***	1.59*
				(0.11)	(0.75)	(0.45)
Konstante	1.28*	0.32***	0.40***	0.24***	0.19***	0.21***
	(0.17)	(0.06)	(0.07)	(0.12)	(0.09)	(0.10)
n	1,043	1,043	1,043	1,042	1,042	1,042
Pseudo R ²	0.01	0.01	0.01	0.08	0.08	0.08

*Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Alle anderen Einflüsse gleich gehalten, haben (Modell 2) Lernende aus Pflegeheimen eine gut 30 % (oder den Faktor 0.72) tiefere Chance für ein Tertiärstudium Pflege und eine knapp 40 % (oder um den Faktor 0.63) tiefere Chance für ein Fachhochschulstudium/Berufsmaturitätsschule Gesundheit als Lernende aus Akutkrankenhäusern.*

Wird eine Modellvariante gerechnet, die die Wahlchancen für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstelle eines Pflegestudiums bestimmt, sind die Chancen für die eine oder andere Tertiärstufe von Lernenden in Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen nicht signifikant verschieden (RRR = 0.82, (SE = 0.22), $p = 0.44$), dafür aber signifikant höher für Lernende aus Grossbetrieben (RRR = 1.6, SE = 0.4). Der Versorgungsbereich beeinflusst demnach die beiden Tertiärenentscheidungen in ähnlichem Ausmass. Zusätzlich beeinflusst eine Ausbildung in einem grossen Betrieb die Entscheidung für eine Fachhoch- oder eine Berufsmaturitätsschule Gesundheit positiv, nicht aber die Entscheidung für ein Pflegestudium.

Die Resultate wurden wieder ergänzend für eine vierkategoriale Entscheidungsvariable in vertikaler Codierung auf Stabilität überprüft, bei der jene 10 % (n = 30) der Pflegestudierenden zur Option „Fachhochschule Gesundheit“ anstatt zur Option „Pflegestudium“ gezählt werden (vgl. Anhang A.V.8). Vergleicht man diese Resultate mit jenen aus Tabelle 17, ist zu erkennen, dass die Effekte der Versorgungsbereiche auf die Entscheidung in der Richtung stabil bleiben, und sich nur geringfügig verschieben.

5.4.4 Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Arbeitsaufgabenqualität

Im Folgenden wird nun die Analyse der betrieblichen Einflüsse um die Arbeitsaufgabenqualität und Stresswahrnehmung während der betrieblichen Ausbildung aus Sicht der Lernenden erweitert. Es wird geprüft (Hypothese A6), ob – die Einflüsse durch den Versorgungsauftrag und Grösse der Betriebe konstant gehalten – als qualitativ besser wahrgenommene Arbeitsaufgaben während der Ausbildung

die Wahrscheinlichkeit erhöhen, im Anschluss ein Tertiärstudium Pflege zu wählen oder als FaGe erwerbstätig zu sein. Tabelle 18 zeigt die Effekte des Index für die allgemeine Arbeitsaufgabenqualität (Vielfalt, Anforderungspassung, Handlungsspielraum, Qualität der Lernbegleitung) und der wahrgenommenen Stressbelastung. Modell 1 zeigt die Effekte unkontrolliert, Modell 2 bezieht die Betriebsstrukturen und Modell 3 zusätzlich die individuellen sozialen Merkmale in die Analyse ein.

Tabelle Nr. 18

Arbeitsaufgaben und Entscheidung für eine Tertiärbildung

Tertiärentscheidung	OR	OR	OR	OR
Referenzgruppe: keine Tertiärbildung	(SE)	(SE)	(SE)	(SE)
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Interaktionsmodell
Arbeitsaufgabenqualität (Skala 1-6)	1.38*** (0.15)	1.29** (0.14)	1.25* (0.15)	1.43 (0.31)
Pflegeheim#Arbeitsaufgabenqualität				0.76 (0.21)
Anderer Betrieb#Arbeitsaufgabenqualität				0.93 (0.31)
Psychophysische Stressbelastung	0.84** (0.06)	0.85** (0.06)	0.84** (0.07)	0.73** (0.10)
Pflegeheim#Stressbelastung				1.03 (0.18)
Anderer Betrieb#Stressbelastung				2.24*** (0.55)
Pflegeheim (Referenz Akutspital)		0.62*** (0.09)	0.76* (0.12)	4.03 (-6.9)
Anderer Betrieb (Referenz Akutspital)		0.71* (0.13)	0.88 (0.17)	0.05 (0.10)
Grossbetrieb		1.05 (0.14)	1.05 (0.14)	1.03 (0.23)
Pflegeheim#Grossbetrieb				1.08 (0.33)
Anderer Betrieb# Grossbetrieb				1.20 (0.51)
Frau			1.04 (0.29)	1.61 (0.70)
Pflegeheim#Frau				0.26** (0.16)
Anderer Betrieb# Frau				2.53 (2.38)
Hoher SES Elternhaus			1.07 (0.15)	0.86 (0.20)
Pflegeheim#Hoher SES				1.41 (0.46)
Anderer Betrieb# Hoher SES				1.66 (0.68)
Schulabschluss Grundanforderungen			0.68** (0.10)	0.77 (0.21)
Pflegeheim#Schulabschluss Grundanf.				0.67 (0.23)
Anderer Betrieb#Schulabschl. Grundanf.				1.19 (0.56)
Schulnote ≥ 5.2 (überdurchschnittlich)			1.60*** (0.22)	1.35 (0.30)

Fortsetzung Tabelle Nr. 18 Referenzgruppe: keine Tertiärbildung	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)	OR (SE)
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Interaktionsmodell
Pflegeheim# Schulnote ≥ 5.2				1.62 (0.50)
Anderer Betrieb# Schulnote ≥ 5.2				1.00 (0.40)
Mit Berufsmatur			0.84 (0.17)	0.70 (0.18)
Pflegeheim# Berufsmatur				2.57* (1.33)
Anderer Betrieb# Berufsmatur				1.42 (0.79)
Migrationshintergrund			0.86 (0.20)	0.69 (0.29)
Pflegeheim# Migrationshintergrund				1.96 (1.08)
Anderer Betrieb# Migrationshintergrund				0.50 (0.38)
17-19J im 3.Lehrjahr			2.10*** (0.32)	1.61 (0.47)
Pflegeheim#17-19J				1.90* (0.70)
Anderer Betrieb#17-19J				1.09 (0.48)
Romandie			0.66** (0.14)	0.56 (0.22)
Pflegeheim# Romandie				1.40 (0.71)
Anderer Betrieb# Romandie				0.95 (0.57)
Konstante	0.31* (0.19)	0.53 (0.34)	0.30 (0.22)	0.23 (0.31)
n	1,040	1,040	1,039	1,039
Pseudo R ²	0.01	0.02	0.07	0.10

*Bemerkungen: Logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Odds Ratios (OR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Wenn eine Lernende die Arbeitsaufgaben als positiver erlebt (ein Skalenpunkt höher von 1-6), erhöht sich die Chance für ein Tertiärstudium nach Ausbildungsabschluss um das 1.3-fache (Modell 3, alle anderen Einflüsse fix gehalten).*

In jeder Modellvariante ist ein signifikanter Einfluss der Arbeitsaufgabenqualität und der Stressbelastung auf die Bildungsentscheidung erkennbar: Je besser die Arbeitsaufgabenqualität, je tiefer die Stressbelastung während der Ausbildung, desto höher die Chance, ein Jahr nach Abschluss in einem tertiären Bildungsgang zu sein. Der Einfluss der Arbeitsaufgaben nimmt bei der Kontrolle der soziodemografischen (Modell 2) und der betrieblichen Merkmale (Modell 3) geringfügig ab und bleibt signifikant bestehen. Im Vergleich zu den soziodemografischen Merkmalen, Betriebsgrösse und Versorgungsbereich tragen die Aufgabenmerkmale insgesamt weniger zur Erklärung der Bildungsentscheidung bei (vgl. Pseudo-R² von 0.01 bei Modell 1).

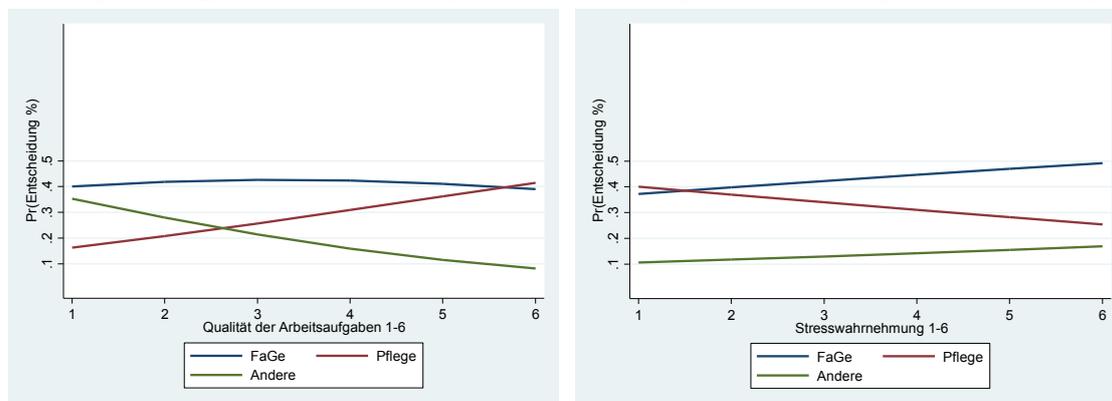
Der Effekt der Arbeitsaufgabenqualität und Stressbelastung hängt jedoch nicht vom Versorgungsbereich des Betriebs ab. Dies ergab ein ergänzender Interaktionsterm (Tab. 18, rechte Spalte). Die Interaktionen von den Versorgungsbereichen „Pflegeheim und Akutkrankenhaus“ sind

weder für den Index Arbeitsaufgaben ($p = 0.31$) noch für die Stresswahrnehmung ($p = 0.88$) substantiell und signifikant. Dies bedeutet, dass das Niveau der Arbeitsaufgabenqualität zwar in beiden Arbeitsmarktsegmenten differiert, die Stärke und Richtung ihres Effektes auf die spätere Tertiärentscheidung aber nicht verschieden ist. Sowohl in Pflegeheimen als auch in Akutkrankenhäusern erhöht eine höhere Arbeitsaufgabenqualität und eine tiefere Stresswahrnehmung die Wahrscheinlichkeit für ein Tertiärstudium. Auffällig ist, dass eine signifikante Interaktion zwischen anderen Betriebstypen und der Wahrnehmung der Stressbelastung auftritt. Eine höhere Stresswahrnehmung erhöht in anderen Betrieben ausser Pflegeheimen oder Akutkrankenhäusern (Institutionen der ambulanten, psychiatrischen Versorgung, Rehabilitation) die Chance für ein Tertiärstudium signifikant.

5.4.5 Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Arbeitsaufgabenqualität

Im Folgenden wird der Einfluss der Arbeitsaufgaben auf die Entscheidung für eine der beiden Tertiäroptionen (Pflege und FH/BMS Gesundheit) analysiert. Tabelle 19 (S. 105) zeigt, wie sich die Chancen für die Entscheidung für eine der beiden Tertiäroptionen oder für eine andere Tätigkeit anstatt der Berufstätigkeit als FaGe abhängig vom Ausmass der Stresswahrnehmung und der allgemeinen Arbeitsaufgabenqualität verändern. Abb. 15 visualisiert diese Resultate. Es fallen folgende Aspekte auf:

Abbildung Nr. 15: Qualität der Arbeitsaufgaben/Stressbelastung und Entscheidung zwischen Tertiäroptionen



Bemerkungen: Grafik auf Basis von Modell 3 von Tab. 19, Wahlwahrscheinlichkeiten für die Optionen bei Veränderung der Aufgabenqualität angegeben in Marginalen (y Achse, Wahrscheinlichkeitsveränderung in Prozentpunkten im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Alternativen). Nur signifikante Effekte von Tab. 19, Modell 3 gezeigt.

Eine höhere *allgemeine Arbeitsaufgabenqualität* wirkt sich positiv darauf aus, Pflege zu studieren anstatt als FaGe zu arbeiten (vgl. Tab 19). Dieser Effekt schwächt sich bei Kontrolle der sozialen Merkmale etwas ab und ist nicht mehr signifikant (Modell 3). Auf die Wahl der Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit hat diese hingegen keinen Effekt. Dafür reduziert eine höhere Arbeitsaufgabenqualität signifikant die Wahlchancen für die Option „andere Aktivitäten“ im

Tabelle Nr. 19

Allgemeine Arbeitsaufgabenqualität und Entscheidung für verschiedene Tertiärstufen

	Referenzgruppe: FaGe	Modell 1 RRR (SE)			Modell 2 RRR (SE)			Modell 3 RRR (SE)		
		HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundheit	Anderes	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundheit	Anderes	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesundheit	Anderes
Arbeitsaufgabenqualität	1	1.41*** (0.18)	1.13 (0.20)	0.79 (0.13)	1.30** (0.17)	1.07 (0.20)	0.73* (0.12)	1.23 (0.17)	1.06 (0.20)	0.74* (0.12)
Psychophysische Stressbelastung im Pflegeheim (Referenz Akutspital)	1	0.85* (0.07)	0.81 (0.10)	0.98 (0.11)	0.86* (0.07)	0.82 (0.11)	1.00 (0.12)	0.85* (0.08)	0.88 (0.12)	1.04 (0.12)
Anderer Betrieb (Referenz Akutspital)	1				0.62*** (0.10)	0.52*** (0.13)	0.54*** (0.13)	0.80 (0.14)	0.65* (0.17)	0.75 (0.19)
Grossbetrieb	1				0.67* (0.14)	0.86 (0.25)	0.70 (0.20)	0.89 (0.20)	1.02 (0.33)	0.89 (0.28)
Frau	1				0.90 (0.13)	1.51* (0.32)	0.98 (0.20)	0.92 (0.14)	1.48* (0.33)	1.04 (0.22)
Hoher SES Elternhaus	1							2.35* (1.05)	0.38*** (0.13)	0.58 (0.22)
Schulabschluss Grundanforderungen	1							0.92 (0.15)	1.78** (0.41)	1.09 (0.25)
Schulnote \geq 5.2 T1	1							0.71** (0.12)	0.62* (0.17)	1.05 (0.25)
Mit Berufsmatur	1							1.95*** (0.30)	1.34 (0.31)	1.56** (0.34)
Migrationshintergrund	1							1.02 (0.25)	1.40 (0.46)	3.18*** (0.92)
17-19 Jahre im 3. Lehrjahr	1							0.62 (0.19)	1.58 (0.56)	1.34 (0.43)
Ausbildungsregion Romandie	1							2.28*** (0.40)	3.05*** (0.83)	1.73** (0.41)
Konstante	1	0.253* (0.180)	0.358 (0.357)	1.499 (1.300)	0.450 (0.332)	0.465 (0.486)	2.647 (2.417)	0.13** (0.12)	0.20 (0.23)	0.86 (0.91)
n		1,040			1,040			1,039		
Pseudo R ²		0.01			0.02			0.09		

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Vergleich zur Berufstätigkeit als FaGe. Dieser Effekt bleibt auch stabil, wenn für die individuellen sozialen und betrieblichen Merkmale kontrolliert wird (vgl. Modell 2 und 3 in Tab. 19). Dieselbe Modellrechnung mit der Option „Pflegestudium“ als Vergleichsgruppe (vgl. Anhang A.V.9) stellt dar, dass eine höhere Aufgabenqualität an erster Stelle die Entscheidung für ein Pflegestudium begünstigt und an zweiter Stelle die Erwerbstätigkeit als FaGe, sich aber insgesamt positiv auf den Verbleib im Berufsfeld Pflege auf einer der beiden Stufen auswirkt. Eine höhere *Stresswahrnehmung* erhöht dagegen die Chancen, im erlernten Beruf FaGe zu arbeiten, anstatt ein Pflegestudium oder eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit zu wählen. Bei Kontrolle des Versorgungsbereiches und der individuellen sozialen Merkmale bleibt dieser Effekt für die Option „Pflegestudium“ signifikant bestehen (vgl. Modell 2 und 3, Tab. 19). Die Wahl von „anderen“ Tätigkeiten wird durch die wahrgenommene Stressbelastung nicht signifikant beeinflusst.

Im Vergleich zu den soziodemografischen Merkmalen, Betriebsgröße und Versorgungsbereich tragen die Aufgabenmerkmale insgesamt weniger zur Erklärung der Bildungsentscheidung bei (vgl. Pseudo-R² von 0.01 bei Modell 1).

5.4.6 Indirekte Effekte des Ausbildungsbetriebs

Die Dekomposition der totalen Effekte des Ausbildungsbetriebs in totale, indirekte und direkte Effekte zeigt das Zusammenspiel zwischen individuellem Bildungshintergrund und SES des Elternhauses, Versorgungsbereich des Ausbildungsbetrieb und der Bildungsentscheidung genauer auf (vgl. Tab. 20).

Tabelle Nr. 20

Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich (Pflegeheim versus Akutspital) in indirekte Effekte via „SES Elternhaus und Bildungshintergrund“

	Ref. FaGe		FH +BMS		Sonstige	
	Tertiärstufe	HF/FH Pflege	Gesundheit			
	Coef (p)	Coef (p)	Coef	(p)	Coef	(p)
Totaler Effekt	-0.42**(0.005)	-0.41* (0.01)	-0.62*	(0.01)	-0.42*	(0.08)
Direkter Effekt	-0.37* (0.023)	-0.32 (0.07)	-0.46	(0.07)	-0.18	(0.45)
Indirekter Effekt	-0.05 (0.23)	-0.09 (0.14)	-0.16*	(0.03)	-0.24**	(0.002)
Anteil indirekter Effekt	(12 %)	(23 %)	26 %		56 %	

*Bemerkungen: n = 1039, Effektdekomposition mit der khb-Methode, Angabe der Effekte in Koeffizienten (vgl. Kap. 4.4.2 und Breen et al., 2013). Mediatorvariablen: obligatorischer Schulabschluss, Berufsfachschulnoten und integrierte Berufsmaturität, SES des Elternhauses. Signifikanzniveau*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05; Kontrollvariablen wie in Modell Tab. 18 und Tab. 19. Andere Versorgungsbereiche nicht gezeigt.*

Der Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebes hat keinen indirekten signifikanten Zusammenhang mit der generellen Tertiärentscheidung, der über den SES des Elternhauses, die schulischen Leistungen und den obligatorischen Schulabschluss vermittelt wird (vgl. Tab. 20, linker Teil): Der indirekte Effekt des Versorgungsbereiches auf die Bildungsentscheidung ist dort nicht signifikant. Auch in Bezug auf die Option „Pflegestudium“ zeigt sich kein vom individuellen Bildungshintergrund vermittelter indirekte Effekt des Versorgungsbereichs des Betriebs (Tab. 20 rechter Teil, Spalte „Pflege“). Der Versorgungsbereich beeinflusst dagegen die beiden andern Entscheidungsoptionen

„FH/BMS“ und „Sonstige“ stärker indirekt über die Schulleistungen und SES des Elternhauses. Dies bedeutet, dass es für die Entscheidung für ein Pflegestudium direkt und unabhängig vom Bildungshintergrund und Elternhaus relevant ist, ob eine Person in einem Akutkrankenhaus oder einem Pflegeheim arbeitet. Bei den anderen beiden Entscheidungsoptionen spielen dagegen indirekte Effekte über das Elternhaus und den Bildungsrucksack eine stärkere Rolle.

Die Dekomposition der Effekte des Versorgungsbereiches in indirekte Effekte, die von der Arbeitsaufgabenqualität vermittelt werden, zeigt, dass die generelle Tertiärentscheidung sowohl direkt als auch indirekt über die Arbeitsaufgabenqualität beeinflusst wird (vgl. Tab. 21 linker Teil).

Tabelle Nr.21

Dekomposition des totalen Effektes vom Betrieb in indirekte Effekte via „Arbeitsaufgabenqualität“

	Tertiärstufe	Ref. FaGe	HF/FH Pflege	FH +BMS Gesundheit	Andere
	Coef (p)		Coef (p)	Coef (p)	Coef (p)
Totaler Effekt	-0.38** (0.01)		-0.33* (0.06)	-0.48* (0.06)	-0.20 (0.41)
Direkter Effekt	-0.28* (0.07)		-0.23 (0.20)	-0.43 (0.10)	-0.29 (0.25)
Indirekter Effekt	-0.10** (0.01)		-0.09** (0.04)	-0.45 (0.40)	0.09*(0.08)
Anteil indirekter Effekt	27 %		30 %	(10 %)	-46 %

*Bemerkungen: n = 1039, Effektdekomposition mit der khb-Methode, Angabe der Effekte in Koeffizienten (vgl. Kap. 4.4.2 und Breen et al., 2013). Mediatorvariablen: Arbeitsaufgabenqualität und Stressbelastung. Signifikanzniveau *** p<0.01, ** p<0.05, *p<0.1; Kontrollvariablen wie in Modell Tab. 12 und Tab. 13. Andere Versorgungsbereiche nicht gezeigt.*

Die Entscheidung für ein Pflegestudium wird vom Versorgungsbereich vor allem indirekt über die Arbeitsaufgaben beeinflusst: Etwa 30 % des totalen Effektes des Versorgungsbereiches des Betriebs werden indirekt über die Arbeitsaufgabenqualität und die Stressbelastung vermittelt. Der direkte Effekt ist nicht mehr signifikant (vgl. Tab. 21, 3. Spalte „HF/FH Pflege“). Dies bedeutet, dass die tieferen Chancen von Lernenden in Pflegeheimen für ein Pflegestudium zu etwa einem Drittel durch die unterschiedliche Arbeitsaufgabenqualität in den beiden Arbeitsmarktsegmenten erklärt werden können. Der indirekte Einfluss des Ausbildungsbetriebs auf die Entscheidung für andere Tätigkeiten ausserhalb pflegerisch-therapeutischer Berufe wird sogar zu einem noch höheren Anteil durch die Qualität der Arbeitsaufgaben und die Stresswahrnehmung vermittelt (Tabelle 21, rechte Spalte). Der relative Anteil des indirekten Effektes am totalen Effekt wechselt dabei das Vorzeichen (-46 %).

5.4.7 Zwischendiskussion

In diesem Kapitel konnten die drei Hypothesen zur Rolle des Ausbildungsbetriebs teilweise bestätigt werden. Erstens deuten die Resultate darauf hin, dass der Arbeitsmarkt der ausbildenden Betriebe im Gesundheitswesen eine Segmentierung nach Versorgungsauftrag aufweist, die sich zum einen anhand der unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsaufgabenqualität manifestiert: Wie erwartet schätzen Lernende die allgemeine Arbeitsaufgabenqualität in Akutkrankenhäusern höher und die Stressbelastung als tiefer ein als in Pflegeheimen (Hypothese A5). Zum anderen zeigen sich auch systematische Unterschiede in den schulischen Voraussetzungen der Lernenden: Betriebe aus dem

Segment der Akutkrankenhäuser, die durchschnittlich einen deutlich höherem Anteil tertiär qualifizierten Personals verzeichnen (Jaccard et al., 2009), bilden auch vermehrt Lernende mit höheren schulischen Leistungen und höheren Schulabschlüssen aus. Dies weist darauf hin, dass FaGe-Lernende während ihrer Ausbildung in den Arbeitsmarktsegmenten unterschiedliche Ausbildungsumfelder und Ausbildungsqualitäten vorfinden. Dies würde die Annahmen verschiedener Segmentationstheorien (Averitt, 1968; Averitt, 1987; Kalleberg, 2003) in Bezug auf die hier untersuchten Merkmale für die ausbildenden Betriebe im Gesundheitswesen bestätigen. Auf dieser theoretischen Basis könnte eine qualitativ bessere betriebliche Ausbildungs- und Arbeitsumgebung (höhere Arbeitsaufgabenqualität) mit der höheren Ressourcen- und Personalausstattung im Arbeitsmarktsegment der Akutversorgung begründet werden.

Es konnte zweitens für die Entscheidungen nach der beruflichen Grundbildung FaGe bestätigt werden, dass sich strukturelle Merkmale der Ausbildungsbetriebe – hier der Versorgungsbereich – systematisch und direkt auf die Entscheidungen auswirken. Ehemalige Lernende aus den mit personellen und finanziellen Ressourcen besser ausgestatteten Akutkrankenhäusern wählen häufiger eine Tertiärbildung als ehemalige Lernende aus Pflegeheimen (Hypothese A7). Organisationstheorien gehen von segmentspezifischen Karrieremustern aus (White, 1970a; 1970b; Preisendörfer, 1987), was für die hier vorliegenden Resultate so zu interpretieren wäre, dass die Akutkrankenhäuser mit einer stärker hierarchischen Struktur und einer höheren Berufervielfalt als Pflegeheime auch höhere Anreize bieten, einen höheren Gesundheitsberuf zu erlernen und auszuüben. Eine neue Erkenntnis ist an dieser Stelle hervorzuheben: Die geringeren Tertiärübertritte von Lernenden mit Ausbildungsstelle im Pflegeheim betreffen vor allem die weiblichen Lernenden. Der genaue Mechanismus dieses Resultates ist unklar. Eine mögliche Erklärung wäre, dass bei Frauen in Pflegeheimen zwei Einflüsse aufeinander treffen, die die Entscheidung gegen eine Tertiärbildung verstärken: Dies sind zum einen individuelle Nutzenabwägungen der höheren Bildung (Becker, 1982; Reimer & Pollak, 2010) und zum anderen geringere Anreize für die höhere Bildung im Arbeitsumfeld Pflegeheim durch ein vergleichsweise tieferes Qualifikationsniveau und geringere Karriereoptionen mit einem Tertiärabschluss (Preisendörfer, 1987). Dies bedeutet, dass die Form der Selektion von Lernenden in Ausbildungsbetriebe unterschiedlicher struktureller Merkmale wie Versorgungsauftrag, Ressourcenausstattung und Qualifikationsniveau eine wichtige Rolle für verbesserte (oder verschlechterte) Chancen im Zugang zur höheren Berufsbildung spielen kann (vgl. dazu Kap. 6.2.2).

Drittens konnten arbeitspsychologische Theorien (Maehr & Braskamp, 1986; Mortimer & Lorence, 1995) und gesundheitswissenschaftliche Evidenz (Hayes et al, 2012) zum Zusammenhang von Arbeitsqualität und Berufswechsel für den bisher nicht untersuchten Entscheidungskontext nach einer beruflichen Grundbildung im Gesundheitswesen bestätigt werden (Hypothese A6): Eine höhere Qualität der Arbeitsaufgaben wirkt einem Verlassen des Berufsfeldes Pflege entgegen. Dieses Resultat

deckt sich mit der vorhandenen Evidenz zum Berufsverbleib und Berufswechseln in der Pflege (Hayes et al., 2006b; Roulin et al., 2014; Stimpfel et al., 2014; Castle et al., 2007).

Eine höhere Arbeitsaufgabenqualität begünstigt aber überraschenderweise die Entscheidung für ein Pflegestudium stärker als für die Arbeit im erlernten (pflegerischen) Beruf FaGe. Dies kann bedeuten, dass eine fachlich gute Begleitung, ein guter Match von eigenen Fähigkeiten mit den Aufgaben und vielseitige, interessante Aufgaben die ehemaligen Lernenden motiviert, im Berufsfeld Pflege zu bleiben. Dies wird auch von der vorhandenen Evidenz zum Einfluss der Arbeitsplatzumgebung und der Arbeitszufriedenheit auf den Verbleib im Beruf Pflege bestätigt (Hayes et al., 2012a; Castle et al., 2007). Darüber hinaus motiviert dies aber stärker für ein weiterführendes Pflegestudium als für die Erwerbstätigkeit als FaGe. Dies wäre mit motivations- und lernpsychologischen Theorien zu erklären, wonach eine positive Arbeitsaufgabengestaltung entwicklungs- und leistungsfördernd ist (Prümper et al., 1995; Hacker, 1998; Maehr & Braskamp, 1986) und zum Wunsch führen kann, vertiefte pflegerische Kompetenzen zu erwerben. Gerade bei der Entscheidungssituation nach einer beruflichen Grundbildung ist anzunehmen, dass ein Wechsel aus dem Beruf nicht nur aus der Perspektive der Lernenden, sondern auch aus jener der Betriebe und des Gesamtsystems als positiv einzuschätzen ist, da ein bestimmter Anteil von Übergängen in die tertiäre Berufsbildung erwünscht ist. Eine hohe Ausbildungsqualität kann so ein motivierendes Umfeld darstellen, das zwar zum Verlassen des erlernten Berufs, aber zu einer höheren Bildung im Berufsfeld führt. Ebenfalls überraschend ist, dass eine höhere Stresswahrnehmung die Entscheidung in einer anderen Richtung beeinflusst als gemäss Hypothese (A6) erwartet: Je höher die Stresswahrnehmung, desto unwahrscheinlicher die Entscheidung für ein Pflegestudium, aber desto höher die Wahrscheinlichkeit, stattdessen als FaGe zu arbeiten. Dies bedeutet, dass eine höhere Stresswahrnehmung während der Ausbildung eher dazu motiviert, eine höhere pflegerischen Bildung zu wählen, anstatt im Beruf FaGe zu bleiben, und dass der generelle Verbleib im Berufsfeld Pflege (Sek II oder Tertiärstufe) entgegen der Annahmen nicht von der Stresswahrnehmung beeinflusst wird. Dieses Resultat steht nicht im Einklang mit der Literatur zum Berufswechsel in der Pflege, die häufig auf Job- oder Berufswechsel als Folge von Stressbelastung hinweist (Hayes et al., 2006a; Castle et al., 2007). Die Resultate in der Literatur sind allerdings nicht eindeutig, sobald es sich um Lernende handelt: Eine frühere Querschnittsbefragung eines kantonalen Jahrgangs Lernender FaGe (Trede & Schweri, 2014) fand keine signifikanten Effekte von höherer Stresswahrnehmung auf die Absichten, später Pflege zu studieren. Für Studierende der Pflege wurde ebenfalls beschrieben (Hausmann, 2009), dass bis zu einer gewissen Schwelle eine moderate Stressbelastung eher als positive Herausforderung wahrgenommen werden könne. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Lernende in der Praxis weniger Verantwortung übernehmen müssen als diplomierte Pflegenden: Ihre Stressquellen stammen vor allem von der Doppelbelastung von Ausbildung, Schule, Privatleben und Arbeitsleben (Timmins & Kaliszer, 2002). Dies kann bedeuten, dass der erlebte Stresslevel bei der pflegerischen Arbeit bei dieser Gruppe entweder nicht so negativ

wahrgenommen wurde oder nicht so hoch war, dass ein Berufswechsel realisiert wird. Stattdessen motiviert er eher dazu, im erlernten Beruf zu bleiben, anstatt eine höhere Ausbildung aufzunehmen. Dass dies signifikant häufiger in Pflegeheimen als in Akutkrankenhäusern geschieht, und Lernende in Pflegeheimen neben einer signifikant höheren Stressbelastung auch einen höheren pflegerischen Handlungsspielraum angeben, wäre ein Anzeichen dafür, dass diese Stresswahrnehmung seitens der Lernenden auch als positive berufliche Herausforderung für mehr Verantwortung bei pflegerischen Tätigkeiten von FaGe interpretiert werden kann. Die Rolle der Stresswahrnehmung für die Berufs- und Bildungsentscheidung scheint insofern stark kontextabhängig zu sein.

Eine neue Erkenntnis ist, dass Betriebsstrukturen und die Arbeitsaufgabenqualität miteinander korrelieren, beide aber auch einen eigenständigen Einfluss auf die Entscheidungen ausüben. Dies bleibt auch (abgeschwächt) bestehen, wenn die Selektion in die Betriebe mit den individuellen sozialen Merkmalen und Bildungsvoraussetzungen der Lernenden kontrolliert werden. Zudem verlaufen die Einflüsse des Versorgungsbereiches auch indirekt, vermittelt über soziale Merkmale der Lernenden und über die Qualität der Arbeitsaufgaben. Die Mechanismen dieses Zusammenspiels können auf Basis dieser Daten nicht genau geklärt werden. Festzuhalten ist aber, dass die Selektion in einen bestimmten Betrieb (respektive in ein Arbeitsmarktsegment) zu Beginn der Ausbildung eine wichtige Bedeutung für die späteren Laufbahnentscheidungen hat, doch dass darüber hinaus die individuell vorgefundene Arbeitsumgebung und Arbeitsaufgabenqualität eine wichtige Rolle spielt.

5.5 Berufliche Werte und Kostenerwartungen als Entscheidungsdeterminanten

Im Folgenden wird der Einfluss der beruflichen Wertvorstellungen und der Kostenwahrnehmungen auf die nachfolgende Berufs- und Bildungsentscheidung für ein Pflegestudium anstelle einer Erwerbstätigkeit als FaGe untersucht. Dabei werden zunächst direkte Einflüsse dieser Komponenten auf die Berufs- und Bildungsentscheidung dargestellt (Hypothese B1 bis B4). Im Anschluss folgen Resultate zu interaktiven Einflüssen des Ausbildungsbetriebs vorgestellt (Hypothese B5).

5.5.1 Entscheidung für ein Tertiärstudium

Tabelle 22 (S. 111) zeigt die Chancen, sich nach der FaGe-Ausbildung für ein tertiäres Bildungsprogramm, respektive für eine Maturitätsschule zu entscheiden. In den ersten drei Modellen werden die Effekte der Werte und Kostenwahrnehmungen für ein Pflegestudium auf die Bildungsentscheidung ohne Kontrolle, in den Folgemodellen (m4 bis m6) mit Kontrolle der betrieblichen und soziodemografischen Variablen dargestellt.

Tabelle Nr.22

Einfluss der Werte und Kostenwahrnehmung auf die Tertiärentscheidung

Tertiärentscheidung	m1	m2	m3	m4	m5	m6
Referenz Tertiärbildung nein	OR (SE)					
Werte extrinsisch	1.72*** (0.26)		1.66*** (0.25)	1.66*** (0.25)	1.63*** (0.25)	1.83*** (0.30)
Werte intrinsisch	0.92 (0.18)		0.86 (0.17)	0.81 (0.17)	0.74 (0.15)	0.69* (0.15)
Werte familienorientiert	0.92 (0.14)		0.90 (0.14)	0.90 (0.14)	0.92 (0.14)	0.83 (0.14)
Werte prestigeorientiert	0.92 (0.08)		0.92 (0.09)	0.92 (0.09)	0.91 (0.09)	0.96 (0.09)
Werte patientenorientiert	1.36*** (0.15)		1.38*** (0.15)	1.43*** (0.16)	1.36*** (0.16)	1.37*** (0.17)
Kosten extrinsisch		0.80*** (0.07)	0.82** (0.07)	0.80*** (0.07)	0.80*** (0.07)	0.75*** (0.07)
Kosten intrinsisch		0.77*** (0.07)	0.76*** (0.07)	0.81** (0.08)	0.77*** (0.07)	0.86 (0.09)
Kosten patientenorientiert		0.86** (0.05)	0.87** (0.05)	0.90* (0.05)	0.89* (0.05)	0.91 (0.06)
Kosten prestigeorientiert		1.05 (0.08)	1.05 (0.08)	1.05 (0.08)	1.04 (0.08)	0.99 (0.08)
Kosten familienorientiert		0.80** (0.08)	0.81** (0.08)	0.77*** (0.07)	0.78*** (0.08)	0.79** (0.08)
Missing Kosten	0.72 (0.19)	0.81 (0.22)	0.84 (0.23)	0.86 (0.23)	0.87 (0.24)	0.90 (0.25)
Pflegeheim (Ref. Akutspital)				0.59*** (0.09)	0.67*** (0.10)	0.81 (0.14)
Anderer Betrieb (Ref. Akutsp.)				0.71* (0.13)	0.80 (0.15)	0.99 (0.20)
Grossbetrieb				1.01 (0.13)	1.02 (0.14)	1.04 (0.14)
Index Arbeitsaufgabenqualität (Skala 1-6)					1.46*** (0.17)	1.38*** (0.17)
Frau						1.07 (0.32)
Hoher SES Elternhaus						1.14 (0.17)
Schulabschluss Grundanf.						0.73** (0.11)
Hohe Schulnote \geq 5.2						1.68*** (0.24)
Mit Berufsmatur						0.91 (0.19)
Migrationshintergrund						0.66* (0.16)
17-19J im 3.Lehrjahr						2.16*** (0.34)
Romandie						0.70 (0.16)
Konstante	0.13** (0.10)	0.70*** (0.09)	0.14** (0.12)	0.21* (0.18)	0.05*** (0.05)	0.03*** (0.03)
n	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039
Pseudo R ²	0.02	0.03	0.05	0.06	0.06	0.11

Bemerkungen: Logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Odds Ratios (OR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ Lesebeispiel: Wenn eine Lernende extrinsische Werte höher bewertet, erhöht sich die Chance für ein Tertiärstudium um das 1.8-fache (Modell 6).

Dabei wird deutlich, dass sowohl höhere extrinsische Werte (x1.8, m6) als auch höhere patientenorientierte Werte (x1.4, m6) zum ersten Befragungszeitpunkt die Chance für eine Tertiärausbildung ein Jahr nach Abschluss der FaGe-Ausbildung signifikant erhöhen. Die Effektstärke bleibt signifikant und stabil, auch wenn der Einfluss der soziodemografischen, der betrieblichen Variablen und der subjektiven Kostenwahrnehmung kontrolliert wird.

Die familien- und prestigeorientierten Werte zeigen in allen Modellvarianten nicht signifikante und minimale Effekte. Der Effekt der intrinsischen Werte wird erst signifikant und substantiell (x0.69, m6), wenn die betrieblichen und die soziodemografischen Merkmale der Befragten kontrolliert werden. Eine höhere Wahrnehmung extrinsischer und familienorientierter Kosten für ein Pflegestudium wirkt sich signifikant negativ auf die Entscheidung für eine Tertiärausbildung aus. Dies bleibt bei Kontrolle aller anderen Einflussfaktoren stabil. Bei der intrinsischen und patientenorientierten Kostenwahrnehmung fällt auf, dass sich ihr Effekt bei Kontrolle der soziodemografischen Merkmale abschwächt und nicht mehr signifikant ist. Die Wahrnehmung prestigeorientierter Kosten (Anerkennung von anderen) zeigt in keiner der Modellvarianten einen Effekt. Insgesamt tragen die Werteorientierung und insbesondere die Kostenwahrnehmung substantiell zur Erklärungskraft des Modells bei (vgl. Pseudo-R² = 0.05 von total 0.11). Die Effekte der soziodemografischen Merkmale bleiben in gleicher Richtung wie in vorherigen Modellen ohne Werte- und Kostenvariablen bestehen (m3 bis m5). Bei Kontrolle der soziodemografischen Faktoren (m6) verringert sich der Effekt des Versorgungsbereiches des Ausbildungsbetriebs substantiell (x0.81), während der Einfluss der Arbeitsaufgabenqualität stabil bleibt (x1.4). Dies weist darauf hin, dass sich der Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs nur teilweise unabhängig von der Kostenwahrnehmung auf die spätere Bildungsentscheidung auswirkt.

5.5.2 Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen und Erwerbstätigkeit

Das folgende multinomiale logistische Regressionsmodell zeigt dieselben Einflussfaktoren für die vier Entscheidungsoptionen (1) FaGe, (2) HF/FH Pflege, (3) FH / BMS Gesundheit, (4) Sonstiges (Tabelle 23). Dabei wird im Modell 1A die Erwerbstätigkeit als FaGe als Vergleichskategorie gewählt, während im Modell 1B die Chancen für eine FH/BMS oder sonstige Tätigkeiten im Vergleich zur Tertiärbildung Pflege gezeigt werden. Beide Modelle kontrollieren für die Einflüsse der betrieblichen und individuellen sozialen Merkmale (ausführliche Tabellen mit allen Kontrollvariablen siehe Anhang A.V.10).

Wertvorstellungen

Das multinomiale Modell (Tab. 23, S. 113) zeigt bei den Wertvorstellungen ähnliche Tendenzen wie die Resultate zur binären Bildungsentscheidung (vgl. Tab. 22, S. 111). Höhere *extrinsische Werte* erhöhen die Chancen gleichermaßen, eine von beiden möglichen Tertiäroptionen zu wählen: Würden die extrinsischen Werte einer Person bei gleichen sonstigen Merkmalen um eine Einheit steigen,

würde sich die Chance beinahe verdoppeln, anstatt der Erwerbstätigkeit als FaGe ein Pflegestudium oder ein anderes FH/BMS-Studium Gesundheit zu wählen (Modell 1a).

Tabelle Nr. 23

Werte- und Kostenwahrnehmungen und Entscheidung zwischen den Tertiäroptionen

	Modell 1a (Referenz FaGe)			Modell 1b (Ref. HF/FH Pflege)		Modell 2 Interaktion (Referenz FaGe)		
	RRR(SE)			RRR(SE)		RRR(SE)		
	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesund.	Andere	FH/BMS Gesund.	Andere	HF/FH Pflege	FH/BMS Gesund.	Andere
Werte extrinsisch	1.87*** (0.36)	1.84** (0.49)	1.00 (0.24)	0.98 (0.28)	0.53** (0.14)			
Werte intrinsisch (WI)	0.73 (0.19)	0.77 (0.27)	1.45 (0.48)	1.05 (0.39)	1.99* (0.71)	1.26* (0.17)	0.99 (0.17)	1.31 (0.25)
<i>WI im Pflegeheim (Ref. Akutspital)</i>						0.74* (0.13)	0.84 (0.21)	0.73 (0.18)
<i>WI in and. Betrieben</i>						0.71 (0.17)	1.12 (0.34)	0.56* (0.18)
Werte familienorientiert	0.75 (0.15)	0.76 (0.19)	1.00 (0.26)	1.01 (0.27)	1.34 (0.36)			
Werte prestigeorientiert	0.99 (0.11)	0.90 (0.14)	0.99 (0.15)	0.90 (0.15)	1.00 (0.16)			
Werte patientenorientiert	1.60*** (0.24)	0.92 (0.17)	0.67** (0.11)	0.57*** (0.12)	0.42*** (0.08)			
Kosten extrinsisch	0.77*** (0.08)	0.81 (0.12)	0.95 (0.13)	1.06 (0.16)	1.24 (0.18)			
Kosten intrinsisch (KI)	0.75** (0.09)	1.10 (0.18)	0.96 (0.15)	1.47** (-0.25)	1.29 (-0.21)	0.73** (0.10)	1.29 (0.26)	1.06 (0.20)
<i>KI im Pflegeheim (Ref. Akutspital)</i>						0.95 (0.18)	0.77 (0.22)	0.87 (0.22)
<i>KI in and. Betrieben</i>						0.87 (0.21)	0.67 (0.22)	0.58* (0.19)
Kosten patientenorient.	0.87* (0.07)	1.14 (0.12)	1.14 (0.11)	1.31** (0.14)	1.31*** (0.13)			
Kosten prestigeorientiert	0.98 (0.09)	1.05 (0.13)	1.07 (0.13)	1.08 (0.14)	1.10 (0.14)			
Kosten familienorientiert	0.72*** (0.09)	0.88 (0.14)	0.80 (0.12)	1.23 (0.21)	1.12 (0.18)			
Missing Kosten	0.63 (0.22)	1.12 (0.47)	0.93 (0.38)	1.78 (0.85)	1.47 (0.70)	0.53* (0.19)	1.17 (0.50)	1.02 (0.43)
Pflegeheim (Ref. Akutspital)	0.94 (0.19)	0.60* (0.17)	0.75 (0.20)	0.63 (0.18)	0.80 (0.22)	1.17 (1.23)	0.90 (0.94)	1.36 (1.45)
Anderer Betrieb (Ref. Akutspital)	1.08 (0.26)	1.00 (0.33)	0.89 (0.28)	0.93 (0.32)	0.83 (0.28)	0.85 (1.24)	0.50 (0.74)	2.05 (2.55)
Grossbetrieb	0.86 (0.14)	1.51* (0.34)	0.98 (0.21)	1.75** (0.41)	1.13 (0.26)	0.85 (0.22)	1.14 (0.40)	1.09 (0.38)
<i>Pflegeheim#Grossbetrieb (Ref. Akutspital)</i>						1.02 (0.36)	1.40 (0.73)	0.77 (0.37)
<i>And. Betrieb#Grossbetrieb</i>						0.84 (0.43)	2.20 (1.37)	1.69 (1.10)
Qualität Arbeitsaufgaben (Skala 1-6)	1.39** (0.20)	1.12 (0.22)	0.77 (0.13)	0.81 (0.17)	0.56*** (0.11)			
Geschlecht = Frau	2.44* (1.13)	0.42** (0.15)	0.60 (0.23)	0.17*** (0.09)	0.25*** (0.13)	3.19* (2.20)	0.51 (0.29)	0.56 (0.34)
<i>Pflegeheim#Frau</i>						0.34 (0.34)	0.23* (0.19)	1.20 (1.11)
<i>Andere Betriebe#Frau</i>						0.76 (1.04)	4.54 (5.79)	0.61 (0.60)

Fortsetzung Tab. 23, weitere soz.demo. Merkmale im Anhang A.V.11 gezeigt)								
Konstante	0.01*** (0.01)	0.15 (0.24)	0.76 (1.18)	28.16* (50.24)	143.78*** (249.54)	0.26* (0.20)	0.14*** (0.10)	0.15** (0.11)
n	1,039					1,039		
Pseudo R ²	0.13					0.12		

*Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Ausführliches Interaktionsmodell (Modell 2) im Anhang A.V.12.*

Der Unterschied zwischen den beiden Tertiäroptionen ist nicht signifikant (vgl. Modell 1b). Höhere extrinsische Werte reduzieren zudem die Chance um 50 %, eine sonstige Tätigkeit anstatt eines Pflegestudiums auszuüben (vgl. Modell 1b). *Prestigeorientierte* Werte (Anerkennung durch andere) zeigen dagegen keine direkten Effekte.

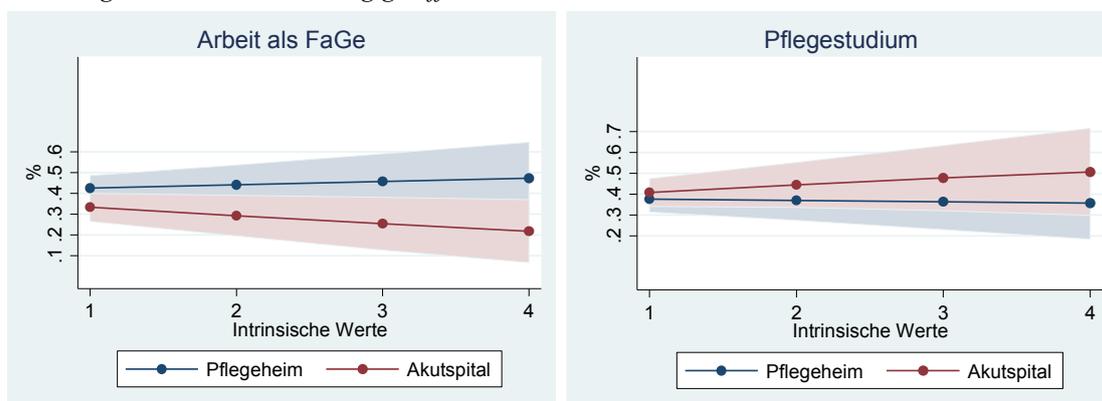
Höhere *patientenorientierte Werte* (Wichtigkeit des direkten Patientenkontakts) erhöhen dagegen die Wahlchancen für ein Pflegestudium anstatt einer Erwerbstätigkeit als FaGe um das 1.6-fache, respektive reduzieren sie für sonstige Tätigkeiten um gut 30 %. Sie zeigen keinen signifikanten Effekt auf die Entscheidung für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt der Erwerbstätigkeit als FaGe (vgl. Modell 1a). Im Vergleich zur Wahl eines Pflegestudium zeigt sich, dass höhere patientenorientierte Werte am stärksten die Wahl eines Pflegestudiums begünstigen (Modell 1b), und gleichzeitig die Chancen für alle anderen Optionen sinken: für die Erwerbstätigkeit als FaGe um knapp 38 %, Option der Berufsmaturitäts- oder Fachhochschule Gesundheit um 43 %, für sonstige Tätigkeiten um 52 % (vgl. Modell 1b).

Höhere *familienorientierte Werte* wirken sich nicht signifikant auf die Entscheidung für eine der beiden Tertiäroptionen aus, anstatt als FaGe zu arbeiten. Sie zeigen auch keinen signifikanten Effekt auf die Entscheidung für sonstige Optionen. Es fällt aber auf, dass die Effekte zwar nicht signifikant sind, aber in eine deutliche Richtung zeigen: Anhand der Effektgrößen ist zu erkennen, dass bei höheren familienorientierten Werten sowohl die Chancen, ein Pflegestudium als auch eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit zu wählen, vermindert sind (x0.75, p = 0.14, bzw. x0.77, p = 0.26, vgl. Modell 1a).

Intrinsische Werte wirken sich erwartungsgemäss nicht direkt und konsistent auf die Entscheidung für eine der beiden Tertiärstufen aus. Es fällt auf, dass Personen mit höheren intrinsischen Werten eine fast doppelt so hohe Chance haben, sich für „sonstige Aktivitäten“ anstatt eines Pflegestudiums zu entscheiden (Modell 1b). Um zu prüfen, ob der Einfluss der intrinsischen Wertvorstellungen auf die Entscheidung vom betrieblichen Versorgungsbereich abhängt, wurde ein Interaktionsterm gebildet (vgl. Kap. 4.4.2), der den Versorgungsbereich des Betriebs mit allen anderen erklärenden Variablen „interagiert“ (vgl. rechte Spalte in Tab. 23, S. 113). Dieses zeigt einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen den intrinsischen Werten und dem Versorgungsbereich des Betriebs, illustriert in Abb. 16 (S. 115).

Lernende mit höheren intrinsischen Wertvorstellungen arbeiten bei einem Ausbildungsort im Akutkrankenhaus mit tieferer Wahrscheinlichkeit nach der Ausbildung als FaGe (Abb. 16 links, rote Linie) und studieren mit höherer Wahrscheinlichkeit Pflege an einer HF oder FH (Abb. 16 rechts, rote Linie). Lernende mit höheren intrinsischen Werten mit Ausbildungsort im Pflegeheim (blaue Linien) haben eine fast unveränderte Wahrscheinlichkeit, ein Pflegestudium zu wählen, als jene mit tieferen intrinsischen Werten. Ihre Wahrscheinlichkeit, als FaGe zu arbeiten steigt dagegen leicht mit zunehmender Gewichtung der intrinsischen Aspekte (Abb. links geringe Steigung, Abb. rechts fast waagrechte blaue Linie).

Abbildung Nr. 16: Betriebsabhängige Effekte von intrinsischen Werten



Bemerkungen: Marginaleffekte auf Basis des Modells 3 im Anhang A.V.11

Kostenwahrnehmungen

Das multinomiale Modell (Tab. 23, S. 113) zeigt auch bei den Kostenwahrnehmungen ähnliche Tendenzen wie die Resultate zur binären Bildungsentscheidung (vgl. Kap. 5.5.1) auf. Als höher wahrgenommene extrinsische Kosten für ein Pflegestudium führen zu einer um 23 % tieferen Chance ($\times 0.77$, Modell 1a), ein solches zu wählen, anstatt als FaGe zu arbeiten. Dies bedeutet, dass Personen, die den Gewinn eines Pflegestudiums durch extrinsische Arbeitsanreize wie Lohn, Karriere und Weiterbildung als geringer einschätzen, eher FaGe bleiben. Keine erkennbaren Effekte scheint die prestigeorientierte Kostenwahrnehmung auszuüben, respektive der erwartete Gewinn an Anerkennung im privaten Umfeld, der durch ein Pflegestudium erzielt werden kann (Modell 1a und b). Dies deckt sich mit der bivariaten Analyse, die nur knapp signifikante Mittelwertsunterschiede bei dieser Kostendimension nach Entscheidungsoption zeigte (vgl. Kap. 5.2.3).

Etwas anders verhält es sich mit der intrinsischen Kostenwahrnehmung. Die Chance, Pflege zu studieren anstatt als FaGe zu arbeiten verringert sich um ein Viertel ($\times 0.75$), wenn wenig Gewinn hinsichtlich Handlungsspielraum, interessanten und herausfordernden Aufgaben durch ein Pflegestudium erwartet wird (d.h. die Kosten eher hoch wahrgenommen werden) (Modell 1a). Die intrinsische Kostenwahrnehmung wirkt sich aber im Gegensatz zur extrinsischen Kostenwahrnehmung auch auf die anderen Optionen aus: Höhere intrinsische Kosten steigern die Chance, eine Fachhoch-

oder Berufsmaturitätsschule im Bereich Gesundheit zu besuchen anstatt Pflege zu studieren, um das 1.5-fache (Modell 1b).

Eine höhere Kostenwahrnehmung bezüglich des künftig erwarteten direkten Patientenkontakts (patientenorientierte Kosten) wirkt sich ähnlich wie die intrinsische Kostenwahrnehmung aus: Sie reduziert die Chancen für ein Pflegestudium anstatt der Arbeit als FaGe (x0.87, Modell 1a). Sie erhöht auch die Chancen ein anderes FH/BMS-Studium Gesundheit oder sonstige Aktivitäten anstatt eines Pflegestudiums zu ergreifen, um jeweils rund das 1.3-fache (Modell 1b). Modell 2 zeigt wiederum, dass der Effekt der intrinsischen Kostenwahrnehmung anders als die intrinsischen Werte nicht vom Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs abhängt.

Eine höhere Wahrnehmung familienorientierter Kosten eines Pflegestudiums bezüglich Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben (familienorientierte Kosten) fördert die Erwerbstätigkeit als FaGe: Modell 1a zeigt, dass höhere familienorientierte Kostenwahrnehmungen die Chancen um knapp 30 % verringern, Pflege zu studieren anstatt als FaGe zu arbeiten. Die anderen Entscheidungsoptionen sind nur geringer und nicht signifikant von den familienorientierten Kosten beeinflusst.

5.5.3 Indirekte Effekte des Ausbildungsbetriebs

Wie in den vorherigen Kapiteln wird ergänzend die Analyse der indirekten Effekte des Versorgungsbereichs des Betriebes auf die Entscheidungen dargestellt, hier vermittelt durch die Werteorientierung und die Kostenwahrnehmung. Tabelle 24 zeigt mit der Dekomposition des totalen Effektes in seine indirekten und direkten Anteile, dass die Ausbildung in einem Pflegeheim oder Akutkrankenhaus die Entscheidung für ein Pflegestudium zu einem hohen Anteil indirekt beeinflusst, vermittelt durch die Kostenwahrnehmungen (85 %) (Tab. 24, rechter Teil Spalte „Pflege“). Den grössten Anteil machen hier die intrinsischen Kosten aus¹⁷.

Tabelle Nr. 24

Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich in indirekte Effekte via „Kostenwahrnehmung“

	Tertiärstufe	Ref. FaGe	HF/FH Pflege	FH +BMS Gesundheit	Andere
	Coef (p)		Coef (p)	Coef (p)	Coef (p)
Totaler Effekt	-0.33**(0.04)		-0.12 (0.21)	-0.44 (0.10)	-0.21 (0.41)
Direkter Effekt	-0.21 (0.21)		-0.03 (0.86)	-0.57* (0.04)	-0.30 (0.25)
Indirekter Effekt	-0.12* (0.09)		-0.20** (0.03)	0.12 (0.19)	0.09 (0.26)
Anteil indirekter Effekt	36 %		85 %	(-28 %)	(-45 %)

Bemerkungen: n = 1039, Effektdekomposition mit der khb-Methode, Angabe der Effekte in Koeffizienten (vgl. Kap. 4.4.2 und Breen et al., 2013). Mediatorvariablen: alle Kostenwahrnehmungen. Signifikanzniveau *** p<0.01, ** p<0.05, *p<0.1; Kontrollvariablen wie in Modell Tab. 23. Andere Versorgungsbereiche nicht gezeigt.

¹⁷ In Tab. 23 nicht dargestellt sind die verschiedenen Komponenten des indirekten Effektes vermittelt von den Kostenwahrnehmungen (extrinsisch +16 %; intrinsisch +65 %; patientenorientiert +23 %; prestigeorientiert + 5 %; familienorientiert -25 %).

Dies bedeutet, dass Lernende aus Pflegeheimen mit tieferer Wahrscheinlichkeit Pflege studieren werden als Lernende aus Akutkrankenhäusern, und dass dieser Effekt des Versorgungsbereiches zu einem hohen Anteil durch die unterschiedliche intrinsische Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium vermittelt wird.

Tabelle 25 zeigt ergänzend hierzu, dass die Arbeitswerteorientierungen keine zwischen dem Versorgungsbereich des Betriebs und der Entscheidung für ein Pflegestudium vermittelnde signifikante Funktion wahrnehmen.

Tabelle Nr. 25

Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich in indirekte Effekte via „Arbeitswerte“

	Tertiärstufe	Ref. FaGe	Pflege	FH +BMS	Andere
	Coef (p)		Coef (p)	Coef (p)	Coef (p)
Totaler Effekt	-0.17 (0.29)		0.03 (0.89)	-0.59** (0.03)	-0.37 (0.15)
Direkter Effekt	-0.21 (0.21)		-0.03 (0.86)	-0.57** (0.04)	-0.30 (0.25)
Indirekter Effekt	-0.03 (0.41)		0.06 (0.26)	-0.03 (0.53)	-0.07* (0.09)
Anteil indirekter Effekt	(-20 %)		(227 %)	(5 %)	19 %

*Bemerkungen: n = 1039, Effektdekomposition mit der khb-Methode, Angabe der Effekte in Koeffizienten (vgl. Kap. 4.4.2 und Breen et al., 2013). Mediatorvariablen: alle Kostenwahrnehmungen. Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$; Kontrollvariablen wie in Modell Tab. 23. Andere Versorgungsbereiche nicht gezeigt.*

5.5.4 Zwischendiskussion

Diese Analyse liefert Hinweise, dass berufliche Werte und Kostenwahrnehmungen eine substantielle Rolle für die Entscheidung nach der beruflichen Grundbildung FaGe spielen (vgl. Kap. 3.1 und 3.4). Zu der Rolle der Arbeitswerte sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

1. Die Hypothese B1 zum Effekt der extrinsischen Werte ist bestätigt, wobei dieser Effekt nicht nur bei der Tertiärstufe Pflege, sondern generell bei beiden Tertiäroptionen auftritt.
2. Die Hypothese B3, dass hohe patientenorientierte Werte die Entscheidung für beide Pflegeberufe auf Sek II und Tertiärstufe gleichermassen (positiv) beeinflussen, ist nur teilweise bestätigt: Dies trifft in erster Linie für die Wahl eines Pflegestudiums zu, in zweiter Linie für die Entscheidung, als FaGe zu arbeiten.
3. Die anderen Wertedimensionen zeigen keine signifikanten Effekte. Überraschend ist erstens, dass familienorientierte Werte keinen Einfluss auf die Entscheidung für das Berufsfeld Pflege zeigen (Hypothese B2), und dass sich zweitens intrinsische Werte positiv auf Entscheidungen ausserhalb des Berufsfeldes Gesundheit (andere Tätigkeiten) auswirken.
4. Der Einfluss intrinsischer Werte auf die Entscheidung hängt vom Arbeitsmarktsegment des Betriebs ab. Dies bestätigt die Hypothese B5, dass sich höhere intrinsische Werteorientierungen bei Lernenden aus dem Akutkrankenhaus stärker positiv auf ein Pflegestudium auswirken als bei Lernenden aus dem Pflegeheim.

Auf Basis dieser Resultate kann erstens angenommen werden, dass auch in einer Entscheidungssituation in die höhere Berufsbildung Gesundheit Werteorientierungen (Arbeitswerte) im Sinne leitender Ziele für eine Bildungs- und Berufsentscheidung fungieren (Super, 1995; Rokeach, 1979; Eccles, 2005a, 2005b). Aus den zur Verfügung stehenden Optionen wird diejenige Alternative gewählt, für die die höchste Kohärenz mit dem individuellen Wertesystem erwartet wird. Dabei spielen die verschiedenen Wertedimensionen (extrinsisch, intrinsisch, familienorientiert usw.) unterschiedliche Rollen je nach Dimensionen der Entscheidung: Bestimmte Werte spielen eine stärkere Rolle bei der inhaltlich-beruflichen Seite der Entscheidung (z.B. patientenorientierte Werte), andere Werte sind bei der vertikalen Dimension, der Entscheidung für eine Bildungsstufe, wichtiger (z.B. extrinsische oder familienorientierte Werte).

Zweitens legen die Resultate nahe, dass auch die hier untersuchte Entscheidung nach der beruflichen Grundbildung Gesundheit von subjektiv-rationalen Kosten-Nutzen-Überlegungen geleitet ist (Esser, 2005). Die Analyse der Kostenwahrnehmung hat gezeigt, dass diese bei allen Dimensionen (ausser Prestige) den erwarteten Einfluss zeigt. Die Hypothese B4, dass tiefere Kostenwahrnehmungen die Wahrscheinlichkeit der Entscheidung für ein Tertiärstudium Pflege erhöhen, konnte somit bestätigt werden. Im Sinne einer subjektiv-rationalen Wahl bedeutet dies, dass die relative Gewichtung des Nutzens und der Kosten der verschiedenen Entscheidungsoptionen zu einer Entscheidung für diejenige Option führt, bei der mit den geringsten Kosten bzw. mit dem höchstem Nutzen gerechnet wird (Esser, 1999; Frey, 1990; Becker, 1982). Aus verschiedenen Studien ist bereits bekannt, dass die Wahrnehmung und Abwägung finanzieller oder emotionaler (Angst, Unsicherheit) Opportunitätskosten ein wichtiger Einflussfaktor bei Entscheidungen ist (Trautwein et al., 2012, 2013). Als eine neue Erkenntnis konnte gezeigt werden, dass die relative Kosten-Nutzen-Abwägung auch über intrinsische, extrinsische, familienorientierte und patientenorientierte Anreize erfolgt und die Entscheidung substantiell beeinflusst.

Zwischendiskussion der einzelnen Werte- und Kostendimensionen

Extrinsische Aspekte: Höhere extrinsische Werte führen erwartungsgemäss eher zur Wahl eines Pflegestudiums (Hypothese B1), aber auch zur höheren Wahrscheinlichkeit, andere tertiäre Bildungsoptionen – eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit – zu wählen. Dieses Resultat deckt sich mit humankapitaltheoretischen Überlegungen zur Theorie der rationalen Wahl, dass eine höhere Bildung dann angestrebt wird, wenn ein direkter oder indirekter monetärer Vorteil daraus resultiert, wie eine höhere Bildungsrendite (Becker, 1982; Becker & Lauterbach, 2010) oder bessere Karrierechancen für gut situierte berufliche Positionen im Arbeitsmarkt (Esser, 1999). Konzeptionell werden die *prestigeorientierten* Aspekte der extrinsischen Wertedimension zugeordnet (Ros et al., 1999). Es fällt aber auf, dass sowohl die prestigeorientierten Kosten als auch die Werte in allen Analysemodellen geringe und nicht signifikante Effekte zeigen. Dies mag einerseits eine

methodische Ursache haben und an der Definition der Variablen liegen, die bei den Werten nur unspezifisch, respektive bei der Kostenwahrnehmung nur in Bezug auf die Anerkennung im privaten Umfeld operationalisiert wurde (vgl. Kap. 4.2.3). Dies wäre für eine künftige Untersuchung zu optimieren, da vor dem Hintergrund der Rollenverteilung zwischen FaGe und tertiär ausgebildetem Pflegepersonal die berufliche Anerkennung im Team und im Betrieb von Bedeutung sein müsste. Andererseits könnten Korrelationen zwischen der Prestigeorientierung und den soziodemografischen Merkmalen wie dem obligatorischem Schulabschluss und dem Migrationshintergrund bestehen, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht näher betrachtet wurden.

Patientenorientierte Aspekte: Patientenorientierte Werte begünstigen vor allem die Entscheidungen für ein Pflegestudium, aber weniger für die Erwerbstätigkeit als FaGe. Sie wirken sich negativ auf die Erwerbstätigkeit als FaGe und die anderen beiden Optionen ausserhalb der Pflege aus, was die formulierte Hypothese B4 nicht oder nur teilweise bestätigt. Dieses Resultat überrascht, da bei beiden Pflegeoptionen direkter Patientenkontakt zum Berufsbild gehört und anzunehmen war, dass sich patientenorientierte Werte für beide Berufe gleichermaßen auswirken. Eine Erklärung könnte sein, dass die Qualität der Pflege und des direkten Kontaktes zu den Pflegebedürftigen auch vom Ausbildungsstand, dem Wissen und der Kompetenzen der Pflegenden abhängen (Aiken et al., 2014). Durch eine höhere Bildung kann ein vertiefter und verantwortungsvollerer Kontakt hergestellt und komplexere Pflegesituationen bewältigt werden (Benner, 2001). Personen, die dies so wahrnehmen, haben einen Grund, eine höhere pflegerische Bildung zu absolvieren, die ihnen diese Art Kontakt ermöglicht. Ein zweiter Erklärungsansatz ist die für helfende Berufe beschriebene Veränderung der „Helfermotivation“: Anfänglich altruistische Berufsmotivationen für eine helfende Tätigkeit können sich mit der Zeit verändern, indem sie eine stärker egoistisch motivierte Komponente erhalten (Maehr & Braskamp, 1986; Rognstad & Aasland, 2007). Angewendet auf diese Entscheidungssituation könnte dies bedeuten, dass Lernende nach drei Jahren Ausbildung in einem helfenden Beruf eine stärkere Bestätigung und Anerkennung bei ihrer Arbeit mit den Pflegebedürftigen suchen, als sie in ihrer bisherigen Rolle als (Lernende) FaGe erreicht haben. Dies kann durch einen höheren Pflegeabschluss erreicht werden.

Die Bestätigung der Hypothese zur Rolle der patientenorientierten Kostenwahrnehmungen zeigt aber, dass der direkte Patientenkontakt einen wichtigen Anreiz für den Pflegeberuf darstellen kann. Wird kein zusätzlicher Gewinn an Patientenkontakt durch ein Pflegestudium erwartet (= hohe Kostenwahrnehmung), bleiben die Lernenden als FaGe erwerbstätig, respektive wechseln in Gesundheitsberufe auf Stufe Fachhochschule bzw. in sonstige Tätigkeiten. Dies kann ein Zeichen dafür sein, dass von einem Teil der Befragten besondere Anreize durch den direkten Patientenkontakt nach einem Hochschulstudium im Berufsfeld Gesundheit ausserhalb der Pflege erwartet werden.

Familienorientierte Aspekte: Dass höhere familienorientierte Werte eher gegen die Wahl eines Pflegeberufes (FaGe-Erwerbstätigkeit oder Pflegestudium) sprechen (Hypothese B2), konnte nicht klar bestätigt werden: Sie führen eher zum Verbleib im Beruf FaGe oder in einer sonstigen Tätigkeit, und dafür nicht zu einer der beiden höheren Bildungsoptionen Pflege und Gesundheit (HF, FH und BMS). Diese (nicht signifikante) Tendenz überrascht ebenfalls, da unregelmässige Arbeitszeiten häufig als Gründe für die Nichtwahl oder das Verlassen des Pflegeberufes genannt werden (Hayes et al., 2012; Görres et al., 2015) und daher bei höheren familienorientierten Werten ein negativer Effekt auf beide Pflegeoptionen zu erwarten war. Dazu gibt es verschiedene Erklärungsansätze.

Erstens wäre zu prüfen, ob die Schichtdienstbelastung zwischen FaGe und Pflegefachpersonen (HF und FH) in der Praxis tatsächlich gleich verteilt ist. Dazu liegen keine Informationen vor. Denkbar wäre aber, dass FaGe aufgrund ihrer tieferen Kompetenz- und Verantwortungszuteilung seltener in Schichten eingesetzt werden, in denen wenig Fachpersonal verfügbar ist (beispielsweise Nachtdienste). In der Folge müssten für FaGe regelmässiger Arbeitszeiten entstehen, die einen Anreiz bieten könnten, weiterhin als FaGe erwerbstätig zu sein. Es ist zweitens zu berücksichtigen, dass im hier befragten Sample Frauen und Personen aus mittleren bis tieferen Sozialschichten dominieren, die durchschnittlich die familienorientierten Werte an die oberste Stelle, die extrinsischen und prestigeorientierten Werte an die unterste Stelle ihrer Wertehierarchie stellen (vgl. Kap. 5.2.3, Tab. 8). Vor diesem Hintergrund könnte die Investition in die höhere Bildung zumindest kurzfristig als Beeinträchtigung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Privatleben und daher als Kostenfaktor wahrgenommen werden. Die bisherige Forschung bestätigt auch, dass insbesondere Frauen und Personen aus tieferen sozialen Schichten die Kosten und Risiken einer höheren Bildung als eher hoch und den Gewinn als eher tief einschätzen, die Familie zudem höher gewichten und daher häufiger auf höhere Bildung verzichten (Boudon, 1974; Becker & Müller, 2011; Achatz, 2008). Angewendet auf die hier befragte Gruppe hiesse dies: Wenn sich die Belastung durch Schichtdienste und unregelmässiger Arbeitszeit nicht für tertiär ausgebildete Pflegenden und FaGe unterscheidet, und wenn Personen aufgrund ihrer Sozialisation eine tiefe Karriereorientierung und hohe Familienorientierung besitzen, dann kann eine zusätzliche Belastung durch ein mehrjähriges Studium einen relevanten Hinderungsgrund für diese Bildungswahl darstellen. Die Resultate zur Rolle der familienorientierten Kostenwahrnehmung weisen in die Richtung dieser Überlegungen, indem sie zeigen, dass sich die Befragten auch in Bezug auf die familienorientierten Aspekte subjektiv rational verhalten: Je höher die familienorientierten Kosten eines tertiären Pflegestudiums wahrgenommen werden, desto seltener wird eine tertiäre Bildungsoption gewählt.

Intrinsische Aspekte: Die Hypothese, dass höhere intrinsische Kostenwahrnehmungen die Wahrscheinlichkeit für ein späteres Pflegestudium reduzieren, konnte bestätigt werden: Im Vergleich zur Entscheidung für ein Pflegestudium steigen bei höheren Kostenwahrnehmungen die Chancen für

die Erwerbstätigkeit als FaGe und für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit stark an. Dies kann bedeuten, dass intrinsische Anreize in anderen Gesundheitsberufen gesucht werden, wenn der tertiäre Pflegeberuf dies aus Sicht dieser Lernenden nicht bietet. Dies wird auch in anderen Untersuchungen bestätigt (Görres et al., 2015). Für die hier untersuchte Gruppe bedeutet es, dass ein Teil dieser Personen als FaGe erwerbstätig bleibt (zumindest kurzfristig), und ein anderer Teil entweder eine Fachhochschulbildung Gesundheit wählt oder das Berufsfeld verlässt. Unklar ist, warum höhere intrinsische Werte im Vergleich zu einem Pflegestudium die Chancen für sonstige Tätigkeiten erhöhen. Es handelt sich hierbei um eine Kategorie von unterschiedlichen Aktivitäten ausserhalb der drei Pflege- und Gesundheitsoptionen. Möglicherweise wählen besonders intrinsisch motivierte Personen zunächst statt eines Studiums einen Auslands- oder Sprachaufenthalt. Diese Tätigkeiten sind in dieser Kategorie besonders häufig vertreten.

Der Effekt der intrinsischen Werte hängt wie erwartet vom Versorgungsbereich des Ausbildungsbetriebs ab (Hypothese B5). Dies zeigt sich, indem sich höhere intrinsische Werteorientierungen bei Lernenden aus dem Akutkrankenhaus stärker positiv auf ein Pflegestudium auswirken als bei Lernenden aus dem Pflegeheim. Im Pflegeheim sind die Entscheidungen fast unbeeinflusst von der Ausprägung der intrinsischen Werte, bzw. sind sogar leicht positiv mit der Erwerbstätigkeit als FaGe verknüpft. Dies bedeutet, dass Lernende im Akutkrankenhaus wenig, im Pflegeheim dagegen deutlich mehr intrinsische Anreize haben, FaGe zu bleiben, anstatt ein Pflegestudium zu absolvieren und danach als diplomierte Pflegefachperson zu arbeiten. Umgekehrt finden intrinsisch motivierte Personen in Pflegeheimen weniger Anreize, Pflege an einer HF oder FH zu studieren als in Akutkrankenhäusern. Derselbe Schluss ist aufgrund der Analyse der indirekten Effekte der Kostenwahrnehmungen zu ziehen. Dieser Mechanismus könnte organisationstheoretisch (Preisendörfer, 1987; Baron & Bielbi, 1980) damit begründet werden, dass das Arbeitsmarktsegment der Akutversorgung durch die stärkere Konzentration auf tertiär ausgebildetes Personal stärkere Arbeits- und Entwicklungsanreize (Verantwortung, Rollenzuteilung, Status, Autonomie) für ein Pflegestudium gibt als für den Gesundheitsberuf FaGe der Sekundarstufe II, der dort häufiger Hilfstätigkeiten übernimmt.

Indirekte Effekte des Versorgungsbereiches des Betriebes zeigen sich vor allem vermittelt über die Kostenwahrnehmungen, nicht aber über die Arbeitswerte. Dies könnte damit erklärt werden, dass Arbeitswerte als Persönlichkeitsausprägungen beschrieben werden, die zwar vom sozialen Umfeld geprägt werden, aber über die Zeit relativ stabil sind (Super, 1953; 1995). Der Zeitraum der Ausbildung könnte daher nicht lang genug sein, als dass sich die Werteorientierung an das betriebliche Umfeld anpasst. Die relativen Kostenwahrnehmungen unterliegen vermutlich stärker der unmittelbaren Situation. Die Kausalität bleibt aber durch das Design dieser Untersuchung ohnehin unklar: Kostenwahrnehmungen und Werteorientierung sowie die strukturellen Merkmale des Betriebs

wurden zu einem Zeitpunkt erhoben. Dies verunmöglicht eine Aussage darüber, ob Lernende mit bestimmten Werteorientierungen und Kostenwahrnehmungen gezielt in die Arbeitsmarktsegmente selektiert werden oder ob sich die Kostenwahrnehmungen durch die Tätigkeit in einem Betrieb verändern (Kohn & Scholer, 1969).

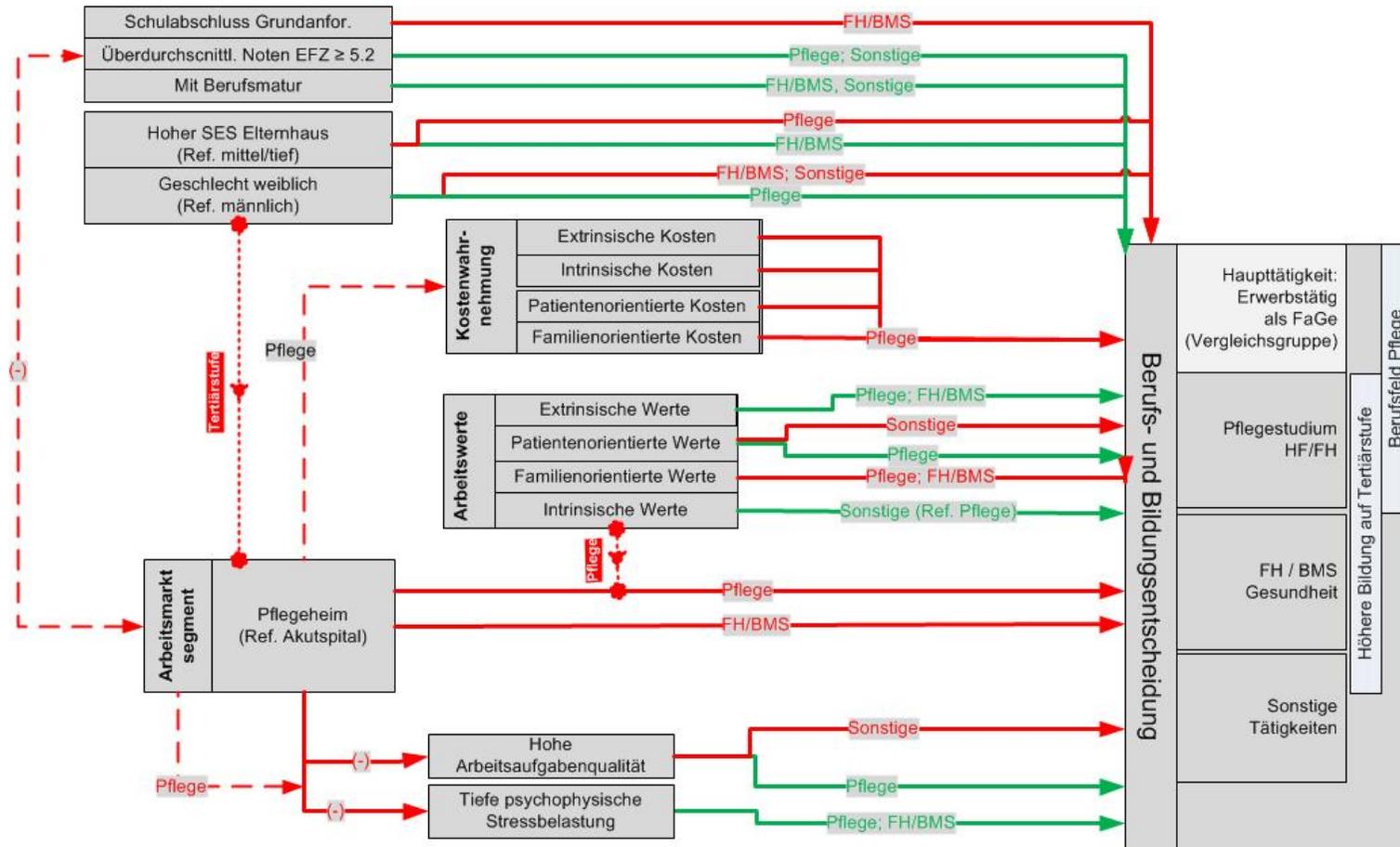
6 Diskussion der Ergebnisse

Diese Arbeit dient der Erklärung von Berufs- und Bildungsentscheidungen nach einer beruflichen Grundbildung in die höhere Berufsbildung oder in den Arbeitsmarkt im Berufsfeld Gesundheit. Sie leistet damit einen wissenschaftlichen und neuen Beitrag für die Evidenz zum bisher wenig erforschten Übergang nach der beruflichen Sekundarstufe II in die berufliche Tertiärstufe. Sie liefert gleichzeitig bisher fehlende Informationen über eine Berufsgruppe in der pflegerischen Versorgung, die auch eine zentrale Zielgruppe für tertiäre Gesundheits- und Pflegeberufe ist. Diese Informationen können als Datenbasis für die Massnahmenplanung zur Fachkräftesicherung in der pflegerischen Versorgung nützlich sein. Es wird aufgezeigt, wie individuelle soziale Merkmale, wie das Geschlecht, der soziale Hintergrund des Elternhauses und Bildungsvoraussetzungen der Lernenden, im Zusammenspiel mit Merkmalen des Ausbildungsbetriebs die Berufs- und Bildungsentscheidungen in die höhere Berufsbildung oder in den Arbeitsmarkt nach einer beruflichen Grundbildung im Gesundheitswesen beeinflussen. Dabei wird deutlich, dass berufliche Wertvorstellungen und Kostenwahrnehmungen für die spätere Berufs- und Bildungsentscheidung im Gesundheitswesen neben den individuellen und betrieblichen Merkmalen von hoher Bedeutung sind. Sie spielen insbesondere zusammen mit den Merkmalen der Ausbildungsbetriebe der Lernenden eine wichtige Rolle.

Abbildung 17 (S. 124) stellt die wichtigsten Einflussfaktoren in einer Übersicht der Resultate aus allen Subkapiteln 5.3 bis 5.5 dar. Darin symbolisieren die beschrifteten Pfeile die positiven oder negativen Einflüsse auf die im Textfeld auf dem Pfeil angegebenen Haupttätigkeiten ein Jahr nach Abschluss. Dieser Einfluss ist jeweils im Vergleich zur Referenzkategorie, der Erwerbstätigkeit als FaGe, zu interpretieren. Positive Einflüsse, die die Chancen für die Wahl der jeweiligen Option anstatt einer Berufstätigkeit als FaGe erhöhen, sind durch grüne Pfeile gekennzeichnet, negative Einflüsse durch rote Pfeile; direkte Einflüsse mit durchgezogenen Linien, indirekte oder interaktive Einflüsse mit unterbrochenen Linien. Ein roter Pfeil vom Einflussfaktor „Hoher SES Elternhaus“ mit dem roten Textfeld „Pflege“ bedeutet beispielsweise, dass Personen aus Elternhäusern mit hohem SES im Durchschnitt seltener eine Tertiärbildung Pflege wählen und häufiger als FaGe arbeiten, als Personen aus Elternhäusern mit mittlerem und tiefem SES.

Im Folgenden wird die in den Subkapiteln begonnene hypothesenbezogene Zwischendiskussion der Resultate fortgeführt, indem die verschiedenen Einflussfaktoren mit Blick auf die horizontale und vertikale Dimension der Entscheidung (vgl. Kap. 2.5.4) zusammengefasst und kommentiert werden. Im Anschluss erfolgt eine hypothesenübergreifende Diskussion der Resultate im Kontext des aktuellen wissenschaftlichen Diskurses (Kap. 6.2).

Abbildung Nr. 17: Überblick über die Resultate



Legende



Bemerkungen: vgl. auch Analysemodell Abb. 13, S. 77 und Hypothesenübersicht, Kap. 3.5

6.1 Resumé der Resultate: mehrdimensionale Entscheidungssituation

Die Resultate dieser Untersuchung bilden die Mehrdimensionalität der Entscheidung nach einer beruflichen Grundbildung deutlich ab (vgl. Kap. 2.5.4, Abb. 2). Sie zeigen, dass sich der Entscheidungsmechanismus beim Übergang nach einer beruflichen Grundbildung in die berufliche Tertiärstufe nicht nur vertikal an der Bildungsstufe orientiert, sondern auch horizontal am Beruf orientiert verläuft. Infolgedessen sind die Einflussfaktoren auf die Entscheidung für eine der beiden tertiären Bildungsstufen nicht gleich, sondern differieren nach Beruf und Typ des jeweiligen tertiären Bildungsganges: Beispielsweise fallen die Entscheidungen innerhalb der beruflichen Tertiärstufe im Berufsfeld Gesundheit zwischen einer Tertiärbildung in Pflege und anderen Tertiärstudiengängen Gesundheit geschlechts- und schichttypisch aus und sind von verschiedenen Werte- und Kostendimensionen gesteuert. Diese Einflussmechanismen werden im Folgenden für die einzelnen Entscheidungsoptionen erläutert.

Die Entscheidung für eine Tertiärbildung Pflege (v.a. HF, wenige FH) stellt die Tertiäroption mit dem geringeren Investitionsaufwand im Vergleich zu anderen Bachelorstudiengängen Gesundheit dar, da in der FaGe-Ausbildung erworbene Kompetenzen angerechnet werden und die meistens gewählten höheren Fachschulen Pflege keine Fachhochschulreife (Berufsmaturität) erfordern. Dies spiegelt sich in den Resultaten: Werden explizit die fördernden Faktoren für ein Pflegestudium anstatt einer Erwerbstätigkeit als FaGe betrachtet, fällt auf, dass sich insbesondere Frauen mit guten Schulnoten, mit höheren patientenorientierten Werten und insbesondere Personen, die eine hohe Arbeitsaufgabenqualität und eine tiefe Stressbelastung im Ausbildungsbetrieb erleben sowie jene die insgesamt tiefe Kosten für ein Pflegestudium wahrnehmen, für die tertiäre Pflegeoption und gegen die Erwerbstätigkeit als FaGe entscheiden.

Im Gegensatz zu einem tertiären Pflegestudium ist bei der Entscheidung für ein Bachelorstudium in einem anderen pflegerisch-therapeutischen Beruf (bzw. der dafür vorausgesetzten Berufsmaturitätsschule) ein grösserer Schritt sowohl in horizontaler Richtung (Berufswechsel) als auch in vertikaler Richtung (höhere Bildungsstufe) erforderlich. Auch dies spiegelt sich in den Resultaten, indem der sozioökonomische Hintergrund des Elternhauses und das Geschlecht die Entscheidung für eine Tertiärbildung in Pflege in umgekehrter Richtung beeinflussen als die Entscheidung für eine Fachhoch- oder Berufsmaturitätsschule Gesundheit: Es sind insbesondere Männer und Personen aus Elternhäusern mit hohem SES, die sich für die Fachhoch- und Berufsmaturitätsschule entscheiden. Ausserdem spielen noch weitere betriebliche Faktoren eine Rolle: Der Versorgungsbereich hat auf die Entscheidung zwischen den beiden Tertiäroptionen keinen Einfluss, jedoch sind es die Grossbetriebe, die häufiger die künftigen Bachelorstudierenden ausgebildet haben. Zudem entscheiden sich gerade Personen mit tieferen patientenorientierten Arbeitswerten für eine Fachhoch- und Berufsmaturitätsschule Gesundheit anstatt für eine

Tertiärbildung Pflege, und ebenso jene, die die patientenorientierten Kosten für ein Pflegestudium als hoch wahrnehmen. Dies bedeutet, dass bei der Entscheidung für die höchstmögliche tertiäre Bildungsstufe in einem Gesundheitsberuf, der zudem weniger pflegerisch-betreuerisch ausgerichtet ist, einerseits die aus der Bildungsforschung bekannten schicht- und geschlechtstypischen Entscheidungen stattfinden (vgl. Kap. 5.3.4). Hinzu kommen ausserdem berufsspezifische Faktoren wie die patientenorientierten Werte und die subjektiv wahrgenommen Qualität der Arbeitsaufgaben, die die Attraktivität der pflegerisch-betreuerischen Aufgaben für die jeweiligen Personen ausdrücken.

Wird wiederum verglichen, welche Faktoren dazu beitragen können, weder einen Pflegeberuf auf Sekundarstufe II noch auf Tertiärstufe auszuüben bzw. zu erlernen, sondern sich stattdessen einer Tätigkeit ausserhalb der Pflege zuzuwenden, sind dies bevorzugt Personen mit überdurchschnittlichen Abschlussnoten, die bereits während der Ausbildung eine Fachhochschulreife (Berufsmaturität) erworben haben, die hohe intrinsische und eher tiefe patientenorientierte Wertvorstellungen äussern, und die ihre Aufgabenqualität im ehemaligen Ausbildungsbetrieb als schlechter bewerten. Dies bedeutet, dass dies vermutlich schulisch besonders leistungsfähige Personen sind, die sich zumindest vorläufig vom pflegerischen Berufsfeld abwenden und dafür in anderen Gebieten als Pflege eine Wertekohärenz (vgl. Kap. 5.5.4) suchen, wie beispielsweise bei Sprachreisen, Auslandsaufenthalten sowie Ausbildungen und Studiengänge in anderen Berufsfeldern. Da diese Gruppe in dieser Untersuchung geringe Fallzahlen und zudem sehr heterogene Merkmale aufweist (vgl. Kap. 5.1), sind genauere Schlussfolgerungen jedoch nicht abzuleiten.

Welche Einflussmechanismen bei dieser mehrdimensionalen Entscheidung jeweils überwiegen, scheint von den Berufsprofilen, der Ausgestaltung der zugehörigen Bildungsgänge und von ihrer relativen Position im Bildungssystem der Gesundheitsberufe abzuhängen. Dass die Relation der Entscheidungsoptionen zueinander die Abwägung von zusätzlichem Nutzen und Kosten durch eine höhere Bildung beeinflusst, war auf der Basis der soziologischen (Boudon, 1974) und der sozialpsychologischen (Wigfield & Eccles, 2000) Evidenz zu erwarten. Diese Einflussmechanismen gehen aber, wie hier gezeigt wurde, über die bekannten prestige- und einkommensorientierten Aspekte hinaus und betreffen auch inhaltliche und an der Berufstätigkeit orientierte Aspekte (z.B. Patientenkontakt, Arbeitsaufgabenqualität, Stressbelastung).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erklärung von Bildungs- und Berufsentscheidungen im Berufsbildungssystem durch die Verschränkung von vertikalen und horizontalen Entscheidungsmechanismen hoch komplexer Natur ist. Dies sollte sich insbesondere im Zeitverlauf noch verstärken, wenn Veränderungen innerhalb des Systems berücksichtigt werden müssen, beispielsweise wenn auf einer Bildungsstufe oder in einem Beruf Veränderungen stattfinden bzw. stattgefunden haben. Eine neue inhaltliche Ausrichtung oder vertikale Einstufung eines Abschlusses beeinflusst auch seine relative Positionierung und damit die mehrdimensionalen

Einflussmechanismen, die die Entscheidung für eine Option und gegen eine andere beeinflussen können. Die genauen Mechanismen zwischen horizontaler und vertikaler Entscheidungsdimension sind allerdings mit der hier vorliegenden Datenstruktur nicht eindeutig zu trennen und bedürfen weiterer Forschung (vgl. Kap. 6.3).

6.2 Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs

Im Folgenden werden die Resultate im Kontext ausgewählter aktueller wissenschaftlicher Themen diskutiert. Dies greift die bereits erfolgte stärker hypothesenbezogene Diskussion der Resultate im Kapitel fünf auf und stellt einen allgemeineren Bezug über den spezifischen Entscheidungskontext der FaGe hinaus her.

6.2.1 Die Rolle der Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit

Die Resultate weisen darauf hin, dass die Entscheidungen dieser Gruppe von bekannten Mechanismen sozialer Ungleichheit bestimmt werden, indem Frauen und Personen aus Elternhäusern mit tieferen sozioökonomischen und kulturellen Ressourcen seltener Zugang in die höherer Bildung finden – hier insbesondere in die Fachhoch- bzw. die dafür vorausgesetzten Berufsmaturitätsschulen Gesundheit. Gezeigt werden konnte ebenfalls, dass die unterschiedlichen Entscheidungen vermutlich mit sekundären und primären Herkunftseffekte zu erklären sind (Becker & Müller, 2011; Boudon, 1974). Dies betrifft jedoch nicht die Wahl der nicht-hochschulischen Tertiärstufe B im Fachbereich Pflege – diese wird von Frauen und Personen aus weniger gut ausgestatteten Elternhäusern bevorzugt. Dieser Effekt könnte damit zu erklären sein, dass durch die geringere Selektivität und stärkere Öffnung der nicht hochschulischen Tertiärbildung mehr Personen angezogen werden (Shavit, Arum, Gamoran & Menachim, 2007). Diese Bildungspräferenzen auf der Tertiärstufe können auch fortgesetzte soziale Ungleichheiten bedeuten: Die bestehende Forschung hat gezeigt, dass sich in seit den 1960er Jahren zwar die Bildungsbeteiligung tieferer Sozialschichten zwar massiv erhöht hat, dass sich jedoch Ungleichheitsmechanismen heute auf höherer Stufe abspielen und sich verstärkt auf die Wahl bestimmter, mehr oder weniger prestigeträchtiger Berufe beziehen (Becker & Lauterbach, 2010; Reimer & Pollak, 2010). Dieser Mechanismus scheint in der hier untersuchten Gruppe aufzutreten: Männer und Jugendliche aus sozial besser gestellten Elternhäusern treffen Wahlen, die auf einen tieferen beruflichen Status der Pflegeberufe und auf eine Präferenz für die akademisch orientierte Tertiärstufe zurück zu führen sein können. Die Tendenz der weiblichen Absolventinnen und jener aus Elternhäusern mit mittlerem und tiefem SES, seltener eine FH/BMS Gesundheit und häufiger ein Pflegestudium zu wählen, ist ausserdem problematisch, da erstere bessere Lohn- und Karriereentwicklungen im Arbeitsmarkt eröffnen als die Pflegestudiengänge (v.a. Tertiärstufe B) und dadurch mittel- und langfristige Folgen für das Erwerbsleben entstehen.

Dies weist darauf hin, dass das gesellschaftliche Image der Pflegeberufe trotz der zunehmenden Tertiärisierung der Pflegeberufe zumindest teilweise noch dem traditionellen Bild folgt und vornehmlich einen Frauenberuf und eine Aufstiegsmöglichkeit für Personen mittlerer bis tiefer Sozialschichten repräsentiert (Bischoff, 1992; Steppe, 2000a, 2000b). Dieses gesellschaftliche Bild dem heutigen Selbstverständnis der professionellen Pflege anzupassen und die Attraktivität von pflegerischen Hochschulstudiengängen und pflegerischen Berufskarrieren in der Bevölkerung zu verbreiten, wird insbesondere als Aufgabe der pflegerischen Hochschulen angesehen (Imhof et al., 2010).

6.2.2 *Die Rolle der Arbeitsumgebung*

Die Resultate bestätigen Sozialisationstheorien, die der dualen Ausbildung in einem Ausbildungsbetrieb während der beruflichen Grundbildung eine wichtige Rolle für den späteren Übergang in das Arbeitsleben oder in eine weiterführende Ausbildung zuordnen (Beck & et al., 1980; Heinz, 1995). Dies geschieht über verschiedene Mechanismen. Die hier vorgefundenen systematischen Unterschiede nach dem Versorgungsbereich der Ausbildungsbetriebe der Akut- und Langzeitversorgung – wie die Verteilung der Lernenden nach schulischen Leistungen und Bildungshintergrund sowie die von den Lernenden berichtete variierende Arbeitsaufgabenqualität und Stressbelastung – können im Sinne etablierter Segmentierungstheorien aus der Arbeitsmarktforschung (Averitt, 1968; Sengenberger, 1987) als Indizien für einen segmentierten Arbeitsmarkt der ausbildenden Betriebe im Gesundheitswesen bewertet werden. Die Resultate zeigen, dass sich der Einfluss des Arbeitsmarktsegmentes nicht nur auf die leistungsbezogene Selektion der Lernenden zu Beginn der Ausbildung in bestimmte Betriebe verursacht wird, sondern dass sich das Arbeitsmarktsegment des Ausbildungsbetriebs auch bei Kontrolle der Schulleistungen und anderer sozialer Merkmale auf die späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen auswirkt. Dies kann bedeuten, dass eine Segmentierung der ausbildenden Betriebe die oben beschriebenen geschlechts- und schichtspezifischen Chancenungleichheiten im Zugang zur beruflichen Tertiärstufe zumindest fortsetzt und teilweise – bei Frauen – sogar verstärkt. Die Selektion der Lernenden in die Ausbildungsbetriebe sollte daher daraufhin beobachtet und systematisch erforscht werden, inwieweit sie die spätere Berufslaufbahn und die mittelfristigen Chancen auf dem Arbeitsmarkt beeinträchtigen und zu einer ungenügenden Ausschöpfung des Potenzials der Jugendlichen für die Arbeit im Gesundheitswesen führen könnte (vgl. Kap. 7.2.2).

Als neuer Beitrag zur vorhandenen Evidenz zum Einfluss der betrieblichen Arbeitsumgebung auf Berufsentscheidungen konnte gezeigt werden, dass bekannte Faktoren wie die Arbeitsaufgabenqualität und die Stressbelastung auch bei Lernenden eine Rolle spielen und den Verbleib im Beruf fördern können (Hayes et al., 2006a, 2006b). Verschiedene Dimensionen von Arbeitsaufgabenqualität fördern die Entscheidung für ein höheres pflegerisches Berufsniveau (HF/FH) stärker als die Entscheidung, im

erlernten Beruf FaGe zu arbeiten. Die bisherige Evidenz zum Einfluss der Arbeitsumgebung scheint daher nicht durchweg auf den Ausbildungskontext von Assistenzpersonal auf Sekundarstufe II übertragbar zu sein. An dieser Stelle könnte mit motivations- und lerntheoretischen Überlegungen argumentiert werden, dass positive und förderliche Lernumgebungen zu weiterem Lernen und damit für eine tertiäre Bildung motivieren können (Hacker, 1998; Heckhausen & Heckhausen, 2010). Dagegen würden Sozialisierungstheorien zur beruflichen Bildung (Heinz, 1991) auf einen anderen Mechanismus hindeuten und Erklärungen dafür bieten, warum eine höhere Stresswahrnehmung während der Ausbildung eher mit einem Verbleib im erlernten Beruf verbunden sein kann. Nach Heinemann & Rauner (2009) wird die Entwicklung beruflicher Identität und beruflichem Engagements durch eine vermehrte Einbindung der Auszubildenden in betriebliche Arbeitsprozesse gestärkt. Dies wurde für den pflegerischen Ausbildungssektor bestätigt (Fischer, 2013). Im Entscheidungskontext der hier untersuchten Gruppe ist die in Pflegeheimen höher wahrgenommene Stressbelastung durchschnittlich mit einem höheren Grad an Autonomie bei pflegerischen und betreuerischen Tätigkeiten gekoppelt, was in der Folge zu einer höheren beruflichen Bindung und Identifikation mit dem Beruf FaGe und ebenso zur Entscheidung für eine Berufstätigkeit im erlernten Beruf führen könnte. Es würde bedeuten, dass ein gewisses Maß an Stressbelastung im Ausbildungsbetrieb als positiv erlebt werden und zum Verbleib im Beruf führen kann. Diese Schlussfolgerungen sollten durch weitere Forschung überprüft und vertieft werden (vgl. Kap. 7.1).

6.2.3 Die Rolle von Kosten-Nutzen-Überlegungen und Werteorientierungen

Ein Teil der Resultate bestätigt bekannte entscheidungstheoretische Grundlagen für diesen Übergang an der zweiten Schwelle. Die Entscheidung nach der beruflichen Grundbildung orientiert sich nach den hier vorliegenden Resultaten sowohl an rationalen Kosten-Nutzen-Überlegungen als auch am individuellen (Arbeits-)Wertesystem der Lernenden. Dies ist kein Widerspruch und deckt sich mit moderneren RCT-Modellen, die von einer sogenannten begrenzten und subjektiven Rationalität von Individuen ausgehen (Diekmann & Voss, 2004; Esser, 2005; Kroneberg, 2006, 2009).

Die wertebezogenen Resultate entsprechen den theoretischen Annahmen, dass Werteorientierungen (Arbeitswerte) leitende Ziele für eine Bildungs- und Berufsentscheidung sind (Super, 1995; Rokeach, 1979; Eccles, 2005). Aus den zur Verfügung stehenden Optionen wird diejenige Alternative gewählt, für die die höchste Kohärenz mit dem individuellen Wertesystem erwartet wird. Dabei spielen die verschiedenen Wertedimensionen (extrinsisch, intrinsisch, familienorientiert, usw.) bei den zur Verfügung stehenden Entscheidungsoptionen unterschiedliche Rollen: Bestimmte Werte spielen eine stärkere Rolle bei der inhaltlich-beruflichen Seite der Entscheidung (patientenorientierte Werte), andere Werte sind bei der vertikalen Dimension, der Entscheidung für eine Bildungsstufe, wichtiger (extrinsische oder familienorientierte Werte). Bei den Resultaten fällt aber auf, dass die Entscheidungen nicht klar erkennbar über die beiden Hauptachsen menschlicher Werte (Ros et al.,

1999; vgl. Kap. 3.4.1) strukturiert sind: Zwar stehen patientenorientierte Werte in der Rangfolge über den extrinsischen Werten, dies aber unabhängig von der getroffenen Entscheidung. Zudem korreliert die Entscheidung für ein Tertiärstudium Pflege sowohl mit extrinsischen als auch mit patientenorientierten Werten positiv. Dies könnte damit zu erklären sein, dass innerhalb des Berufsfeldes Pflege eine relativ homogene Wertestruktur erwartet werden kann, bei der intrinsische und altruistische Motivationen über alle pflegerischen Bildungsstufen hinweg hoch priorisiert werden. Daneben ist aber bekannt, dass extrinsische Werte mit der Zeit relativ an Bedeutung gewinnen können (Rognstad et al., 2004; Rognstad & Aasland, 2007). Insofern wäre auch zu erwarten, dass bei der Entscheidung nach einer beruflichen Grundbildung weniger grundlegende Wertekonflikte entlang der Werteachse extrinsisch – intrinsisch/sozial auftreten, da sich die nachfolgende Entscheidung an den verfügbaren Positionen und beruflichen Rollen innerhalb des Berufsfeldes orientiert: Eine höhere Bildung im Pflegeberuf ermöglicht eine bessere Entlohnung und höheren beruflichen Status, höhere Autonomie und herausfordernde Aufgaben, ohne dabei den helfenden, patientenorientierten Charakter der Tätigkeit aufgeben zu müssen. In diesem Fall bliebe der grundlegende Entscheidungsmechanismus bestehen: Zentral ist das Streben nach Kohärenz, durch die Entscheidung für eine Option eine grösstmögliche Übereinstimmung zwischen den eigenen Werten und Erwartungen, bzw. der Realität, zu erreichen (Ros et al., 1999).

Diese Resultate entsprechen ebenfalls entscheidungstheoretischen Grundannahmen, dass Entscheidungen unter subjektiv-rationalen Kosten-Nutzen-Überlegungen erfolgen (Esser, 2005; Lindenberg & Frey, 1993). Dies bedeutet, den erwarteten entgangenen Nutzen bei Nichtwahl einer Alternative abzuwägen und die Option zu wählen, die die geringsten Kosten, respektive den höchsten Nutzen verspricht. Aus verschiedenen Studien ist bereits bekannt, dass die Wahrnehmung und Abwägung finanzieller oder emotionaler (Angst, Unsicherheit) Opportunitätskosten ein wichtiger Einflussfaktor bei Entscheidungen ist (Trautwein et al., 2012, 2013). Als eine neue Erkenntnis konnte gezeigt werden, dass die relative Kostenwahrnehmung in verschiedenen Dimensionen für intrinsische, extrinsische, familienorientierte und patientenorientierte Kostendimensionen erfolgt. Die genauen Mechanismen und die kausale Erklärung der Kosten- und Nutzenabwägungen in verschiedenen Kontexten bedürfen weiterer Forschung. Dies gilt einmal der Frage, ob die Erwartungshaltung von Lernenden an bestimmte Berufstätigkeiten bereits vor der Ausbildung besteht und die Selektion von Lernenden in Betriebe bereits eine spätere Berufsentscheidung impliziert, oder ob diese Erwartungen erst während der Ausbildung geprägt werden. Daneben ist auf der Basis der verfügbaren Literatur (Eccles, 1994, 2011) davon auszugehen, dass die Einflussmechanismen der extrinsischen, intrinsischen, sozialen und familienorientierten Kosten- und Nutzenabwägungen einer höheren pflegerischen Bildung auch vom familiären Hintergrund und dem Geschlecht abhängen. Die Mehrdimensionalität der Entscheidung bezieht sich insofern sowohl auf die Entscheidungskategorien

an sich als auch auf verschiedene individuelle Wertesysteme eines Menschen bzw. auf verschiedene Wertesysteme von Bevölkerungsgruppen (Hitlin & Piliavin, 2004).

6.3 Kritische Würdigung

6.3.1 Kausalität

Werden Zusammenhänge empirisch festgestellt, stellt sich die Frage, ob diese in einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang gebracht werden können. Hierfür bieten Längsschnittdesigns und multivariate Analysetechniken gute Voraussetzungen (Bortz, 1999; Bortz & Döring, 2003). Trotzdem ist zu bedenken, dass die Richtung der Kausalität nicht immer klar ist. In dieser Untersuchung wurden Einflussfaktoren und Entscheidungsabsicht zwar zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Der erste Erhebungszeitpunkt lag aber gegen Ende der Ausbildung, weshalb Daten vor oder zu Beginn der Ausbildung fehlten. Es sollte daher kritisch diskutiert und vorsichtig interpretiert werden, inwieweit die Kausalität von Zusammenhängen nicht in zwei Richtungen verlaufen kann: Beeinflusste die Arbeitserfahrung in einem bestimmten Ausbildungsbetrieb die aktuelle Wertestruktur und Kostenwahrnehmung, oder lagen letztere bereits vor der Ausbildung so vor? Wählen Lernende mit einer hohen Arbeitsaufgabenzufriedenheit eher die Erwerbstätigkeit als FaGe, oder haben Lernende, die von Beginn an eine höhere Bildung im Berufsfeld Pflege planen, eine höhere Zufriedenheit als andere, die die Ausbildung eher als Zweitlösung oder als Sprungbrett für andere Berufe nutzen? Diese Kausalitäten können nur dann geklärt werden, wenn diese Informationen zu verschiedenen Zeitpunkten vor und während der Ausbildung erhoben werden, und wenn alle weiteren und mit der Entscheidung korrelierten Informationen verfügbar wären. Da dies bei dieser Untersuchung nicht vollständig gegeben ist, sind die kausalen Interpretationen vorsichtig vorzunehmen und mit Literatur abzustützen.

6.3.2 Übertragbarkeit

Die empirische Grundlage für diese Untersuchung bildete die Gesamtheit aller Lernenden FaGe mit und ohne begleitende Berufsmatura (BMS 1 = in die Ausbildung integriertes Berufsabitur), die sich im Schuljahr 2010/2011 im dritten Lehrjahr befanden. Die genaue Anzahl liess sich für 24 von 26 teilnehmenden Kantonen beziffern (vgl. Tab. 1, S. 67). Die beiden nicht teilnehmenden Kantone gehörten zur französischsprachigen Schweiz und repräsentierten zusammen drei Prozent der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz im Jahr 2011 (BFS, 2011). Insofern kann die Erhebung als Vollerhebung eines Jahrganges bewertet werden, die alle Landesteile repräsentiert. Systematische Unterschiede in der Zusammensetzung von Jahrgängen und in den Entscheidungen, die die Lernenden dieses spezifischen Jahrganges treffen, sind aber nicht auszuschliessen, da der Beruf erst 2002 etabliert wurde und sich die Anzahl seiner Abschlüsse seit 2006 verzehnfachte (SBFI, 2012). Hinweise darauf liegen gemäss Bildungsstatistik seit 2008 bezüglich Geschlecht und Nationalität aber nicht vor (BFS,

2014). Ein Vergleich mit den Daten anderer Berufsfelder (BFS, 2014) zeigt darüber hinaus, dass die Verteilung von obligatorischen Schulabschlüssen nach Grund- und erweiterten Anforderungen dem Durchschnitt aller Absolventinnen und Absolventen der obligatorischen Schule dieses Jahrgangs entspricht. Verglichen mit allen Schweizer Lernenden der beruflichen Grundbildung im Jahr 2012 liegt aber der Frauenanteil bei den FaGe viel höher (94 % zu 40 %). Bei der ausbildungsbegleitenden Berufsmaturität liegt die hier untersuchte FaGe-Gruppe minimal höher als der Landesdurchschnitt (14 % zu 12 %). Lernende aus der Deutschschweiz sind wiederum in dieser Untersuchungsgruppe etwas stärker vertreten als im Landesdurchschnitt (85 % zu 80 %).

Die Resultate sind aufgrund dieser Abweichungen daher nicht auf andere Berufsgruppen zu übertragen, jedoch auf die Gruppe aller FaGe der darauf folgenden und vorhergehenden Jahrgänge.

6.3.3 *Verzerrung der Resultate*

Die Voraussetzung für verlässliche Ergebnisse bei multiplen Regressionen ist, dass unverzerrte Schätzwerte ermittelt werden können. Eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür ist eine randomisierte Stichprobenauswahl sowie das zufällige und nicht systematische Abweichen der ermittelten Werte vom wahren Wert in der Population (Wooldridge, 2008): Diese Voraussetzung ist besonders dann beeinträchtigt, wenn systematische Verzerrungen durch die Untersuchungsgruppe vorliegen (z.B. durch Selbstselektion). Im Falle dieser Untersuchung lag bei der ersten Befragung nahezu eine Vollerhebung vor, die wie eine randomisierte Stichprobenauswahl behandelt werden kann. Der Rücklauf von gut 50 % bei der zweiten Erhebung kann aber systematische Verzerrungen verursachen, was analysiert und berücksichtigt wurde (vgl. Kap. 4.5.1).

6.3.4 *Datenqualität*

Eine weitere Voraussetzung für unverzerrte Schätzwerte bei multiplen Regressionen ist, dass sich der Messfehler aller bestimmten Schätzwerte jeder unabhängigen Variablen (x) zu Null summiert (Wooldridge, 2008). Diese Voraussetzung ist dann beeinträchtigt, wenn relevante Einflüsse im Regressionsmodell fehlen, die mit den unabhängigen und abhängigen Variablen im Modell korreliert sind, d.h. als unbeobachtete Einflüsse einwirken und die Schätzer verzerren (Endogenitätsproblem). Zum Erreichen dieser Voraussetzungen trägt bei, wenn die relevanten Einflussfaktoren valide und reliabel erhoben wurden. Diese Voraussetzungen sind bei einer komplexen sozialwissenschaftlichen Fragestellung kaum umfänglich zu erfüllen (Albers et al, 2007). Trotzdem werden einige diesbezügliche Einschränkungen im Folgenden dargestellt.

Zur abhängigen Variable, der Haupttätigkeit ein Jahr nach Abschluss ist grundsätzlich anzumerken, dass der Zeitpunkt kurzfristig angelegt ist. Eine frühere Analyse dieser Daten zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt noch starke Wechselabsichten bei den Befragten bestehen (Trede & Schweri, 2013). Ein zweiter zu berücksichtigender Faktor ist die mehrdimensionale Definition der abhängigen Variablen.

Die Grösse der Befragtengruppe sowie die ungleiche Verteilung der Haupttätigkeiten ein Jahr nach Abschluss verunmöglichte es, Bildungs- und Berufsentscheidungen trennscharf zu kategorisieren. So zählten zur Option „Pflege Tertiär“ hauptsächlich Studierende an höheren Fachschulen, aber auch (wenige) Bachelorstudierende. Zur Option „Fachhoch- und Berufsmaturitätsschule Gesundheit“ zählten auch BMS-Lernende, die möglicherweise nach Abschluss ein Pflegestudium aufnehmen werden (vgl. Kap. 4.2.3). Die dadurch möglicherweise entstehende Verzerrung wurde mit alternativ kodierten Modellrechnungen geprüft (vgl. Tabellen im Anhang A.V.7-8) und interpretiert (vgl. Kap. 5.3.2, Kap. 5.4.3). Letztendlich ist daher zu empfehlen, die Studie zu einem späteren Zeitpunkt zu replizieren, wenn eine höhere Fallzahl mit Übertritten in die Bachelorstudiengänge Pflege und Gesundheit vorliegen würde (vgl. Kap. 7.1).

Zu den Daten der Ausbildungsbetriebe ist erstens anzumerken, dass kaum objektive Daten der Betriebe vorlagen, es beruhten sämtliche Daten auf Angaben seitens der Befragten – den Lernenden. Weitere, in der Literatur als wichtig beschriebene strukturelle Betriebseinflüsse wären neben Grösse und Versorgungsauftrag Informationen zum Betriebstyp (Maximalversorgung, Grundversorgung etc.), zur Organisationsform (marktorientiert / gemeinnützig orientiert), zur Trägerschaft, Informationen zur Personalstruktur auf Betriebsebene (Skill & Grademix, offene Stellen, Fluktuation) oder zur Patientenstruktur und zum durchschnittlichen Pflegeaufwand. Idealerweise liegen diese Informationen auch auf Abteilungsebene vor (Roulin et al., 2014). Diese Ebene fehlte hier und könnte zumindest bei grossen Institutionen mit vielen Lernenden dieses Jahrgangs (z.B. Universitätsspitäler) relevant sein. Diese mögliche Miss-Spezifikation der Modelle wurde berücksichtigt, indem die Analysen auch mit robusten Standardfehlern gerechnet wurden (Bortz, 1999). Dies ergab keine anderen Resultate.

Zweitens ist generell anzumerken, dass alle Angaben zu Arbeitswerten, Kostenwahrnehmungen und Wahrnehmungen der Arbeitsaufgabenqualität ausschliesslich auf Angaben der Lernenden beruhen. Diese Angaben können verzerrt sein, indem sozial erwünschte Antworten oder kompensierende Antworten gegeben werden (Bortz, 1999; Bortz & Döring, 2003). Zudem bleibt unklar, wie bewusst die Werte und Erwartungen für die Befragten sind; ihre Stabilität ist daher von der Reflexionsfähigkeit zum Befragungszeitpunkt abhängig (Feather, 1988).

Die Reliabilität und Validität der einzelnen Konzepte und Skalen wurde bereits dargestellt (vgl. Kap. 4.5.2). Dazu ist ergänzend und kritisch zu bemerken, dass die Operationalisierung des Konzeptes der „prestigeorientierten Werte“ und der prestigeorientierten Kosten verbessert werden sollte. Zum einen wurde bei den Wertorientierungen nur generell nach der Bedeutung von Anerkennung gefragt. Die Kostenwahrnehmung erfragte die im privaten Umfeld sowie von Patienten und Angehörigen erhaltene Anerkennung. Dies waren zum einen Einzelitems, zum anderen wurde der wichtige Anteil der im Arbeitsumfeld erhaltenen beruflichen Anerkennung nicht berücksichtigt. Dass diese Wertedimension keine Effekte auf die Entscheidungen zeigte, ist daher vermutlich auch durch die Operationalisierung

zu erklären. Die Dimension der patientenorientierten Werte und Kostenwahrnehmung ist ebenfalls hinsichtlich Validität und Reliabilität zu kritisieren. Auch diese wurden in Einzelitems erhoben, die sich auf die Bedeutung von häufigem direktem Patientenkontakt bezogen. Dadurch blieb offen, welche genauen Eigenschaften dem „direkten Patientenkontakt“ zugeschrieben werden, und inwieweit dies beispielsweise im Zusammenhang mit der Beziehung zum Patienten und dem Ausmass an Patientenverantwortung steht.

Eine weitere Einschränkung betrifft die Erfragung der Kostenwahrnehmungen: Diese wurde für nur zwei Entscheidungsalternativen durchgeführt, der Erwerbstätigkeit als FaGe und als Pflegefachperson der Tertiärstufe. Der Grund hierfür lag darin, dass im Pretest deutlich wurde, dass die Befragten diese Erwartungen zwar für die Erwerbstätigkeit als FaGe angaben, jedoch bereits für die tertiäre Pflegeoption Unsicherheiten äusserten (vgl. Kap. 4.2.3). Es wurde daher auf weitere Optionen zugunsten von validen und zuverlässigen Daten verzichtet. Dies verunmöglichte in der Folge spezifische Analysemethoden wie beispielsweise ein konditionales logistisches Regressionsmodell einzusetzen, das die relative Kosten-Nutzen-Abwägung verschiedener Alternativen statistisch modellieren kann (Boskin, 1974).

7 Fazit und Mehrwert dieser Arbeit

Diese Arbeit liefert neben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auch interessierten Personen aus der Berufsbildungspraxis und Berufsbildungsverwaltung nützliche Informationen über die Determinanten von Berufs- und Bildungsentscheidungen nach einer beruflichen Grundbildung im Gesundheitswesen. Da in dieser Analyse verschiedene Einflussfaktoren wie der familiäre Hintergrund, Geschlecht, Schulleistungen und Bildungsabschlüsse der Befragten mit ihrer Arbeits- und Ausbildungssituation im Betrieb und mit individuellen beruflichen Werten und Kostenwahrnehmungen verknüpft werden, schafft sie bisher fehlende evidenzbasierte Informationen für verschiedene Fragestellungen zum Übergang nach der beruflichen Sekundarstufe II in die beruflichen Tertiärstufe oder die Arbeitswelt. Dies sind zum einen Informationen über das spezifische Entscheidungsverhalten von Lernenden einer beruflichen Grundbildung auf Sekundarstufe II, die durch die duale Ausbildungsform stark durch den Betrieb geprägt sind, und zum anderen Informationen über die spezifischen Berufs- und Bildungsentscheidungen innerhalb des Berufsfeldes Gesundheit (vgl. Kap. 6). Daher werden verschiedene Zielgruppen auf unterschiedlichen Ebenen angesprochen, die die Resultate zu unterschiedlichen Zwecken nutzen können.

7.1 Weiterführende Forschung und Fragestellungen

Aus den dargestellten Resultaten, ihrer übergreifenden Diskussion und den einschränkenden Bemerkungen sind aus wissenschaftlicher Perspektive verschiedene Vorschläge für künftige Forschungsarbeiten abzuleiten. Dies ist an erster Stelle eine Replikation dieser Studie mit einem Design, das die Beobachtung eines mittel- bis langfristigen Berufs- und Bildungsverlaufs ermöglicht und idealerweise kurz nach oder zu Beginn der Ausbildung ansetzt. Eine Ausdehnung des Befragungszeitraums nach vorne würde Aussagen zur Entwicklung von Wertorientierungen und Kostenerwartungen im Ausbildungsverlauf ermöglichen. Mit einer Verlängerung des Befragungszeitraums durch weitere Erhebungszeitpunkte nach fünf und zehn Jahren könnten vertiefte Erkenntnisse zum mittelfristigen Einfluss von sozialen und betrieblichen Merkmalen gewonnen und direkte und indirekte Effekte über einen längeren Zeitraum untersucht werden. Es wäre dann auch zu beobachten, ob und wie sich diese Einflussmechanismen darstellen, wenn sich die Personen, die zum zweiten Befragungszeitpunkt noch in einer Berufsmaturitätsschule waren, für eine Studienrichtung entschieden haben, respektive, wenn insgesamt mehr Bachelorstudienplätze Pflege zur Verfügung stehen und Fachhochschulstudiengänge Pflege als separate Entscheidungskategorie analysiert werden können (vgl. Tab. 3, S. 79).

Der Einfluss des Ausbildungsbetriebs für die spätere Berufs- und Bildungsentscheidung wäre genauer zu untersuchen, indem objektive und detailliertere Betriebsinformationen aus anderen Datenquellen mit den Individualdaten der Befragten verknüpft werden – was technisch prinzipiell möglich, aber

derzeit datenschutzrechtlich nicht geklärt ist. Eine offene Frage ist auch jene nach der Rolle der Stresswahrnehmung während der Ausbildung für die späteren Berufs- und Bildungsentscheidungen (vgl. Kap. 6.2.2): Interessant wäre dabei, in welchem Umfeld und unter welchen Voraussetzungen die psychophysische Belastung als positiv und wann als negativ wahrgenommen wird, und wie dies beeinflusst, im erlernten Beruf oder im Berufsfeld eine höhere Bildungsstufe zu wählen oder das Berufsfeld zu verlassen. Es ist denkbar, dass das Ausmass der Stresswahrnehmung bei dieser Gruppe auch den Grad an Pflege- und Patientenverantwortung wiedergibt, die FaGe auf ihrer Abteilung übernehmen (dürfen). Dies würde eine Aussage über die Arbeits- und Rollenzuteilung in den Pflgeteams machen und hat dadurch berufs- und gesundheitspolitische Implikationen: Eine hohe Stresswahrnehmung, die zum Verbleib im Beruf FaGe führt, deutet zwar auf eine hohe Eigenständigkeit des Berufes FaGe und eine hohe berufliche Identifikation hin (Fischer, 2013), ist aber in Bezug auf die ausreichende Qualifizierung für diese Eigenständigkeit und die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität kritisch zu hinterfragen. Das Zusammenspiel von beruflicher Kompetenz, zugeteilten Arbeitsaufgaben und formalen Qualifikationen in Verbindung mit beruflicher Identität und Berufslaufbahnen in der Pflege bedarf seitens der Forschung noch verstärkter Aufmerksamkeit, um künftig umfassende Massnahmen zur Deckung des Fachkräftebedarfes in der Pflege realisieren zu können (Imhof et al., 2010).

Eine weitere, betriebsbezogene Anschlussfrage ist, welche Rolle die unregelmässigen Arbeitszeiten bei der Entscheidung spielen, von welchen sozialen Gruppen die Arbeitsbedingungen in der Pflege als vereinbar mit Familie und Privatleben wahrgenommen werden und von welchen weniger, und inwieweit Pflegefachpersonen der Tertiärstufe andere Arbeitszeitbedingungen antreffen als Fachpersonal der Sekundarstufe II. Die aktuelle Diskussion, wie der notwendige Pflegepersonalbedarf künftig zur Deckung des Pflegebedarfes der Bevölkerung aufgebaut und erhalten werden kann (Hayes et al., 2012b), würde von vertieften evidenzbasierten Informationen zur Attraktivität der Arbeitszeitgestaltung stark profitieren (Busch, Reuter & Bauer 2006; Wotschack, Scheier, Schulte-Braucks & Solga, 2011). Auf dieser Basis wären Empfehlungen für Arbeitszeitmodelle zu liefern, die sich an spezifischen Bedürfnissen verschiedener Personalgruppen in der Pflege (beispielsweise nach Alter, Geschlecht oder nach Familiensituation) orientieren, und die untertützen, die Vereinbarkeit von Beruf, Familie/Privatleben und Bildung spezifisch auszurichten und zu optimieren.

Weitere Fragestellungen können aus der jüngeren Forschung zu absoluten und relativen Wertesystemen abgeleitet werden (Eccles, 2005; Trautwein et al., 2012, 2013). In dieser Arbeit lag der Schwerpunkt auf den absoluten Werteausprägungen in Kombination mit relativen Kostenerwartungen, wobei der Einfluss der absoluten Ausprägungen der erklärenden Variablen (Werte, Erwartungen) auf die abhängige Variable (Entscheidungsoptionen) analysiert wurde. Einige jüngere Untersuchungen thematisieren hingegen einen personenzentrierten Ansatz, bei dem im Zentrum steht, wie

intraindividuelle hierarchische Muster von Werten und Erwartungen die Entscheidungen beeinflussen, und in welcher Beziehung diese Muster zu externen Einflüssen oder individuellen Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder Schicht stehen (Eccles, 2005; 2011; Chow & Salmela-Aro, 2011; Chow, Eccles & Salmela-Aro, 2012; Wigfield & Cambria, 2010). Dies würde ein umfassenderes Bild von der Struktur und Rolle der individuellen Wertesysteme ermöglichen.

Ein Einflussbereich, der in dieser Arbeit zwar als Kontrollvariable berücksichtigt, aber nicht theoretisch und empirisch ausgeführt wurde, ist der Einfluss der Nationalität, respektive des Migrationshintergrundes auf die Bildungs- und Berufsentscheidungen. Bisherige Forschung zeigt, dass junge Menschen mit Migrationshintergrund seltener in die höhere Bildung streben, häufig bedingt durch schlechtere schulische Abschlüsse und Schulleistungen und einen tieferen sozioökonomischen Hintergrund ihrer Familien (Beicht, Granato & Ulrich, 2011). Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen allerdings auf häufigere Entscheidungen von Migranten für eine Tertiärbildung auf Fachhochschulstufe anstelle einer Höheren Fachschule Pflege hin. Dieses Resultat überrascht und wäre durch weitere Forschung genauer zu hinterfragen. Für die Pflegeberufe gibt es hierzu nach aktuellem Stand der Recherche nur wenige Forschungsergebnisse, darunter eine unveröffentlichte Analyse mit dem hier verwendeten Datensatz (Trede & Kriesi, 2014). Künftige Forschung sollte der Frage nachgehen, von welchen Faktoren nationalitätstypische Entscheidungen für bestimmte Berufsfelder und Bildungsstufen der Tertiärbildung beeinflusst sind, und welche Kosten-Nutzen-Abwägungen insbesondere für die Pflegeberufe dahinter stehen.

7.2 Berufsbildungspraktische Konsequenzen

Aus der Perspektive der Berufsbildungspraxis können die in dieser Arbeit gewonnenen Informationen von Akteuren auf verschiedenen Ebenen verwendet werden. Auf der Makroebene richten sich die Resultate an Entscheidungsträger für die Bildungs- und Personalplanung in den Gesundheitsberufen bei Bund und Kantonen sowie bei national und kantonale tätigen Berufsverbänden und Organisationen der Arbeitswelt. Diese Personengruppen können über die Planung der Ausbildungskapazitäten, der Studien- und Ausbildungsplatzvergabe, über die Regelung von Zulassungsbedingungen sowie mit Unterstützungsleistungen, Finanzhilfen und Stipendienvergaben auf die Berufs- und Bildungsentscheidungen Einfluss nehmen. Ebenfalls können die Resultate durch die Arbeitsweltorganisationen und Berufsverbände als Grundlage für ein zielgruppenspezifisches Berufsmarketing sowie als Hintergrundinformationen bei der Berufsberatung verwendet werden. Auf der Mesoebene werden Bildungs- und Personalverantwortliche in Betrieben und Berufsfachschulen angesprochen, die die Informationen zu den Entscheidungen bestimmter Personengruppen sowie die gefundenen Einflussfaktoren bei der Auswahl von Lernenden und bei der Ausbildungsplatzvergabe berücksichtigen können. Darüber hinaus können die durch diese Arbeit generierten Informationen die Betriebe bei der mittelfristigen Personalentwicklungsstrategie unterstützen, um (ehemalige) FaGe-

Lernende für adäquate und für den Betrieb erwünschte Laufbahnpfade zu gewinnen und entsprechend zu beraten. Für die Anwendung auf der Mikroebene der individuellen Lernenden sowie der Lehrpersonen in der Berufsfachschule und im Betrieb können auf der Basis dieser Arbeit Informationsmaterialien und Instrumente für Standortbestimmungen, Begleitung und Beratung bei der individuellen beruflichen Entwicklung konzipiert werden.

Im Folgenden werden konkrete Handlungsmöglichkeiten, die sich aus den Resultaten dieser Arbeit ergeben, auf zwei Ebenen exemplarisch näher dargestellt: Die erste Ebene ist die Makroebene des Gesamtsystems mit der dahinter stehenden Frage, wie auf der Basis dieser Resultate das Gesamtangebot für eine ausreichende Fachkräftesicherung gestaltet werden kann (Kap. 7.2.1). Die zweite Ebene betrifft die Handlungsebene der Ausbildungsinstitutionen, insbesondere der Betriebe (Kap. 7.2.2).

7.2.1 Institutionelle Ausgestaltungen der Berufsbildungssysteme

Die Resultate können im Kontext der institutionellen Ausgestaltung von Berufsbildungssystemen interpretiert werden. Damit ist gemeint, die Ansiedlung von Bildungsgängen auf verschiedenen Bildungsniveaus, ihre Zuordnung zu bestimmten Institutionen wie Universität, Fachhochschule oder Berufsfachschule etc., daraufhin zu betrachten, wie diese Systemmerkmale die Verbindung zwischen sozialer Herkunft, bestimmten Bildungs- und Berufsabschlüssen und der späteren Platzierung im Arbeitsmarkt strukturieren (Kerckhoff, 1995). Diese Frage ist für die Deckung des Fachkräftebedarfes durch die ausreichende Ausbildung von Pflege- und Gesundheitspersonal auf verschiedenen Qualifikationsstufen von hoher Relevanz, da sie aus bildungspolitischer Sicht auch eine Steuerungsmöglichkeit der Bildungsentscheidungen darstellt (vgl. dazu auch Kap. 2.2).

Theoretische und empirische Arbeiten auf der systemischen Ebene zeigen, dass sich Bildungssysteme nach bestimmten Merkmalen wie dem Ausmass ihrer Stratifizierung und ihrer Differenzierung unterscheiden. Diese Merkmale charakterisieren, wie Bildungsabschlüsse in einem System angesiedelt sind: Stark differenzierte Bildungssysteme bieten eine breit angesiedelte grosse Anzahl von Bildungsabschlüssen an. In stark stratifizierten Systemen sind die Bildungsabschlüsse streng hierarchisch gegliedert und geordnet (Kerckhoff, 1995). Die bisherige Forschung zu diesem Thema zeigt, dass stärker stratifizierte Systeme selektiver sind und zu mehr sozialer Ungleichheit führen. Ein höherer Grad an Differenzierung erleichtert wiederum für breite Bevölkerungsschichten den Zugang zur Bildung und sollte in einer höheren Bildungsbeteiligung münden (Shavit et al., 2007; Pfeffer, 2008). Wie eingangs beschrieben (vgl. Kap. 2), wurden die Bildungsgänge Gesundheit, insbesondere Pflege, in der Schweiz auf der Tertiärstufe unterschiedlich ausgestaltet und werden sowohl im nicht-hochschulischen Bereich an höheren Fachschulen (Tertiär B, dominierend in den deutschsprachigen Kantonen) als auch im hochschulischen Bereich an Fachhochschulen (Tertiär A, in der französischsprachigen Schweiz ausschliesslich auf dieser Stufe) angeboten (vgl. Kap. 2). Letztere sind

durch höhere Anforderungen und Zulassungsvoraussetzungen als das stärker stratifizierte System zu bezeichnen.

Vor diesem Hintergrund ist zu diskutieren, welche Auswirkung die Ansiedlung der Pflegestudiengänge auf einem offeneren (die höheren Fachschulen) und einem selektiverem (die Fachhochschulen) Niveau auf die Bildungsbeteiligung der FaGe auf der Tertiärstufe haben. Die Resultate dieser Untersuchung weisen durchweg tiefere Übergänge in die Tertiärbildung in der französischsprachigen Schweiz auf, wo das selektivere Fachhochschulsystem dominiert (vgl. Variable „Romandie“ in den Tabellen des Kapitels 5.3 bis 5.5). Dafür rekrutieren die französischsprachigen Kantone zu deutlich höheren Anteilen Absolventinnen und Absolventen der allgemeinbildenden Gymnasien und Mittelschulen in die Bachelorstudiengänge Pflege (Oertle-Bürki, 2008; Schaffert, 2012). Diese Unterschiede zwischen den Systemen in den Landesteilen sind empirisch bisher ursächlich nicht erklärt (SKBF, 2014), beruhen aber zum Teil auf historisch gewachsenen, unterschiedlichen Bildungskulturen, die vermutlich zu einer unterschiedlicher Wertigkeit von Berufs- und Allgemeinbildung führen (Berner, Gonon & Ritter, 2011; Criblez, 2008). Welches der beiden Systeme geeigneter ist, in der mittel- und langfristigen Sicht ausreichend Pflegepersonal auf beiden Bildungsstufen zu gewinnen, ist bisher nicht bekannt. Es zeichnet sich aber ab, dass das selektivere, stärker an der Allgemeinbildung ausgerichtete hochschulische System in der Romandie zumindest in den Pflegeberufen eine andere Zielgruppe als Absolventinnen und Absolventen einer FaGe-Ausbildung anspricht als das stärker an der Berufsbildung orientierte System der Deutschschweiz. Daher ist davon auszugehen, dass die Ausgestaltung der Bildungsgänge durch verschiedene Zugangsvoraussetzungen und Bildungsniveaus auch eine Steuerungsmöglichkeit des Fachkräfteangebotes und der erreichten Zielgruppen durch das Bildungssystem darstellt.

In den vergangenen 20 Jahren hat die Ausbildung der Pflegeberufe auf Tertiärstufe, insbesondere auf Hochschulstufe ISCED 5 oder 6, europaweit stark zugenommen (Spitzer et al., 2006; 2007). Dies wird häufig mit einer Attraktivitätssteigerung des Berufs und einer Steigerung der Versorgungsqualität begründet (WHO, 2000). Trotzdem bestehen in vielen Ländern nach wie vor unterschiedliche postsekundäre und tertiäre Ausbildungsniveaus nebeneinander (Lehmann et al., 2014; Lambauer et al., 2004; Koch, 2012). Bis heute ist empirisch nicht geklärt, wie der ideale Personal-Mix verschiedener Qualifikationsstufen („Skill- & Grademix“) für eine höchstmögliche Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen bei angemessener Verwendung von Ressourcen aussehen müsste, beispielsweise, wie hoch der Anteil auf Bachelorstufe ausgebildeter Fachkräfte sein müsste, um ein bestimmtes Niveau an pflegerischer Versorgungsqualität zu erreichen. Dies variiert stark je nach Versorgungs- und Patientenstrukturen der jeweiligen Versorgungssysteme (Buchan & Dal Proz, 2002). Verschiedene internationale Studien haben in der Vergangenheit einen positiven Zusammenhang von höher ausgebildetem Personal in den Pflegeteams mit höherer Versorgungsqualität empirisch belegt

(Aiken et al., 2014; Rafferty et al., 2007). Diese Studien sind allerdings durch die unterschiedlichen Ausbildungssysteme nicht unbedingt auf die Systeme anderer Länder übertragbar. So hängt der Bedarf an auf Bachelorstufe und höher qualifizierten Pflegenden auch von der inhaltlichen Ausrichtung der Studiengänge ab. Qualifizieren die Bachelorstudiengänge für eine klinische, patientennahe Spezialisierung wie beispielsweise in den USA, sollte der Bedarf an diesen Personen entsprechend höher sein und zu einem höheren Anteil an akademisch gebildeten Pflegefachpersonen führen (in den USA 50 %, Koch, 2012). In Deutschland, wo sich die Akademisierung auf Forschung, Lehre und Management konzentriert, liegt der Anteil wesentlich tiefer (Görres, 2008). In der Schweiz ist dagegen seit den 80er Jahren die Ausbildung von Pflegeexpertinnen in der Praxis verankert. Seit der Einführung der Fachhochschule Gesundheit orientiert sich die akademische Ausbildung der Pflegefachpersonen am Modell der „advanced nurse practice“ (ANP) und setzt auf eine klinische, patientennahe Spezialisierung mit erweiterter pflegerischer Praxis (Imhof et al., 2010; Spirig, Panfil, Meyer & Schrems, 2010). Der Anteil der akademisch gebildeten Pflegenden liegt trotzdem in einer ähnlichen Grössenordnung wie in Deutschland, da ein Grossteil der generalistischen und spezialisierten Pflegebildung auf der nicht akademischen beruflichen Tertiärstufe erfolgt (Dolder et al., 2009). Die Auswirkungen dieser unterschiedlichen inhaltlichen Verortung der Pflegestudiengänge auf Bachelorniveau sind hinsichtlich der Berufsattraktivität und der Identifikation mit dem Beruf nicht geklärt. Die vorhandene Diskussion (Fischer, 2013) macht aber deutlich, dass die künftige institutionelle Ausgestaltung der Tertiärbildung weit über Fragen der vertikalen Zugangsmechanismen hinausgehen und auch Fragen der inhaltlichen Ausrichtung der Bildungsgänge für die künftigen Berufsrollen im Gesundheitswesen beantworten muss (Imhof et al., 2010).

Um über die Ausgestaltung des Bildungssystems auf Bildungsentscheidungen Einfluss nehmen und das Fachkräfteangebot für das Gesundheitswesen (mit)steuern zu können, wären daher komplexe bildungs- und sozialpolitische wie auch gesundheitspolitische Fragen zu berücksichtigen. Imhof et al. (2010) weisen in ihren Thesen zur professionellen Pflege in der Schweiz in diesem Sinne darauf hin, dass sich „die professionelle Pflege nicht primär auf das Problem des Personalmangels konzentrieren, sondern sich vielmehr auf die qualitative und zukunftsfähige Entwicklung der Pflegeberufe ausrichten sollte“ (ebd., S. 19), anstatt überhastete Lösungen zu produzieren. Es wären Fragen zu beantworten wie: Welche Versorgungs- und Pflegequalität ist in den Versorgungsstrukturen notwendig und wird angestrebt? Welche Personen und Gruppen sollen diese Arbeit leisten? Welche Bevölkerungsgruppen und –schichten sollen und können für die professionelle Pflegearbeit gewonnen werden? Welche finanziellen Ressourcen stehen für die Ausbildung und Weiterbeschäftigung von tertiär qualifiziertem pflegersichem Personal zur Verfügung? Welche Bildungswege stehen hierfür zur Verfügung?

7.2.2 *Ausbildungsebene im Betrieb*

Weitere mögliche Schlussfolgerungen beziehen sich auf die Ausbildungsebene im Betrieb. Hier stellt sich die Frage, wie Lernende bereits während der Ausbildung hinsichtlich ihres künftigen Berufs- und Bildungsverlaufes optimal unterstützt werden können, um möglichst viele geeignete Personen im Beruf und im Berufsfeld zu halten.

Dazu ist anzumerken, dass Wechsel – aus dem Beruf und/oder dem Betrieb – in der Literatur häufig als ein zu vermeidendes Ereignis bewertet werden (Hayes et al., 2012). Doch für Betriebe im Gesundheitswesen wird ein mittlerer Anteil an Fluktuation in manchen Quellen durchaus als positiv, da erneuernd und stimulierend, bewertet (Brannon et al., 2002). Aus individueller Optik können Wechsel positiv bewertet werden, wenn durch weitere Bildung neue Berufsperspektiven eröffnet werden (Lindsay & Knox, 1984). Dieses Szenario trifft insbesondere auf die hier untersuchte Gruppe von FaGe zu. Es erfordert allerdings von den Betrieben, nicht nur für den unmittelbaren eigenen Personaldarf auszubilden, sondern gezielt Lernende zu fördern, die nach Ausbildungsabschluss eine höhere Ausbildung beginnen und bei denen es unbekannt ist, ob sie diesem Betrieb nach Abschluss als tertiär ausgebildete Fachperson zur Verfügung stehen werden. Dies bedeutet, über die eigenen Interessen hinausgehend einen allgemeinen Ausbildungsauftrag zu erfüllen. Dies wird von politischer Seite seit einigen Jahren bereits erwartet und teilweise stringent durchgesetzt (Kanton Aargau, 2013; Aebischer, 2013).

Die Resultate dieser Arbeiten weisen darauf hin, dass Lernende systematisch in die Ausbildungsbetriebe verschiedener Versorgungsbereiche (und möglicherweise verschiedener anderer struktureller Betriebsmerkmale, die hier nicht untersucht wurden) selektiert werden, respektive die Betriebe selektiv auswählen. Die Resultate weisen weiterhin darauf hin, dass die (Selbst-)Selektion in einen bestimmten Ausbildungsbetrieb mittel- und langfristige Folgen für den weiteren Berufs- und Bildungsverlauf haben kann. Die Ursachen hierfür können verschieden gelagert sein. Es können systematische Kosten-Nutzen-Überlegungen der Betriebe eine Rolle spielen (Schweri et al., 2003; Mühlemann, 2007), wobei Lernende entsprechend der betrieblichen Personalinteressen ausgewählt werden und je nach Personalstrategie eher für die Erwerbstätigkeit als FaGe oder für die höhere Bildung unterstützt werden könnten. Neben diesen rationalen Überlegungen seitens der Betriebe ist anzunehmen, dass die verschiedenen Tertiärentscheidungen in Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen auch mit Haltungen des jeweiligen Personals zu erklären sind, die die unterschiedliche quantitative und qualitative Bedeutung von tertiären Pflegeabschlüssen in Relation zu FaGe oder Hilfspersonal im jeweiligen Arbeitsmarktsegment reflektieren (Jaccard et al., 2009). Ein solcher Einfluss des Ausbildungsbetriebs ist grundsätzlich bedarfsorientiert und daher vermutlich aus Sicht der Betriebe erwünscht. Er wäre aber als problematisch einzuschätzen, wenn Lernenden der Zugang zu den später angestrebten Bildungs- und Karrieremöglichkeiten und damit die Realisierung ihrer Berufsziele

dadurch erschwert wird, dass sie die Ausbildung nicht in einem Akutkrankenhaus absolviert haben. Die Resultate zeigen, dass dies insbesondere für weibliche Lernende in Pflegeheimen der Fall sein könnte. Umgekehrt wäre problematisch, wenn Lernende ohne höhere Bildungsambitionen auf der Tertiärstufe bei einer Ausbildung in einem Akutkrankenhaus einen geringeren beruflichen Wert als FaGe und in der Folge weniger berufliche Wertschätzung erleben, als sie es in einem Pflegeheim haben könnten. Hier wären Massnahmen zu treffen, um die Ausbildungsbedingungen anzugleichen.

Neben diesen übergeordneten Ebenen können in der täglichen Ausbildungspraxis Massnahmen ergriffen werden, um die Attraktivität des Berufes FaGe, aber auch des Berufsfeldes Pflege insgesamt zu steigern, um künftige Fachpersonen zu halten. Eine erste Einflussmöglichkeit der Betriebe beginnt bereits vor der Ausbildung mit einer gezielten bedarfsgerechten Rekrutierung der künftigen FaGe-Lernenden. Dies sollte sich nicht nur an dokumentierten schulischen Leistungsausweisen und der Qualität der Bewerbungsunterlagen orientieren, sondern bereits vor Ausbildungsbeginn die Begabungen, Potenziale und Berufsziele der Kandidatinnen und Kandidaten berücksichtigen. Konkret könnte dies bedeuten, dass beispielsweise ein Betrieb, der stark auf die Übernahme der FaGe nach Abschluss des EFZ angewiesen ist, diese Passung der Berufsziele bei den Bewerbungen einschätzt, anstatt die Kandidatinnen und Kandidaten vor allem auf der Basis guter Schulnoten und Schulabschlüsse auszuwählen, die besonders leistungsfähige und „pflegeleichte“ Lernende während der Ausbildungsphase erhoffen lassen.

Ebenfalls hat diese Untersuchung gezeigt, dass die Arbeitsaufgabenqualität mit einer guten Lernbegleitung, guter Anforderungspassung und grossen Vielfalt von Aufgaben eine wichtige Rolle spielt. Dies bedeutet, dass es sich für die Betriebe lohnen kann, in die Ausbildungsqualität, die pädagogischen Kompetenzen und Ressourcen der betrieblichen Ausbildungspersonen zu investieren, um Lernende im Berufsfeld zu halten und darüber hinaus für eine höhere Ausbildung im Berufsfeld zu motivieren. Dazu sollte auch gehören, die beruflichen Ziele, Werte und Erwartungen der FaGe-Lernenden während der Ausbildung zu thematisieren und zu diskutieren, um sie bei ihrer anstehenden Berufs- und Bildungsentscheidung nach Abschluss beraten und ihr Potenzial für den Betrieb und darüber hinaus für die Branche ausschöpfen zu können.

Eine weitere direkte Möglichkeit der Betriebe, die Berufs- und Bildungsentscheidungen zu steuern, kann in der Rollen- und Verantwortungszuteilung von FaGe im Verhältnis zur tertiären Pflegefachperson liegen. Die Resultate dieser Untersuchung liefern Hinweise, dass dieses Verhältnis von den Lernenden in den Betrieben unterschiedlich wahrgenommen wird. Dies zeigt sich beispielsweise in der nach Versorgungsbereich variierenden Stresswahrnehmung und Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium. Diese Unterschiede können aus betrieblicher Sicht zwar begründet sein, führen aber für die Lernenden zu ungleichen und unsicher einzuschätzenden Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven als FaGe. Das Ziel sollte daher sein, vergleichbare

Ausgangsperspektiven und Transparenz in den beruflichen Rollen zu schaffen, um damit zur Attraktivität der Pflegeberufe auf beiden Bildungsniveaus beizutragen. Dies kann durch eine klare interne Funktionszuteilung geschehen sowie durch gezielte Kooperationen mit anderen Betrieben bei der praktischen Ausbildung, um als Ausbildungsverbund den Lernenden FaGe einen Einblick in die Tätigkeitsprofile in verschiedenen Betriebsstrukturen oder Arbeitsmarktsegmenten zu bieten (Schäfer, 2007). Dies sind Massnahmen, die teilweise bereits stattfinden (z.B. OdA GS Aargau, 2015; Angehrn, 2013) und die auch die Abhängigkeit der späteren Berufs- und Bildungsverläufe vom Ausbildungsbetrieb verringern würden.

Mit einer Rollen- und Funktionsklärung von FaGe und tertiären Pflegepersonen ist auch verbunden, ein professionelles Pflegeverständnis zu entwickeln. Verschiedene Quellen zeigen, dass das heutige Bild der Pflege in der Gesellschaft nicht unbedingt dem modernen beruflichen Selbstverständnis entspricht (Steppe 2000a; 2000b). Dies drückt sich auch darin aus, dass unter den hier befragten Lernenden Männer und solche aus soziökonomisch gut gestellten Elternhäusern seltener eine Fachhochschule oder höhere Fachschule Pflege wählen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass tiefer qualifiziertes Personal die eigenständige verantwortliche Rolle der Pflege insgesamt weniger deutlich wahrnimmt als auf Hochschulstufe ausgebildete Pflegefachpersonen (Weis & Schank, 2000). Das Verständnis von Pflege könnte bei FaGe-Lernenden daher noch stärker traditionell geprägt sein und in Verbindung mit unklaren Berufsrollen dazu beitragen, dass der Wert und Anspruch einer tertiären Pflegebildung unterschätzt wird. Dieses Verständnis zu entwickeln, ohne dabei die Berufsrolle der FaGe herabzusetzen, ist ein Anspruch, der vor allem in den Betrieben, aber auch von den anderen Lernorten, erfüllt werden müsste. Es könnte auch dabei helfen, die Attraktivität für die Pflegeberufe unter den männlichen Absolventen und jenen aus sozial, ökonomisch und kulturell gut ausgestatteten Elternhäusern zu steigern.

Abschliessend ist noch zu betonen, dass die hier untersuchte Gruppe der FaGe-Lernenden zwar eine durch ihre initiale Berufswahl selektierte Gruppe ist, aber trotzdem hinsichtlich ihres sozialen Hintergrunds, ihrer Schulleistungen, Wertvorstellungen, Berufswahrnehmungen und Bildungs- und Berufsambitionen sehr heterogen ist. Ziel sollte daher sein, diese Heterogenität durch vielfältige Bildungswege und Bildungsangebote, durchlässige Übergänge und flexible Zugangswege in die höhere Bildung zu nutzen, und so das Berufsbildungssystem der Gesundheitsberufe für verschiedene Personengruppen attraktiv zu machen. Dies fordert alle beteiligten Berufsgruppen und Akteure der Berufsbildung dazu auf, stärker am Berufsfeld und der Branche orientiert und weniger auf die Attraktivität des einzelnen Berufes bezogen zu denken und zu handeln.

Anhang

A.I Abbildungsverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	Charakterisierung der drei zentralen Entscheidungsoptionen	17
2	Entscheidungsdimensionen nach der FaGe-Ausbildung	21
3	Übersicht der Einflussfaktoren auf die Berufs- und Bildungsentscheidung	23
4	Individuelle und kollektive Erklärungen von Entscheidungen	26
5	Vereinfachtes psychologisches Entscheidungsmodell	27
6	Schematische Darstellung der betrieblichen Einflussfaktoren	35
7	Universale Wertedimensionen nach Schwartz	43
8	Konzeptionelles Modell beruflicher Wertekonzepte	45
9	Modell subjektiv wahrgenommener Kosten für zwei Hauptoptionen	47
10	Konzeptionelles Entscheidungsmodell	53
11	Längsschnittdesign der Laufbahnstudie FaGe	55
12	Konzept der subjektiven Kostenwahrnehmung	65
13	Darstellung der geplanten Datenanalyse	77
14	Geschlechtsabhängiger Einfluss des Ausbildungsbetriebs auf die Bildungsentscheidung	100
15	Qualität der Arbeitsaufgaben/Stressbelastung und Entscheidung zwischen Tertiäroptionen	104
16	Betriebsabhängige Effekte von intrinsischen Werten	115
17	Überblick über die Resultate	124
Anhang		
A.V.1	Bildungssystematik der Schweizer Gesundheitsberufe	163

A.II Tabellenverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
1	Durchführungsverlauf beider Befragungen	67
2	Resultate zur Verteilung, Validität und Reliabilität der verwendeten Skalen	74
3	Bildungs- und Berufsentscheidungen ein Jahr nach Abschluss	79
4	Bildungs- und Berufsentscheidungen nach individuellen Merkmalen und sozialem Hintergrund	80
5	Strukturelle Betriebsmerkmale und Entscheidungen zwischen Tertiäroptionen	83
6	Bewertung der Arbeitsaufgaben nach Versorgungsauftrag des Betriebs	84
7	Bewertung der Arbeitsaufgaben nach Entscheidungskategorie	84
8	Kostenwahrnehmung und berufliche Werte nach Entscheidungen	86
9	Kostenwahrnehmung nach Ausbildungsbetrieb	86
10	Berufliche Werte nach Ausbildungsbetrieb	87
11	Entscheidungen nach Ausbildungsbetrieb und intrinsischen Werten / Kosten	87
12	Entscheidung für ein Tertiärstudium nach Geschlecht und sozialem Hintergrund	89
13	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach Geschlecht und sozialem Hintergrund	91
14	Dekomposition des totalen Effektes vom sozialen Hintergrund in indirekte Effekte via „Schulleistungen“	93
15	Unterschiede der Arbeitsaufgabenqualität, Stressbelastung und sozialer Merkmale der FaGe-Lernenden nach Versorgungsbereich des Betriebs	97
16	Einfluss der Betriebsmerkmale auf die Tertiärentscheidung	98
17	Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen nach strukturellen Betriebsmerkmalen	100
18	Arbeitsaufgaben und Entscheidung für eine Tertiärbildung	102
19	Allgemeine Arbeitsaufgabenqualität und Entscheidung für verschiedene Tertiärstufen	105
20	Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich (Pflegeheim versus Akutspital) in indirekte Effekte via „SES Elternhaus und Bildungshintergrund“	106
21	Dekomposition des totalen Effektes vom Betrieb in indirekte Effekte via „Arbeitsaufgabenqualität“	107
22	Einfluss der Werte und Kostenwahrnehmung auf die Tertiärentscheidung	111
23	Werte- und Kostenwahrnehmungen und Entscheidung zwischen den Tertiäroptionen	113
24	Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich in indirekte Effekte via „Kostenwahrnehmung“	116
25	Dekomposition des totalen Effektes vom Versorgungsbereich in indirekte Effekte via „Arbeitswerte“	117
Anhang		
A.V.2	Samplebeschreibung: soziale Merkmale, Versorgungsbereich und Betriebsgrösse	164
A.V.3	Samplebeschreibung: Arbeitswerte, Kostenwahrnehmung, Arbeitsaufgabenqualität	165
A.V.4	Korrelationen: betriebliche und soziodemografische Merkmale	166
A.V.5	Korrelationen: Werte, Geschlecht und sozioökonomischer Status des Elternhauses	167
A.V.5a	Berufliche Werte nach Geschlecht	167
A.V.5b	Berufliche Werte nach sozioökonomischen Status des Elternhauses	167
A.V.6	Korrelationen: Kostenwahrnehmung, Geschlecht und sozioökonomischem Status des Elternhauses	168
A.V.6a	Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium nach Geschlecht	168
A.V.6b	Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium nach sozioökonomischem Status des Elternhauses	168
A.V.7	Vergleichstabelle zu Tab. Nr. 13: FH-Studierende Pflege in Option FH	169
A.V.8	Vergleichstabelle zu Tabelle Nr. 17: FH-Studierende Pflege in Option FH	170
A.V.9	Ergänzung zu Tab. Nr. 19: Arbeitsaufgaben und Bildungs- und Berufsentscheidungen, Referenzgruppe Pflege	171

Fortsetzung A.II Tabellenverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
A.V.10	Ergänzung zu Tabelle Nr. 23: Modell Werte und Kostenerwartungen und Berufs- und Bildungsentscheidungen	172
A.V.11	Ergänzung Tabelle Nr.23: Werte und Kostenerwartungen mit zwei Referenzgruppen	174
A.V.12	Intrinsische Werte, Arbeitsmarktsegment und Entscheidung (Interaktionsmodell)	175
A.V.13	Einflüsse auf die Beteiligung an der zweiten Erhebung	178

A.III Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausführliche Bezeichnung
BBT	Bundesamt für Berufsbildung, bis 2012 die Bezeichnung für das SBFI
BFS	Bundesamt für Statistik
BMS	Berufsmaturitätsschule
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, der Abschluss der beruflichen Grundbildung
FaGe	Fachfrau / Fachmann Gesundheit
FH	Fachhochschule
FHSG	Fachhochschulgesetz (Schweiz)
HBB	Höhere Berufsbildung, in der Schweiz als Tertiärstufe B bezeichnet
HF	Höhere Fachschul
ISCED	International Standard Classification of Education
KPH	Krankenpflegehilfe, Berufsbezeichnung aus Deutschland
OdA	Organisation der Arbeitswelt
OdASanté	Branchenverband der Betriebe im Gesundheitswesen
RC / RCT	Rational Choice / Rational Choice Theory
RN	Registered Nurse, angloamerikanische Berufsbezeichnung für Pflegepersonal auf Tertiärstufe
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation in der Schweiz
SEK II	Sekundarstufe II
Tertiär	Tertiärstufe, die höhere Bildungsstufe nach der Sekundarstufe II
WHO	World Health Organisation

A.IV Bibliographie

- Achatz, J. (2008). Geschlechtersegregation im Arbeitsmarkt. In M. Abraham & T. Hinz (Hrsg.), *Arbeitsmarktsociologie* (S. 263-301). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aebischer, C. (2013). Alle gegen den Notstand in der Pflege. Bern: Berner Zeitung 25.6.2015.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. & Cheney, T. (2009). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), 45-51.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Albers, S., Klapper, D., Konradt, U., Walter, A. & Wolf, J. (2007). *Methodik der empirischen Forschung*. Cham: Springer International Publishing AG.
- Alderfer, C. P. (1972). *Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings*. New York: Free Press.
- Angern, R. (2013). Delegation in der Pflege. „Alle machen alles“ ist passé. MAS Masterthesis, Hochschule Luzern. Verfügbar unter http://edoc.zhbluzern.ch/hslu/sa/mas/mas_2013_Angern.pdf [10.10.2014].
- ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz). (2012). Beschluss der Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. In Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Internetversion des BIBB-Datenreports zum Berufsbildungsbericht 2013 - Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter <http://datenreport.bibb.de/html/5786.htm> [12.12.2015].
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6), 359-372.
- Averitt, R. (1968). The dual economy. *The dynamics of american industry structure*. New York: Norton.
- Averitt, R. T. (1987). The Dual Economy Twenty Years Later. *Journal of Economic Issues*, 21(2), 795-802.
- Backes-Gellner, U. & Veen, S. (2008). The consequences of central examinations on educational quality standards and labour market outcomes. *Oxford Review of Education*, 34(5), 569-588.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baribal, K. L. & Alison, E. W. (1996). The similarities and differences between nurses with different career choice profiles - findings of an interview survey. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 380-388.
- Baron, J. N. & Bielby, W. T. (1980). Bringing the firms back in: Stratification, segmentation, and the organization of work. *American Sociological Review*, 45(5), 737-765.
- Baron, J. N. & Pfeffer, J. (1994). The social psychology of organizations and inequality. *Social Psychology Quarterly*, 57, 190-209.
- Bartholomeyczik, S., Beckmann, M. & Bernhard, W. (2007). Hospital structure, stress and conduct regarding patients in the hospital. (questionnaire) (Publication no. 10.4232/1.1022). GESIS Data Catalogue. (ZA1022). Köln: ZIS GESIS.

- Battle, A. (1957). Relation between personal values and scholastic achievement. *The Journal of Experimental Education*, 26(1), 27-41.
- Beck, C. T. (2000). The experience of choosing nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 39(7), 320-342.
- Beck, U., Brater, M. & Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Reinbeck: Rowohlt.
- Becker, G. S. (1982). *Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Becker, R. & Hecken, A. E. (2007). Studium oder Berufsausbildung? Eine empirische Überprüfung der Modelle zur Erklärung von Bildungsentscheidungen von Esser sowie von Breen und Goldthorpe. *Zeitschrift für Soziologie*, 36(2), 100-117.
- Becker, R. & Lauterbach, W. (2010). Dauerhafte Bildungsungleichheiten – Ursachen, Mechanismen, Prozesse und Wirkungen. In R. Becker & W. Lauterbach (Hrsg.), *Bildung als Privileg? Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit* (S. 9-40). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, R. & Müller, W. (2011). Bildungsungleichheiten nach Geschlecht und Herkunft im Wandel. In A. Hadjar (Hrsg.), *Geschlechtsspezifische Bildungsungleichheiten* (S. 55-75). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beicht, U., Granato, M. & Ulrich, J. G. (2011). Mindert Berufsausbildung die soziale Ungleichheit von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. In G. Mona, D. Münk & R. Weiss (Hrsg.), *Migration als Chance* (S. 177-207). Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Beicht, U. & Walden, G. (2012). Berufswahl und geschlechtsspezifische Unterschiede beim Zugang zu betrieblicher Berufsausbildung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 108(4), 491-510.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bergman, M., Hupka-Brunner, S., Keller, A., Meyer, T. & Stalder, B. E. (2011). *Youth Transitions in Switzerland. Results from the TREE Panel Study*. Zürich: Seismo.
- Berner, E., Gonon, P. & Ritter, H. J. (2011). *Zwischen Gewerbeförderung, Sozialpolitik und liberalen Bildungsbestrebungen: zur „Vor“-Geschichte der dualen Berufsbildung in der Schweiz (1870-1930)*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- BFS Bundesamt für Statistik. (2011). Bevölkerungsstand und -struktur – Detaillierte Daten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/data/01.html> [10.12.2014].
- BFS Bundesamt für Statistik. (2013a). Bildungsabschlüsse nach Schulstufe 2012. Online Datenrecherche. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/01/key/blank/03.html> [10.12.2014].
- BFS Bundesamt für Statistik. (2013b). Spitallandschaft Schweiz. BFS aktuell 14. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik. (2014a). Bildungsstatistik, Stand Juli 2011. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15.html> [10.12.2014].
- BFS Bundesamt für Statistik. (2014b). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2012 – Standardtabellen. BFS aktuell 14. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.

- BFS Bundesamt für Statistik. (2015). Bildungsabschlüsse nach Schulstufe 2013. Online Datenrecherche. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/01/key/blank/03.html> [22.01.2016].
- Bischoff, C. (1992). *Frauen in der Krankenpflege - zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/Main: Campus.
- Bland, M. J. & Altman, D. G. (2000). The odds ratio. *BMJ*, 320(7247), 1468. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1468>.
- Bomball, J., Schwanke, A., Schmitt, S., Stöver, M., Zimmermann, M. & Görres, S. (2010). Beruf oder Berufung – der Weg in die Pflege. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online*, (18.Juni 2010), 1-20. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe18/bomball_etal_bwpat18.pdf [10.10.2014].
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. (2004). *Statistik* (6. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Boskin, M. J. (1974). A conditional logit model of occupational choice. *The Journal of Political Economy*, 82(2), 389-398.
- Boudon, R. (1974). *Education, opportunity, and social inequality*. New York: Wiley-Interscience.
- Brannon, D., Zinn, J. S., Mor, V. & Davis, J. (2002). An exploration of job, organizational, and environmental factors associated with high and low nursing assistant turnover. *The Gerontologist*, 42(2), 159-168.
- Breen, R. & Goldthorpe, J. H. (1997). Explaining educational differentials towards a formal rational action theory. *Rationality and society*, 9(3), 275-305.
- Breen, R., Karlson, K. B. & Holm, A. (2013). Total, direct, and indirect effects in logit and probit models. *Sociological Methods & Research*. doi: 10.1177/0049124113494572.
- Brennan, G. & McSherry, R. (2007). Exploring the transition and professional socialisation from health care assistant to student nurse. *Nurse Educational Practice*, 7(4), 206-214.
- Brodie, D. A., Andrews, G. J., Andrews, J. P., Thomas, G. B., Wong, J. & Rixon, L. (2004). Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 721-733.
- Brunetti, A. (2009). *Volkswirtschaftslehre: eine Einführung für die Schweiz*. Zürich: h.e.p.
- BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG. (2014). Fachkräftemangel in der Schweiz - Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern. Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft. Basel.
- Buchan, J. & Dal Pro, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organisation*, 80(7), 575-580.
- Buchmann, M. & Kriesi, I. (2012) Geschlechtstypische Berufswahl: Begabungszuschreibungen, Aspirationen und Institutionen. *Soziologische Bildungsforschung, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11 - Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium.
- Bundesgesetz über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz BBG) vom 13. Dezember 2002/2008 SR 412.10 (2002).
- Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 SR 235.1 (2014).

- Bundesgesetz über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz FHSG) vom 6. Oktober 1995, Stand 4. Oktober 2005 (1995).
- Bundesverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. BVM. (2011). Richtlinie zum Umgang mit Adressen in der Markt- und Sozialforschung. Berlin.
- Busch, A. K., Reuter, H. & Bauer, G. (2006). Erhebung und Bewertung der Gesundheitsverträglichkeit der Arbeitszeitmodelle Schweizer Intensivpflegestationen. *Pflege*, 19(2), 97-107
- Büscher, A., Sivertsen, B. & White, J. (2009). Nurses and Midwives: A force for health Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A. & Mancini, T. (2013). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*. 22(8), 984-994.
- Castle, N. G. & Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 46(1), 62-73.
- Castle, N. G., Engberg, J., Anderson, R. & Men, A. (2007). Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: Intent to leave and turnover. *The Gerontologist*, 47(2), 193-204.
- Cho, S.-H., Lee, J. Y., Mark, B. A. & Yun, S.-C. (2012). Turnover of new graduate nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 63-70.
- Chow, A., Eccles, J. & Salmela-Aro, K. (2012). Task value profiles across subjects and aspirations to physical and IT-related sciences in the United States and Finland. *Developmental Psychology*, 48(6), 1612-1628.
- Chow, A. & Salmela-Aro, K. (2011). Task-values across subject domains: A gender comparison using a person-centered approach. *International Journal of Behavioral Development*, 35(3), 202-209.
- chX eidgenössische Jugendbefragungen. (2010). Schweizerische Jugendbefragung 2010/2011. Bildung und Beruf, Gesundheit und Sport, Politik und öffentliches Leben: Pädagogische Hochschule Zentralschweiz, Universität Bern, Universität de Genève, Universität Zürich.
- Cohen, J. A., Palumbo, M. V., Rambur, B. & Mongeon, J. (2004). Middle school students' perceptions of an ideal career and a career in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 20(3), 202-210.
- Coleman, J. S. (1986). Social theory, social research, and a theory of action. *American journal of Sociology*, 91(6), 1309-1335.
- Combet, B. (2013). Zum Einfluss von primären und sekundären Effekten der sozialen Herkunft beim zweiten schulischen Übergang in der Schweiz. Ein Vergleich unterschiedlicher Dekompositions- und Operationalisierungsmethoden. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 35(3), 447-471.
- Cortina, J. M. (1993). What ist coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98-105.
- Criblez, L. (2008). *Bildungsraum Schweiz: Historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen*. Bern: Haupt Verlag AG.
- Crossan, F. & Ferguson, D. (2005). Exploring nursing skill mix: a review. *Journal of Nursing Management*, 13(4), 356-362.
- Daehlen, M. (2008). Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1789-1799.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-248.
- Decker, F. H., Harris-Kojetin, L. D. & Bercovitz, A. (2009). Intrinsic job satisfaction, overall satisfaction, and intention to leave the job among nursing assistants in nursing homes. *The Gerontologist*, 49(5), 596-610.
- Denzler, S. & Wolter, S. C. (2008). Unsere zukünftigen Lehrerinnen und Lehrer - Institutionelle Faktoren bei der Wahl eines Studiums an einer Pädagogischen Hochschule. Swiss leading house working paper (Band 12). Universität Zürich, Universität Bern.
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R. & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Medical Weekly*, 142: w13733. doi: 10.4414/smw.2012.13733
- Diekmann, A. (2004). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Diekmann, A. & Voss, T. (2004). Die Theorie des rationalen Handelns. Stand und Perspektiven. Rational Choice Theorie: Probleme und Perspektiven. Universität Leipzig.. Verfügbar unter http://www.uni-leipzig.de/~sozio/mitarbeiter/m27/content/eigene_site/prof.voss.public_2003b.pdf [14.3.2014]
- Dolder, P. & Grünig, A. (2009). Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Bern: GDK und OdASanté.
- Dudenverlag. (2013). *Duden*. Verfügbar unter www.duden.de [10.1.2015].
- Eccles, J. S. (1994). Understanding womens educational and occupational choices. *Psychology of Woman Quarterly*, 18(4), 585-609.
- Eccles, J. S. (2005a). Studying the development of learning and task motivation. *Learning and Instruction*, 15(2), 161-171.
- Eccles, J. S. (2005b). Subjective Task Value and the Eccles et al. Model of Achievement-Related Choices. In A. Elliot & C. Dweck (Hrsg.), *Handbook of Competence and Motivation* (S. 105-121). New York: Guilford Press.
- Edwards, R. (1981). *Herrschaft im modernen Produktionsprozeß*. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Ehmke, T. & Siegle, T. (2005). ISEI, ISCED, HOMEPOOS, ESCS. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 8(4), 521-540.
- Elizur, D. (1984). Facets of work values: A structural analysis of work outcomes. *Journal of Applied Psychology: An International Review*, 69(3), 379-389.
- Elizur, D. & Sagie, A. (1999). Facets of personal values: A structural analysis of life and work values. *Applied Psychology*, 48(1), 73-87.
- Erikson, R., Goldthorpe, J. H., Jackson, M., Yaish, M. & Cox, D. R. (2005). On class differentials in educational attainment. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(27), 9730-9733.
- Esser, H. (1999). *Soziologie. Spezielle Grundlagen: Situationslogik und Handeln* (Band 1). Frankfurt am Main: Campus.
- Esser, H. (2005). Rationalität und Bindung. Das Modell der Frame-Selektion und die Erklärung des normativen Handelns. Sonderforschungsbereich 504, Rationalitätskonzepte, Entscheidungsverhalten und ökonomische Modellierung (Band 05-16). Universität Mannheim.

- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing Research*, 59(3), 166-177.
- Feather, N. T. (1988). Values, valences, and course enrollement: Testing the role of personal values within an expectancy-valence framework. *Journal of Educational Psychology*, 80(3), 381-391.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2. Auflage). London, Thousand Oaks: SAGE.
- Fischer, R. (2013). *Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Frey, B. S. (1990). *Ökonomie ist Sozialwissenschaft: die Anwendung der Ökonomie auf neue Gebiete*. München: Vahlen.
- Furnham, A. (1988). Values and vocational choice: a study of value differences in medical, nursing and psychology Students. *Social Science Medicine*, 26(6), 613-618.
- Görres, S. (2008). Akademisierung der grundständigen Ausbildung in der Pflege. Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. *Die Schwester Der Pfleger*, 47(05), 447-452.
- Görres, S., Stöver, M., Bomball, J. & Adrian, C. (2015). Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. In: Zängl, Peter (Hrsg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*, (S. 147 – 157). Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Grob, A., Leu, E. & Kirchhoff, E. (2007). Evaluation Passerelle Berufsmaturität-Universitäre Hochschulen. Universität Basel.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational behavior and human performance*, 16(2), 250-279.
- Hadjar, A. & Berger, J. (2010). Dauerhafte Bildungsungleichheiten in Westdeutschland, Ostdeutschland und der Schweiz: Eine Kohortenbetrachtung der Ungleichheitsdimensionen soziale Herkunft und Geschlecht. *Zeitschrift für Soziologie*, 39(3), 182-201.
- Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., Lerner, N., Johantgen, M. & Gartrell, K. (2014). Associations between state regulations, training length, perceived quality and job satisfaction among certified nursing assistants: Cross-sectional secondary data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1135-1141.
- Hausmann, C. (2009). Burnout-Symptome bei österreichischen PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr. *Pflege*, 22(4), 297-308.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S. & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., North, N. & Stone, P. W. (2006a). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263.
- Hayes, L. J., Orchard, C. A., McGillis Hall, L., Nincic, V., O'Brien-Pallas, L. & Andrews, G. (2006b). Career intentions of nursing students and new nurse graduates: a review of the literature [electronic version]. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1). doi: 10.2202/1548-923X.1281.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln* (4 Auflage.). Berlin Heidelberg New York: Springer.

- Hegney, D., Plank, A. & Parker, V. (2006). Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 271-281.
- Heinemann, L. & Rauner, F. (2009): Engagement und Ausbildungsorganisation. Einstellung Bremerhavener Auszubildender zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung. Eine Studie im Auftrag der Industrie- und Handelskammer Bremerhaven. Verfügbar unter http://www.ibb.unibremen.de/fileadmin/user/A_B_Forschungsberichte/IE_Studie_Bhv_240609.pdf [1.8.2009].
- Heinz, W. R. (1991). Berufliche und betriebliche Sozialisation. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 397-415). Weinheim, Basel: Beltz.
- Heinz, W. R. (1995). *Arbeit, Beruf und Lebenslauf*. München: Juventa.
- Heinz, W. R. (2000). Selbstsozialisation im Lebenslauf. Umriss einer Theorie biographischen Handelns. *Biographische Sozialisation* (S. 165-186). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hemsley-Brown, J. & Foskett, N. H. (1999). Career desirability: Young people's perceptions of nursing as a career. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1342-1350.
- Hillmert, S. (2011). Bildung und Lebensverlauf – Bildung im Lebensverlauf. In R. Becker (Ed.), *Lehrbuch der Bildungssoziologie* (S. 223-244). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Hillmert, S. & Jacob, M. (2003). Social inequality in higher education. Is vocational training a pathway leading to or away from university? *European Sociological Review*, 19(3), 319-334.
- Hitlin, S. & Piliavin, J. A. (2004). Values: Reviving a Dormant Concept. *Annual Review of Sociology*, 30(1), 359-393.
- Hlawatsch, A. & Krickl, T. (2014). Einstellungen zu Befragungen. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 305-311). Wiesbaden: Springer Fachmedien. Verfügbar unter http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-18939-0_20#page-1 [2.12.2015].
- Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A. & Kercker-Specker, C. (2010). Professionelle Pflege in der Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht. Winterthur: ZHAW.
- Jaccard, R. H., Widmer, W., Weaver, F. & Roth, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN.
- Jones, B. D., Paretto, M. C., Hein, S. F. & Knott, T. W. (2010). An analysis of motivation constructs with first year engineering students: relationships among expectancies, values, achievement, and career plans. *Journal of Engineering Education*, 99(4), 319-336.
- Juul, S. & Frydenberg, M. (2010). *An introduction to Stata for Health Researchers* (3. Auflage). Texas: Stata Press.
- Kahnemann, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291.
- Kalleberg, A. L. (1977). Aging, values, and rewards: explaining age differences in job satisfaction. *American Sociological Review*, 48(1), 78-90.
- Kalleberg, A. L. (2003). Flexible firms and labor market segmentation: effects of workplace restructuring on jobs and workers. *Work and Occupations*, 30, 154-175.
- Kalleberg, A. L. & Griffin, L. J. (1978). Positional sources of inequality in job satisfaction. *Work and Occupations*, 5(4), 371-401.
- Kanton Aargau Departement Gesundheit und Soziales. (2013). Ausbildungsverpflichtung gegen Pflegenotstand. Spitäler, Langzeitinstitutionen und Spitex gemeinsam für mehr Pflegepersonal. Medienmitteilung. Verfügbar unter

https://www.ag.ch/de/weiteres/aktuelles/medienportal/medienmitteilung/medienmitteilungen/mediendetails_29142.jsp [18.2.2013].

- Karlson, K. B. & Holm, A. (2011). Decomposing primary and secondary effects: A new decomposition method. *Research in Social Stratification and Mobility*, 29(2), 221–237.
- Kehrbach, A. & Nowack, S. G. (2014). Bericht zum Schulversuch Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (generalistische Ausrichtung) in Bremen. Schulversuch vom 01.04.2012 bis 31.03.2014. Bremen: Der Senator für Gesundheit. Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen. Freie Hansestadt Bremen.
- Kelly, L. A., McHugh, M. D. & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41(10), 428-433.
- Kerckhoff, A. C. (1995). Institutional arrangements and stratification processes in industrial societies. *Annual Review of Sociology*, 21 (1), 323-348.
- Koch, L. F. (2012). Pflegeausbildung in den USA: Ein Vorbild? Aufbau und Zukunftstendenzen des amerikanischen "nursing education"-Systems. *Padua*, 7(3), 132-136.
- Kohler, U., Karlson, K. B. & Holm, A. (2011). Comparing coefficients of nested nonlinear probability models. *The Stata Journal*, 11(3), 420-438.
- Kohn, M. L. (1959). Social class and parental values. *American Journal of Sociology*, LXIV(4), 337-351.
- Kohn, M. L. & Schooler, C. (1969). Class, occupation, and orientation. *American Sociological Review*, 34(5), 659-678.
- Konietzka, D. (2002). Die soziale Differenzierung der Übergangsmuster in den Berufen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 54(4), 645-673.
- Konietzka, D. (2010). Berufliche Ausbildung und der Übergang in den Arbeitsmarkt. In R. Becker & W. Lauterbach (Hrsg.), *Bildung als Privileg? Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit* (S. 277-304). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y.-W., Cheng, Y. & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 71-79.
- Kroneberg, C. (2006). The definition of the situation and variable rationality: The model of frame selection as a general theory of action Sonderforschungsbereich 504. Universität Mannheim.
- Kroneberg, C. (2009). Das Modell der Frame-Selektion – Grundlagen und soziologische Anwendung einer integrativen Handlungstheorie. Inauguraldissertation, Universität Mannheim.
- Künzi, K. & Schär Moser, M. (2002). Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Synthesebericht im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (Bass), Büro für arbeits- und organisationspolitische Studien (büro a&o).
- Kuo, H. T., Yin, T. J. & Li, I. C. (2008). Relationship between organizational empowerment and job satisfaction perceived by nursing assistants at long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3059-3066.
- Lai, H.-L., Lin, Y.-P., Chang, H.-K., Chen, C.-J., Peng, T.-C. & Chang, F.-M. (2008). Is nursing profession my first choice? A follow up survey in pre-registration student nurses. *Nurse Education Today*, 28(6), 768-776.
- Lambauer, D., Prochazkova, L., Schmid, T. & Teller, S. (2004). Ausbildungen im Gesundheitsbereich in ausgewählten europäischen Ländern. Länder-Analyse. Wien: Sozialökonomische Forschungsstelle.

- Landwehr, N., Ludwig, I. & Steiner, P. (2005). Externe Evaluation "Projekt FAGE", Evaluationsbericht nach zwei Jahren. Zürich.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. Occupational stress: A handbook. In R. Crandall & P. R. Perrewé (Hrsg.), *Theoretical perspectives in occupational stress research*. Part 1. (S. 3-14). Washington: Taylor & Francis.
- Lehmann, P., Viens Python, N., Dumas, S. & Guinchard, B. (2010). Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud. Mandat du service de la santé publique. Lausanne: Haute Ecole de la Santé La Source. Haute Ecole cantonale vaudoise de la santé.
- Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J. & Landenberger, M. (2014). Bestandesaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Lent, R. W., Brown, S. D. & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45(1), 79-122.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., Hasselhorn, H. M. & European NEXT Study group. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession - prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628-635.
- Lindenberg, S. & Frey, B. S. (1993). Alternatives, frames and relative prices: a broader view of rational choice theory. *Acta Sociologica*, 36(3), 191-205.
- Lindsay, P. & Knox, W. E. (1984). Continuity and change in work values among young adults: a longitudinal study. *American Journal of Sociology*, 89(4), 918.
- Lizarondo, L., Kumar, S., Hyde, L. & Skidmore, D. (2010). Allied health assistants and what they do: A systematic review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 39(3), 143–153.
- Long, J. S. & Freese, J. (2006). *Regression models for categorical dependent variables using Stata*. College Station, TX: Stata press.
- Lopes, H., Lagoa, S. & Calapez, T. (2014). Work autonomy, work pressure, and job satisfaction: An analysis of European Union countries. *The Economic and Labour Relations Review*, 25(2), 306-326.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X. & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017-1038.
- Ludwig, I., Steudter, E. & Hulschers, H. (2012). Die Mischung macht's - Erfahrungen mit neuen Berufsprofilen Pflege in der Schweiz. *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 41(6), 29-31.
- Lüthi, U. (2010). Bachelor als Plus für die Pflegepraxis. *Krankenpflege*, 12(2010), 12-17.
- Maehr, M. L. & Braskamp, L. A. (1986). *The motivation factor: a theory of personal investment*. Lexington: Lexington Books/DC Heath and Com.
- Mahaffey, E. H. (2002). The relevance of associate degree nursing education: past, present, future. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 7(2). Verfügbar unter www.nursingworld.org/ojin/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No2May2002/RelevanceofAssociateDegree.aspx [15.10.2014].
- Maihofer, A., Bergman, M. M., Hupka-Brunner, S., Wehner, N., Schwiter, K., Huber, E. & Kanji, S. (2013). Kontinuität und Wandel von Geschlechterungleichheiten in Ausbildungs- und Berufsverläufen junger Erwachsener in der Schweiz. In: Schweizerischer Nationalfonds

- (Hrsg.), Gleichstellung der Geschlechter, Nationales Forschungsprogramm NFP 60: Universität Basel.
- Martin, P., Yarbrough, S. & Alfred, D. (2003). Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 291-296.
- May, F., Champion, V. & Austin, J. (1991). Public values and beliefs toward nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 30(7), 303-313.
- Meece, J. L., Parsons, J. E., Kaczala, C. M. & Goff, S. B. (1982). Sex differences in math achievement: toward a model of academic choice. *Psychological Bulletin*, 91(2), 324-348.
- Miers, M. E., Rickaby, C. E. & Pollard, K. C. (2007). Career choices in health care: is nursing a special case? A content analysis of survey data. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1196-1210.
- Moran, A., Enderby, P. & Nancarrow, S. (2011). Defining and identifying common elements of and contextual influences on the roles of support workers in health and social care: a thematic analysis of the literature. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1191-1199.
- Mortimer, J. T. & Lorence, J. (1979). Work experience and occupational value socialization: a longitudinal study. *American Journal of Sociology*, 84(6), 1361-1385.
- Mortimer, J. T. & Lorence, J. (1995). Social psychology of work. In K. S. Cook, G. A. Fine & J. S. House (Hrsg.), *Sociological Perspectives on Social Psychology* (S. 497-523). Boston: Allyn and Bacon.
- Mühlemann, S. (2007). *Lehrlingsausbildung - ökonomisch betrachtet: Ergebnisse der zweiten Kosten-Nutzen-Studie*. Aarau: Rüegger.
- Müller, B. & Schweri, J. (2009). Berufswechsel beim Übergang von der Lehre in den Arbeitsmarkt. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 31(2), 199-227.
- Müller, W. & Pollack, R. (2010). Weshalb gibt es so wenige Arbeiterkinder in Deutschlands Universitäten? In R. Becker & W. Lauterbach (Hrsg.), *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit* (S. 405-344). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Murray, M. & Chambers, M. (1990). Characteristics of students entering different forms of nurse training. *Journal of Advanced Nursing*, 15(9), 1099-1105.
- Muthèn, L. K. & Muthèn, B. O. (2013). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide* (Version 7.11). Los Angeles, CA: Muthen and Muthen.
- Neilson, G. R. & Jones, M. C. (2012). What predicts the selection of nursing as a career choice in 5th and 6th year school students? *Nurse Education Today*, 32(5), 588-593.
- Neuenschwander, M. P., Frey, M. & Gasser, L. (2007). Übergang in die Sekundarstufe II und Wirkungen der Berufsbildung. Zürcher Ergänzungsstudie Berufsbildung - Schlussbericht. Zürich: Jacobs Center for Productive Youth Development, Universität Zürich.
- OdA GS Aargau. (2015). Bilden Sie jetzt aus: mit dem Ausbildungsnetz der OdA GS Aargau. Verfügbar unter <http://www.oda-gsag.ch/organisation/ausbildungsnetz.html> [11.2.2015].
- OdASanté. (2013). Höhere Berufsbildung und Hochschulen. Verfügbar unter http://www.odasante.ch/News_Kompetenzenprofil_Pflege.html?open=1 [10.12.2013].
- OECD. (2003). *Tertiäre Bildungspolitik der Schweiz. Länderexamen der nationalen Bildungspolitiken*. Paris: OECD.
- OECD. (2013). *Education at a Glance: OECD Indicators*. Paris: OECD
- OECD.stat. (2013). Share of students enrolled by programme orientation and age group. OECD. Verfügbar unter OECD <http://stats.oecd.org/> [22.1.2016]

- Oertle-Bürki, C. (2000). Zuordnung der Diplomausbildungen im Gesundheitswesen zur Tertiärstufe: Einheitsdiplom Pflege, Hebamme. Positionspapier Tertiarisierung des Zentralsekretariats der Sanitätsdirektorenkonferenz. Bern: GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Oertle-Bürki, C. (2008). *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz. Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung*. Bern: Peter Lang.
- Pfeffer, F. (2008). Persistent inequality in educational attainment and its institutional context. *European Sociological Review*, 24(5), 543-565.
- Piening, D. & Rauner, F. (2008). *Innovative Berufsbildung - auf die Attraktivität für Jugendliche und Unternehmen kommt es an*. Berlin: LIT-Verlag.
- Preisendörfer, P. (1987). Organisationale Determinanten beruflicher Karrieremuster: Theorieansätze, methodische Zugangswege und empirische Befunde. *Soziale Welt*, 38(2), 211-226.
- Prestia, A. & Dyess, S. (2012). Maximizing caring relationships between nursing assistants and patients. *JONA*, 42(3), 144-147.
- Price, S. L., McGillis Hall, L., Angus, J. E. & Peter, E. (2013). Choosing nursing as a career: a narrative analysis of millennial nurses' career choice of virtue. *Nursing Inquiry*, 20(4), 305-316.
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39(3), 125-131.
- QuestBack GmbH. (2012). Umfragesoftware Unipark, verfügbar unter <http://www.unipark.com/de/umfragesoftware/> [10.12.2012].
- Rabe-Kleberg, U. (1987). *Frauenberufe - zur Segmentierung der Berufswelt*. Bielefeld: Kleine.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 175-182.
- Reimer, D. & Pollak, R. (2010). Educational expansion and its consequences for vertical and horizontal inequalities in access to higher education in West Germany. *European Sociological Review*, 26(4), 415-430.
- Reinecke, J. (2005). *Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften*. München Wien: Oldenbourg.
- Rognstad, M. & Aasland, O. (2007). Change in career aspirations and job values from study time to working life. *Journal of Nursing Management*, 15(4), 424-432.
- Rognstad, M. K., Nortvedt, P. & Aasland, O. (2004). Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. *Nursing Ethics*, 11(3), 227-239.
- Rokeach, M. (1972). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding human values. Individual and societal*. New York The Free Press.
- Ros, M., Schwartz, S. H. & Surkiss, S. (1999). Basic individual values, work values, and the meaning of work. *Applied Psychology: an International Review*, 48(1), 49-71.
- Roulin, N., Mayor, E. & Bangerter, A. (2014). How to satisfy and retain personnel despite job-market shortage: Multilevel predictors of nurses' job satisfaction and intent to leave. *Swiss Journal of Psychology*, 73(1), 13.

- Rudman, A. & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001.
- SBFI Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation. (2012). Zwischenbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe. Bern: Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation.
- SBFI Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation. (2013). Masterplan Bildung Pflegeberufe. Verfügbar unter <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01539/01541/index.html?lang=de> [10.12.2014].
- SBFI Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation. (2014). Berufsbildung in der Schweiz. Fakten und Zahlen. Bern: Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF.
- Schäfer, M. (2007). Neue Rollen und Berufe im Bereich Pflege und Betreuung: Herausforderungen und Chancen. Vortrag gehalten an der Skill- und Grademix-Konferenz. Unveröffentlichte Präsentation. Aarau: WEG Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.
- Schaffert, R. (2012). Projekt Berufskarrieren und Berufsrollen im Rahmen der neuen Ausbildungen im Pflegebereich. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Schippers, M. (2007). Recovering the feminine other: Masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theory and Society*, 36(1), 85-102.
- Schmid, E. & Gonon, P. (2011). Übergang in eine Tertiärausbildung nach einer Berufsausbildung in der Schweiz. *bwp@Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011*, Kurzvorträge, 1-17.
- Schneider, S. L. & Kogan, I. (2008). The International Standard Classification of Education 1997: Challenges in the application to national data and the implementation in cross-national surveys. *The International Standard Classification of Education (ISCED-97)*, 13-46.
- Schubert, M. & De Geest, S. (2005). Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen. *Pflege*, 18(5), 320-328.
- Schumann, S. (2011). Leistungs- und Herkunftseffekte beim Hochschulzugang in der Schweiz. *Zeitschrift für Pädagogik*, 57(2), 246-268.
- Schwarb, T., Aegerter, V. & Greiwe, S. (2002). Spitäler bald ohne Krankenschwestern und -pfleger? Eine Studie über die Berufswahl und das Image der Pflegeberufe. *Mensch-Gesellschaft-Organisation, Arbeitsgesellschaft* (1), 48.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25(1), 1-65.
- Schwartz, S. H. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied Psychology*, 48(1), 23-47.
- Schweiz am Sonntag. (2015). Verzweifelt gesucht: Pflegefachleute. Im Gesundheitswesen und bei handwerklichen Berufen ist der Fachkräftemangel am grössten. Aargauer Zeitung,(S. 2). Verfügbar unter Pressespiegel Gesundheitswesen <http://www.infonlinemed.ch> [7.1.2015].
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. (2015). Parlamentarische Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Verfügbar unter <http://www.sbk.ch/politik/aktuelle-schwerpunkte.html> [8.1. 2015].
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). (2014). Schülerbeurteilung: Noten, Lernbericht, andere Verfahren. Verfügbar unter <http://www.edk.ch/dyn/15780.php> [10.1.2015].

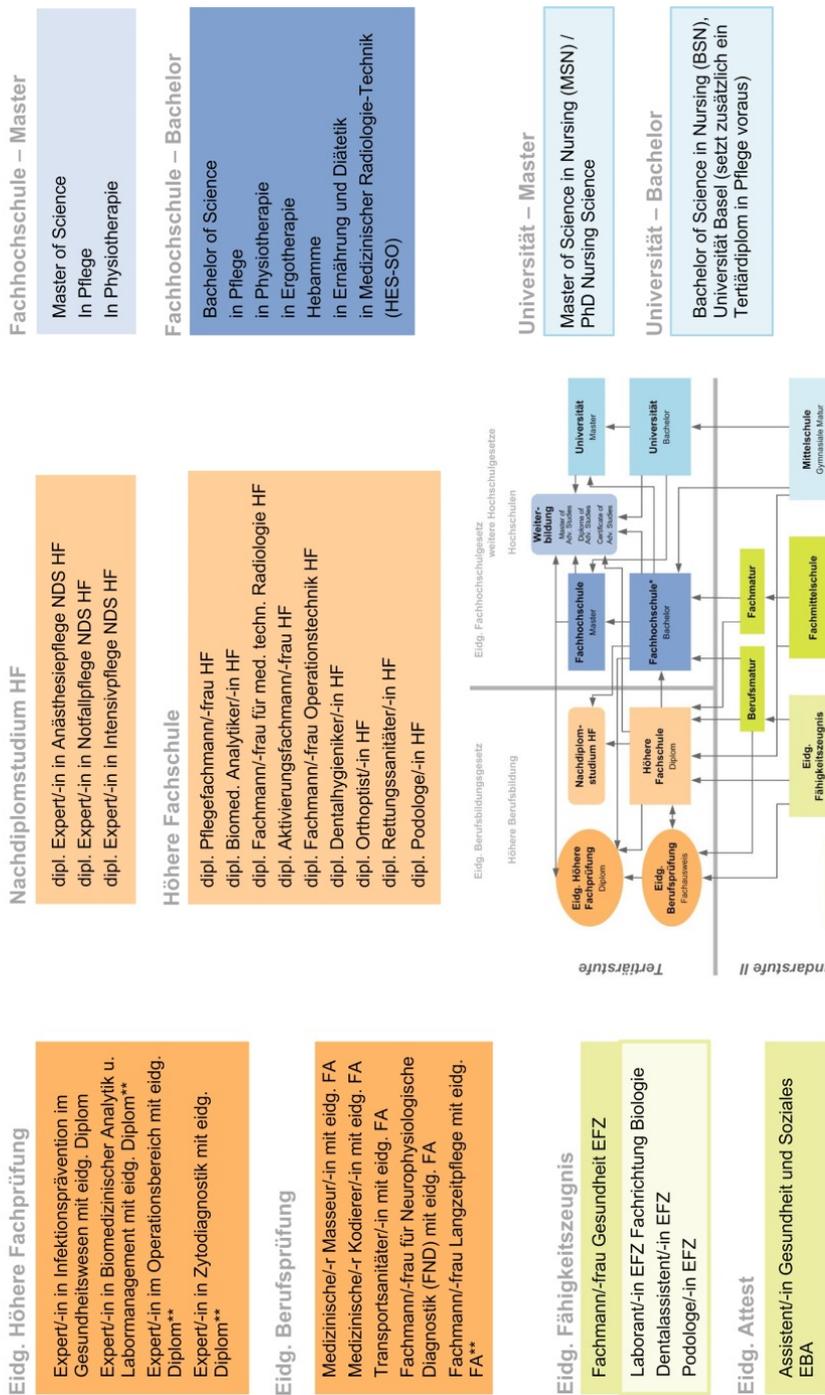
- Schweri, J., Mühlemann, S., Pescio, Y., Walther, B., Wolter, S. C. & Zürcher, L. (2003). *Kosten und Nutzen der Lehrlingsausbildung aus der Sicht Schweizer Betriebe*. Aarau: Rüegger.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52(3), 150-158.
- Sengenberger, W. (1987). Arbeitsmarktsegmentation und Macht. In F. Buttler, K. Gerlach & R. Schmiede (Hrsg.), *Arbeitsmarkt und Beschäftigung : neuere Beiträge zur institutionalistischen Arbeitsmarktanalyse* (S. 95-120). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Severinsson, E. & Sand, Å. (2010). Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 669-677.
- Shavit, Y., Arum, R., Gamoran, A. & Menachem, G. (2007). Stratification in higher education: A comparative study. Stanford: University Press.
- Shields, M. A. (2004). Addressing nurse shortages: What can policy makers learn from the econometric evidence on nurse labour supply? *The Economic Journal*, 114(499), F464-F498.
- SKBF/CSRE Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung. (2010). Bildungsbericht Schweiz 2010. Aarau: SKBF / CRSE.
- SKBF/CSRE Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung. (2014). Bildungsbericht Schweiz 2014. Aarau: SKBF / CRSE.
- Spirig, R., Panfil, E. M., Meyer, G. & Schrems, B. (2010). 10 Jahre Advanced Nursing Practice in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. *Pflege*, 23(6), 363-373.
- Spitzer, A. & Perrenoud, B. (2006). Reforms in nursing education across western europe: from agenda to practice. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 150-161.
- Spitzer, A. & Perrenoud, B. (2007). Reforming the Swiss nurse education system: a policy review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 624-634.
- Stalder, B. E. (2003). Schule, Arbeit, Ausbildungszufriedenheit. In BFS/TREE (Hrsg.), *Wege in die nachobligatorische Ausbildung. Die ersten zwei Jahre nach Austritt aus der obligatorischen Schule. Zwischenergebnisse des Jugendlängsschnitts TREE*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- SRK. (2000) Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Berufsbildung.
- Steppe, H. (2000a). Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. *Pflege* 13(2), 77-83.
- Steppe, H. (2000b). Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. *Pflege* 13(2), 85-90.
- Stevens, J. A. (2011). Student nurses' career preferences for working with older people: A replicated longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 944-951.
- Stimpfel, A. W., Rosen, J. E. & McHugh, M. D. (2014). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet® and non-magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 44(1), 10-16.
- Stocké, V. (2007). Explaining educational decision and effects of families' social class position: An empirical test of the Breen–Goldthorpe model of educational attainment. *European Sociological Review*, 23(4), 505-519.
- Super, D. E. (1953). *A Theory of Vocational Development*. The American Psychologist, 8(5), 185-190.
- Super, D. E. & Sverko, B. (1995). *Life roles, values and careers. International findings of the work importance study*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Terwey, M., Baumann, H. & Blohm, M. (2011). Forschungsdatenzentrum ALLBUS: Jahresbericht 2010. Köln: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Thorpe, K. & Loo, R. (2003). The values profile of nursing undergraduate students: implications for education and professional development. *Journal of Nursing Education*, 42 (2), 83-90.
- Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students - a fact-finding sample survey. *Nurse Education Today*, 3(22), 203-211.
- Tourangeau, A., Cranley, L., Spence Laschninger, H. K. & Pachis, J. (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1060-1072.
- Trautwein, U., Marsh, H. W., Nagengast, B., Ludtke, O., Nagy, G. & Jonkmann, K. (2012). Probing for the multiplicative term in modern expectancy - value theory: a latent interaction modeling study. *Journal of Educational Psychology*, 104(3), 763-777.
- Trautwein, U., Nagengast, B., Marsh, H. W., Gaspard, H., Dicke, A.-L., Ludtke, O. & Jonkmann, K. (2013). Expectancy-Value Theory Revisited. In D. M. McInerney, H. Marsh, R. G. Craven & F. Guay (Hrsg.), *Theory Driving Research. New Wave Perspectives On Self-Processes And Human Development* (S. 233-249). Charlotte: Information Age Publishing.
- Trede, I. (2010). Berufs- und Bildungswahl von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit nach ihrer beruflichen Grundbildung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB IFFP IUFFP.
- Trede, I. & Kriesi, I. (2013). Berufliche Grundbildung Fachleute Gesundheit in der Schweiz: Laufbahnziel oder Sprungbrett? *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 42(4), 14-19.
- Trede, I., & Kriesi, I. (2014). How do gender and migration background affect transitions into different tracks of tertiary healthcare education? Paper presented at the international Conference "Gender and Migration in different tracks of higher education", Zollikofen.
- Trede, I. & Schweri, J. (2012). Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Resultate der ersten Befragung zu den Laufbahnabsichten. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB IFFP IUFFP.
- Trede, I. & Schweri, J. (2013a). Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Resultate der zweiten Befragung zu den Laufbahnentscheidungen. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB IFFP IUFFP.
- Trede, I. & Schweri, J. (2013b). Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Zusammenfassende Erkenntnisse und Bewertung. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB IFFP IUFFP.
- Trede, I. & Schweri, J. (2014). Work values and intention to become a registered nurse among healthcare assistants. *Nurse Education Today*, 34(6), 948-953.
- TREE. (2008). Konzepte und Skalen. Befragungswellen 1 bis 7. Bern/Basel: TREE.
- Turnbull, C., Grimmer-Somers, K., Kumar, S., May, E., Law, D. & Ashworth, E. (2009). Allied, scientific and complementary health professionals: a new model for Australian allied health. *Australian Health Review*, 33(1), 27-37.
- UNESCO. (1997). International Standard Classification of Education I S C E D 1997. Verfügbar unter http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscled_1997.htm [7.1.2015].
- Unruh, L. & Zhang, N. J. (2013). The role of work environment in keeping newly licensed RNs in nursing: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1678-1688.

- Verordnung über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit / Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis EFZ vom 13. November 2008, SR 412.101.220.96 C.F.R. (2008).
- Van den Berg, T. I., Landeweerd, J., Tummers, G. E. & van Merode, G. G. (2006). A comparative study of organisational characteristics, work characteristics and nurses' psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 491-505.
- Waldie, J. (2010). Healthcare assistant role development: a literature review. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 4(2), 61-72.
- Watermann, R. (2000). Berufliche Wertorientierungen im Wandel: eine Kohortenanalyse zur Dynamik arbeitsbezogener Einstellungen anhand von ALLBUS- und ISSP-Umfragedaten. München: ISF, Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung eV.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weis, D. & Schank, M. J. (2000). An instrument to measure professional nursing values. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 291-296.
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). Erklärung von München - Pflegende und Hebammen - ein Plus für Gesundheit. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- White, H. C. (1970a). Matching, vacancies, and mobility. *The Journal of Political Economy*, 78(1), 97-105.
- White, H. C. (1970b). Stayers and movers. *American Journal of Sociology*, 76(2), 307-324.
- Wigfield, A. & Cambria, J. (2010). Students' achievement values, goal orientations, and interest: definitions, development, and relations to achievement outcomes. *Developmental Review*, 30(1), 1-35.
- Wigfield, A. & Eccles, J. (1992). The development of achievement task values: a theoretical analysis. *Developmental Review*, 12(3), 265-310.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2000). Expectancy-value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 68-81.
- Wooldridge, J. M. (2008). *Introductory econometrics* (4. Auflage.). Canada: South-Western cengage learning.
- Wotschack, P., Scheier, F., Schulte-Braucks, P. & Solga, H. (2011). Beruf und Bildung vereinbaren: Neue Arbeitszeitmodelle gegen den Fachkräftemangel. Berlin: WZB.
- Zimmermann, M., Wild, K.-P. & Müller, W. (1999). Das »Mannheimer Inventar zur Erfassung betrieblicher Ausbildungssituationen« (MIZEBA). *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 95(3), 373-402.
- Zimmermann, M., Müller, W. & Wild, K.-P. (1994). Entwicklung und Überprüfung des Mannheimer Inventars zur Erfassung betrieblicher Ausbildungssituationen (MIZEBA). Forschungsberichte aus dem Otto-Selz-Institut für Psychologie und Erziehungswissenschaft Nr. 31. Universität Mannheim.
- Zosso, B. (2006). Gleichwertig und gleichartig? Eine vergleichende Untersuchung der Entstehung der Fachhochschulen in der Schweiz. Chavannes-près-Renens: Institut de hautes études en administration publique IDHEAP.
- Zuniga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). SHURP - Swiss Nursing Homes Human Resources Project Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz,. Verfügbar unter <http://nursing.unibas.ch/shurp> [3.2.2015].

A.V Ergänzende Tabellen und Grafiken

A.V.1 Bildungssystematik der Schweizer Gesundheitsberufe



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind Zusatzmodule erforderlich, gemäss Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.3.04, GDK.
 ** Projekt in Erarbeitung, Arbeitsstiel

Bemerkungen: Verwendet mit Genehmigung der OdASanté (2014)

A.V.2 *Samplebeschreibung: soziale Merkmale, Versorgungsbereich und Betriebsgrösse*

Soziale Merkmale, Versorgungsbereich und Betriebsgrösse

	N	%
Mann	65	6
Frau	978	94
20+J.	336	32
17-19J.	707	68
BFS Note < 5.2	520	50
BFS note \geq 5.2	523	50
Schulabschluss höher als Realschule	735	70
Realschulabschluss	308	30
BMS nicht vorhanden	892	86
BMS vorhanden	151	14
Tiefer/mittlerer SES des Elternhaus	706	68
hoher SES des Elternhaus	337	32
In der Schweiz geboren	940	90
Im Ausland geboren	102	10
Ausbildungsort		
deutschsprachige CH	884	85
französischsprachige CH	140	13
italienischsprachige CH	19	2
Versorgungsauftrag des Ausbildungsbetriebs		
Akut	393	38
Langzeit	460	44
Anderes	190	18
Betriebsgrösse		
mittlerer oder kleiner Betrieb	699	67
Grosser Betrieb	344	33

Bemerkungen: total n = 1043

A.V.3 *Samplebeschreibung: Arbeitswerte, Kostenwahrnehmung, Arbeitsaufgabenqualität*

Variable	N	Mean	SD	Min	max
Extrinsische Werte	1043	3.4	0.5	1.25	4
Intrinsische Werte	1043	3.6	0.4	1.25	4
Prestigeorientierte Werte	1043	3.2	0.8	1	4
Patientenorientierte Werte	1043	3.5	0.6	1	4
Familienorientierte Werte	1043	3.8	0.4	1.5	4
Gesamtindex Arbeitsaufgabenqualität	1040	4.8	0.6	2.3	6
Vielseitigkeit	1040	4.9	0.8	1.7	6
Anforderungspassung	1040	4.9	0.8	1.3	6
Qualität Lernbegleitung	1041	4.9	1.0	1.0	6
Handlungsspielraum	1041	4.8	0.9	1.0	6
Psychophys. Stressbelastung	1041	2.5	0.9	1.0	6
Extrinsische Kosten	1028	-1.02	0.95	-4.7	2.5
Erwartungen_fage	1041	4.12	0.87	1	6
Erwartungen_pflegetertiär	1020	5.14	0.68	2	6
Intrinsische Kosten	1021	-0.96	0.87	-4.3	1.75
Erwartungen_fage	1041	4.48	0.89	1	6
Erwartungen_pflegetertiär	1031	5.45	0.55	2.3	6
Patientenorient. Kosten	1023	0.63	1.14	-4	5
Erwartungen_fage	1041	5.62	0.61	2	6
Erwartungen_pflegetertiär	1025	4.99	1.08	1	6
Familienorientierte Kosten	1027	0.11	0.74	-3	4
Erwartungen_fage	1043	4.22	1.10	1	6
Erwartungen_pflegetertiär	1027	3.32	1.05	1	6
Prestigeorientierte Kosten	994	-0.84	1.06	-5	2
Erwartungen_fage	1040	4.60	1.12	1	6
Erwartungen_pflegetertiär	1043	5.47	0.70	1	6
Kostenwahrnehmungen mit imputierten Werten					
Extrinsische Kosten	1039	-1.01	0.89	-4.7	2
Intrinsische Kosten	1039	-0.97	0.85	-4.3	1.8
Prestigeorientierte Kosten	1039	-0.84	1.03	-5	2
Patientenorient. Kosten	1039	0.63	1.13	-4	5
Familienorientierte Kosten	1039	0.11	0.71	-3	4

Bemerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, total *n* = 1043

A.V.4 Korrelationen: betriebliche und soziodemografische Merkmale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Passung Arbeitsaufgaben 1-6	1															
2 Vielfalt Arbeitsaufgaben 1-6	0.6	1														
3 Stressbelastung 1-6	-0.3	-0.1	1													
4 Bezugsperson Info 1-6	0.5	0.3	-0.2	1												
5 Handlungsspielraum Pflege 1-6	0.3	0.2	-0.1	0.2	1											
6 Handlungsspielraum Medizintechnik 1-6	0.4	0.3	-0.1	0.2	0.2	1										
7 Akutkrankenhaus 1/0	0.1	0.2	-0.1	0.1	-0.1	0.4	1									
8 Grossbetrieb 1/0	-0.1							1								
9 Frau 1/0									1							
10 17-19J im 3.Lehrjahr 1/0				0.1		0.1	0.2		0.1	1						
11 Geburtsort nicht CH 1/0			0.1	-0.1		-0.1				-0.2	1					
12 Hoher SES Elternhaus 1/0	-0.1	-0.1		-0.1						0.1		1				
13 Schulabschluss mit Grundanf. 1/0							-0.2			-0.1		-0.1	1			
14 Mit Berufsmatur 1/0	-0.1					0.1	0.3			0.1		0.1	-0.3	1		
15 Schulnote \geq 5.2 T1 1/0			-0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	-0.1	0.1				-0.1	0.2	1	
16 Ausbildungsort Romandie 1/0		0.1	-0.1	-0.1			-0.1		-0.1	-0.2	0.1	-0.1			-0.2	1

Bemerkungen: Pearson's Korrelationskoeffizient. Nur signifikante Korrelationen gezeigt, $p < 0.05$. $n = 1043$

A.V.5 Korrelationen: Werte, Geschlecht und sozioökonomischer Status des Elternhauses

A Berufliche Werte nach Geschlecht

	Total	SD	Männer n=65	SD	Frauen n=978	SD	p
extrinsisch	3.4	0.5	3.5	0.4	3.4	0.5	0.005
intrinsisch	3.6	0.4	3.7	0.3	3.6	0.4	0.786
familienorientiert	3.8	0.4	3.6	0.7	3.8	0.4	0.000
prestigeorientiert	3.2	0.8	3.4	0.7	3.2	0.8	0.013
patientenorientiert	3.5	0.6	3.4	0.7	3.5	0.6	0.093

Bemerkungen: n = 1043, Skala 1 = wenig wichtig bis 4 = sehr wichtig; linke Spalte Mittelwert, rechte Spalte SD = Standardabweichung, Signifikanzprüfung mit T-Test

B Berufliche Werte nach sozioökonomischen Status des Elternhauses

	Total	SD	mittlerer/tiefer SES n=706	SD	Hoher SES n=337	SD	p
extrinsisch	3.4	0.5	3.4	0.5	3.3	0.5	0.129
intrinsisch	3.6	0.4	3.6	0.4	3.7	0.3	0.184
familienorientiert	3.8	0.4	3.8	0.4	3.8	0.4	0.482
prestigeorientiert	3.2	0.8	3.2	0.7	3.1	0.8	0.011
patientenorientiert	3.5	0.6	3.5	0.6	3.5	0.6	0.074

Bemerkungen: n = 1043, Skala 1 = wenig wichtig bis 4 = sehr wichtig; linke Spalte Mittelwert, rechte Spalte SD = Standardabweichung, Signifikanzprüfung mit T-Test

A.V.6 Korrelationen: Kostenwahrnehmung, Geschlecht und sozialer Status des Elternhauses

A Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium nach Geschlecht

	Total n=983	SD	Männer n=63	SD	Frauen n=965	SD	p
extrinsisch	-1	1	-1.0	0.8	-1.0	1.0	0.842
intrinsisch	-1	0.9	-0.7	0.8	-1.0	0.9	0.004
familienorientiert	0.1	0.7	0.2	0.6	0.1	0.7	0.252
prestigeorientiert	-0.8	1.1	-0.8	1.0	-0.8	1.1	0.387
patientenorientiert	0.2	0.9	0.2	1.0	0.2	0.9	0.275

Bemerkungen: n = 983 (nicht imputierte Kostenvariablen), Skala -5 = sehr tiefe bis +5 = sehr hohe Kosten, linke Spalte Mittelwert, rechte Spalte SD = Standardabweichung, Signifikanzprüfung mit T-Test.

B Kostenwahrnehmung für ein Pflegestudium nach sozioökonomischem Status des Elternhauses

	Total n=983	SD	mittlerer/tiefer SES n=706	SD	Hoher SES n=337	SD	p
extrinsisch	-1	1	-1.0	1.0	-1.0	0.9	0.537
intrinsisch	-1	0.9	-0.9	0.9	-1.0	0.9	0.030
familienorientiert	0.1	0.7	0.1	0.8	0.2	0.7	0.062
prestigeorientiert	-0.8	1.1	-0.9	1.1	-0.8	1.0	0.065
patientenorientiert	0.2	0.9	0.2	0.9	0.2	0.9	0.184

Bemerkungen: n = 983 (nicht imputierte Kostenvariablen), Skala -5 = sehr tiefe bis +5 = sehr hohe Kosten, linke Spalte Mittelwert, rechte Spalte SD = Standardabweichung, Signifikanzprüfung mit T-Test.

A.V.7 Vergleichstabelle zu Tab. Nr. 13: FH-Studierende Pflege in Option FH

Multinomiale logistische Regression: Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen

	FaGe (Ref.)	Modell 1 RRR (SE)			Modell 2 RRR (SE)			Modell 3 RRR (SE)		
		HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere	HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere	HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere
Frau	1	3.32*** (1.42)	0.50** (0.16)	0.68 (0.25)	2.89** (1.26)	0.43** (0.14)	0.59 (0.22)	2.05 (0.92)	0.43** (0.15)	0.58 (0.22)
Hoher SES Elternhaus	1	1.07 (0.17)	1.65** (0.33)	1.27 (0.27)	1.03 (0.17)	1.36 (0.28)	1.11 (0.24)	0.92 (0.16)	1.47* (0.32)	1.14 (0.25)
Schulabschluss Grundanforderungen	1				0.69** (0.12)	0.52** (0.13)	0.98 (0.23)	0.71** (0.12)	0.57** (0.15)	1.03 (0.25)
Schulnote \geq 5.2 (überdurchschnittlich)	1				2.39*** (0.36)	1.17 (0.24)	1.42* (0.30)	2.17*** (0.34)	1.35 (0.29)	1.51* (0.32)
Mit Berufsmatur	1				0.67 (0.18)	3.56*** (0.93)	3.52*** (0.98)	0.57** (0.16)	3.28*** (0.89)	3.35*** (0.95)
Migrationshintergrund	1							0.52** (0.17)	1.57 (0.52)	1.41 (0.45)
17-19Jahre alt im 3.Lehrjahr	1							2.24*** (0.40)	3.64*** (0.93)	1.75** (0.41)
Romandie (Ausbildungsort)	1							0.09*** (0.05)	3.42*** (0.89)	1.69* (0.47)
Konstante		0.24*** (0.10)	0.53** (0.17)	0.40*** (0.14)	0.21*** (0.09)	0.57* (0.19)	0.33*** (0.12)	0.22*** (0.10)	0.15*** (0.06)	0.20*** (0.08)
N		1,043			1,043			1,042		
Pseudo R ²		0.01			0.05			0.11		

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

A.V.8 Vergleichstabelle zu Tabelle Nr. 17: FH-Studierende Pflege in Option FH

Multinomiale logistische Regression: Entscheidung zwischen verschiedenen Tertiäroptionen

	FaGe (Ref.)	Modell 1 RRR (SE)			Modell 2 RRR (SE)			Modell 3 RRR (SE)		
		HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere	HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere	HF Pflege	FH/BMS Gesundheit	Andere
Frau	1	3.32*** (1.42)	0.50** (0.16)	0.68 (0.25)	2.89** (1.26)	0.43** (0.14)	0.59 (0.22)	2.05 (0.92)	0.43** (0.15)	0.58 (0.22)
Hoher SES Elternhaus	1	1.07 (0.17)	1.65** (0.33)	1.27 (0.27)	1.03 (0.17)	1.36 (0.28)	1.11 (0.24)	0.92 (0.16)	1.47* (0.32)	1.14 (0.25)
Schulabschluss Grundanforderungen	1				0.69** (0.12)	0.52** (0.13)	0.98 (0.23)	0.71** (0.12)	0.57** (0.15)	1.03 (0.25)
Schulnote \geq 5.2 (überdurchschnittlich)	1				2.39*** (0.36)	1.17 (0.24)	1.42* (0.30)	2.17*** (0.34)	1.35 (0.29)	1.51* (0.32)
Mit Berufsmatur	1				0.67 (0.18)	3.56*** (0.93)	3.52*** (0.98)	0.57** (0.16)	3.28*** (0.89)	3.35*** (0.95)
Migrationshintergrund	1							0.52** (0.17)	1.57 (0.52)	1.41 (0.45)
17-19Jahre alt im 3.Lehrjahr	1							2.24*** (0.40)	3.64*** (0.93)	1.75** (0.41)
Romandie (Ausbildungsort)	1							0.09*** (0.05)	3.42*** (0.89)	1.69* (0.47)
Konstante		0.24*** (0.10)	0.53** (0.17)	0.40*** (0.14)	0.21*** (0.09)	0.57* (0.19)	0.33*** (0.12)	0.22*** (0.10)	0.15*** (0.06)	0.20*** (0.08)
n		1,043			1,043			1,042		
Pseudo R ²		0.01			0.05			0.11		

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

A.V.9 Ergänzung zu Tab. Nr. 19: Arbeitsaufgaben und Bildungs- und Berufsentscheidungen, Referenzgruppe Pflege

	FaGe	Ref. HF/FH Pflege	FH/BMS Anderer G-Beruf	Anderes
Index Arbeitsaufgaben	0.81 (0.11)	1	0.86 (0.17)	0.60*** (0.11)
Psychophysische Stressbelastung im Betrieb	1.18* (0.11)	1	1.03 (0.14)	1.22 (0.15)
Pflegeheim (Ref. Akutspital)	1.26 (0.22)	1	0.82 (0.22)	0.94 (0.24)
Anderer Betrieb (Ref. Akutspital)	1.13 (0.26)	1	1.15 (0.38)	1.01 (0.32)
Grossbetrieb	1.09 (0.17)	1	1.61** (0.37)	1.12 (0.25)
Frau	0.42* (0.19)	1	0.16*** (0.08)	0.25*** (0.12)
Hoher SES Elternhaus	1.09 (0.18)	1	1.93*** (0.45)	1.19 (0.27)
Schulabschluss Grundanford.	1.41** (0.24)	1	0.87 (0.25)	1.48 (0.38)
Schulnote \geq 5.2 überdurchschn.	0.51*** (0.08)	1	0.69 (0.16)	0.80 (0.18)
Mit Berufsmatur	0.98 (0.25)	1	1.38 (0.44)	3.13*** (0.89)
Geburtsort nicht CH	1.61 (0.49)	1	2.54** (1.03)	2.16** (0.82)
17-19J im 3.Lehrjahr	0.44*** (0.08)	1	1.34 (0.39)	0.76 (0.20)
Romandie	2.85*** (0.86)	1	7.26*** (2.60)	4.64*** (1.68)
Konstante	7.88** (7.22)	1	1.56 (1.99)	6.80* (7.90)
n	1,039	1,039	1,039	1,039
Pseudo R ²	0.0880	0.0880	0.0880	0.0880

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios. Standardfehler in Klammern, Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

A.V.10 Ergänzung zu Tabelle Nr. 23: Modell Werte und Kostenerwartungen und Berufs- und Bildungsentscheidungen

Werte und Kostenerwartungen und Berufs- und Bildungsentscheidungen

Referenzgruppe	Modell 1				Modell 2			Modell 3		
	FaGe	Pflege	FH/BMS	Anderes	Pflege	FH/BMS	Anderes	Pflege	FH/BMS	Anderes
Werte extrinsisch	1	1.583** (0.287)	1.616* (0.425)	0.788 (0.185)	1.525** (0.280)	1.700** (0.458)	0.819 (0.196)	1.854*** (0.368)	1.885** (0.530)	0.913 (0.231)
Werte intrinsisch	1	0.882 (0.218)	1.110 (0.384)	1.873* (0.632)	0.754 (0.190)	0.975 (0.345)	1.880* (0.651)	0.728 (0.197)	0.855 (0.319)	1.691 (0.606)
Werte Vereinbarkeit Beruf/Privat	1	0.925 (0.174)	0.678 (0.165)	0.983 (0.253)	0.959 (0.183)	0.691 (0.172)	0.962 (0.250)	0.745 (0.155)	0.769 (0.201)	0.985 (0.262)
Wert Anerkennung	1	0.918 (0.104)	0.907 (0.145)	0.996 (0.154)	0.925 (0.106)	0.876 (0.142)	0.987 (0.153)	0.988 (0.120)	0.851 (0.144)	1.008 (0.162)
Wert Patientenkontakt	1	1.649*** (0.236)	0.888 (0.165)	0.654*** (0.107)	1.627*** (0.238)	0.932 (0.176)	0.706** (0.118)	1.680*** (0.264)	0.856 (0.171)	0.663** (0.117)
Kosten extrinsisch	1	0.910 (0.083)	0.824 (0.107)	0.925 (0.116)	0.891 (0.082)	0.813 (0.106)	0.916 (0.114)	0.816** (0.080)	0.815 (0.113)	0.898 (0.117)
Kosten intrinsisch	1	0.634*** (0.068)	0.918 (0.143)	0.837 (0.123)	0.632*** (0.071)	0.986 (0.159)	0.932 (0.141)	0.727*** (0.087)	1.080 (0.181)	0.983 (0.153)
Kosten familienorientiert	1	0.728*** (0.079)	0.960 (0.144)	0.906 (0.131)	0.705*** (0.079)	0.884 (0.137)	0.862 (0.127)	0.712*** (0.084)	0.834 (0.136)	0.825 (0.123)
Kosten prestigeorientiert	1	1.067 (0.089)	1.104 (0.136)	1.057 (0.122)	1.059 (0.090)	1.109 (0.139)	1.073 (0.124)	0.969 (0.088)	1.067 (0.138)	1.083 (0.129)
Kosten patientenorientiert	1	0.844** (0.062)	1.055 (0.105)	1.128 (0.105)	0.861** (0.065)	1.129 (0.114)	1.160 (0.109)	0.876 (0.071)	1.092 (0.117)	1.173 (0.116)

Bemerkungen: Fortsetzung der Tabelle auf der Folgeseite

Fortsetzung von Vorderseite	Modell 1				Modell 2			Modell 3		
	FaGe	Pflege	FH/BMS	Anderes	Pflege	FH/BMS	Anderes	Pflege	FH/BMS	Anderes
Pflegeheim (Ref. Akutspital)	1				0.709*	0.476***	0.536**	0.964	0.667	0.741
					(0.131)	(0.129)	(0.136)	(0.195)	(0.193)	(0.201)
Anderer Betrieb (Ref. Akutspital)	1				0.804	0.846	0.641	1.111	1.085	0.810
					(0.185)	(0.265)	(0.200)	(0.278)	(0.370)	(0.269)
Grossbetrieb	1				0.854	1.425	0.960	0.866	1.383	0.995
					(0.136)	(0.322)	(0.210)	(0.147)	(0.327)	(0.225)
Index Arbeitsaufgabenqualität					1.529***	1.095	0.727*	1.356**	1.077	0.727*
					(0.214)	(0.210)	(0.122)	(0.202)	(0.216)	(0.126)
Frau								2.015	0.354***	0.492*
								(0.963)	(0.137)	(0.198)
Hoher SES Elternhaus								0.910	1.709**	0.907
								(0.165)	(0.417)	(0.219)
Schulabschluss Grundanford.								0.675**	0.414***	0.935
								(0.127)	(0.125)	(0.242)
Schulnote \geq 5.2 (überdurchschn.)								2.146***	1.451	1.698**
								(0.368)	(0.357)	(0.393)
Mit Berufsmatur								1.072	1.396	3.302***
								(0.285)	(0.473)	(1.012)
Geburtsort nicht CH								0.374***	1.255	1.327
								(0.128)	(0.484)	(0.458)
17-19J im 3.Lehrjahr								2.549***	3.403***	1.567*
								(0.490)	(0.992)	(0.391)
Romandie								0.344***	2.374***	1.465
								(0.113)	(0.748)	(0.458)
Konstante		0.061***	0.257	0.243	0.017***	0.241	1.327	0.006***	0.205	1.071
		(0.062)	(0.337)	(0.318)	(0.020)	(0.378)	(2.010)	(0.009)	(0.349)	(1.729)
n		978	978	978	975	975	975	974	974	974
Pseudo R ²		0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.14	0.14	0.14

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios. Standardfehler in Klammern, Signifikanzniveau

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

A.V.11 Ergänzung Tabelle Nr.23: Werte und Kostenerwartungen mit zwei Referenzgruppen

mlogit

	Referenz: FaGe			Ref. Pflege	FaGe		
	Pflege	FH/BMS	Anderes		Modell 1: RRR (SE)	FH/BMS	Anderes
Werte extrinsisch	1.874*** (0.357)	1.836** (0.494)	1.002 (0.242)		0.534*** (0.102)	0.980 (0.276)	0.535** (0.139)
Werte intrinsisch	0.730 (0.189)	0.769 (0.270)	1.452 (0.485)		1.370 (0.355)	1.053 (0.388)	1.989* (0.712)
Werte familienorientiert	0.748 (0.149)	0.756 (0.188)	1.001 (0.255)		1.337 (0.266)	1.011 (0.266)	1.338 (0.364)
Werte prestigeorientiert	0.992 (0.114)	0.896 (0.145)	0.993 (0.152)		1.008 (0.116)	0.903 (0.151)	1.002 (0.162)
Werte patientenorientiert	1.603*** (0.240)	0.919 (0.174)	0.670** (0.112)		0.624*** (0.093)	0.573*** (0.117)	0.418*** (0.078)
Extrinsische Kosten	0.766*** (0.079)	0.812 (0.119)	0.952 (0.130)		1.305*** (0.134)	1.059 (0.160)	1.241 (0.177)
Intrinsische Kosten	0.745** (0.089)	1.096 (0.182)	0.959 (0.148)		1.342** (0.160)	1.471** (0.251)	1.288 (0.207)
Patientenorientierte Kosten	0.871* (0.068)	1.144 (0.115)	1.143 (0.107)		1.148* (0.089)	1.312** (0.142)	1.312*** (0.135)
Prestigeorientierte Kosten	0.975 (0.087)	1.052 (0.134)	1.074 (0.127)		1.025 (0.092)	1.079 (0.142)	1.101 (0.136)
Familienorientierte Kosten	0.715*** (0.085)	0.877 (0.141)	0.804 (0.121)		1.398*** (0.167)	1.225 (0.210)	1.124 (0.184)
Kosten_missing values	0.628 (0.222)	1.115 (0.468)	0.926 (0.381)		1.593 (0.562)	1.776 (0.847)	1.475 (0.702)
Pflegeheim (vs. Akutspital)	0.942 (0.186)	0.596* (0.166)	0.752 (0.198)		1.062 (0.209)	0.633 (0.182)	0.799 (0.220)
Anderer Betrieb (vs. Akutspital)	1.076 (0.262)	1.004 (0.329)	0.889 (0.282)		0.929 (0.226)	0.933 (0.317)	0.827 (0.275)
Grossbetrieb (vs. mittlerer/kleiner)	0.863 (0.141)	1.512* (0.342)	0.978 (0.212)		1.159 (0.189)	1.752** (0.413)	1.133 (0.260)
Index Arbeitsaufgaben	1.387** (0.204)	1.120 (0.220)	0.771 (0.134)		0.721** (0.106)	0.807 (0.168)	0.556*** (0.106)
Frau	2.437* (1.134)	0.418** (0.153)	0.604 (0.235)		0.410* (0.191)	0.172*** (0.086)	0.248*** (0.131)
Hoher SES Elternhaus	0.979 (0.171)	1.842*** (0.432)	1.042 (0.240)		1.022 (0.179)	1.882*** (0.456)	1.064 (0.256)
Realschulabschluss	0.781 (0.141)	0.590* (0.162)	1.011 (0.249)		1.280 (0.231)	0.756 (0.218)	1.295 (0.341)
Schulnote \geq 5.2	2.030*** (0.336)	1.418 (0.335)	1.533* (0.341)		0.493*** (0.082)	0.699 (0.171)	0.755 (0.177)
Mit Berufsmatur	1.093 (0.285)	1.533 (0.506)	3.269*** (0.970)		0.915 (0.238)	1.402 (0.462)	2.991*** (0.898)
Migrationshintergrund	0.446** (0.143)	1.440 (0.523)	1.357 (0.453)		2.240** (0.718)	3.227*** (1.367)	3.039*** (1.218)
17-19J im 3.Lehrjahr	2.390*** (0.441)	3.131*** (0.861)	1.707** (0.411)		0.418*** (0.077)	1.310 (0.388)	0.714 (0.189)
Romandie	0.360*** (0.114)	2.562*** (0.763)	1.702* (0.505)		2.777*** (0.879)	7.113*** (2.650)	4.725*** (1.790)
Konstante	0.005*** (0.007)	0.149 (0.243)	0.760 (1.182)		189.3*** (247.95)	28.157* (50.241)	143.8*** (249.5)
	1,039	1,039	1,039				

Pseudo R²

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

A.V.12 *Intrinsische Werte, Arbeitsmarktsegment und Entscheidung (Interaktionsmodell)*

*Interaktionsmodell intrinsische Werte*Versorgungsbereich*

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	RRR (SE)			RRR (SE)			RRR (SE)		
Referenzgruppe: FaGe	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere
Pflegeheim (vs. Akutspital)	1.128 (1.182)	0.940 (0.986)	1.351 (1.445)	0.958 (0.998)	0.802 (0.829)	1.226 (1.299)	1.166 (1.225)	0.897 (0.942)	1.357 (1.452)
Andere Betriebe (vs. Akutspital)	0.797 (1.165)	0.515 (0.764)	1.983 (2.471)	0.750 (1.085)	0.425 (0.626)	1.537 (1.888)	0.848 (1.239)	0.501 (0.745)	2.051 (2.548)
Werte intrinsisch				1.300** (0.169)	0.976 (0.165)	1.299 (0.246)	1.260* (0.165)	0.995 (0.170)	1.306 (0.249)
Pflegeheim#wert_intrins				0.726* (0.128)	0.857 (0.217)	0.733 (0.180)	0.742* (0.132)	0.840 (0.214)	0.730 (0.180)
Andererbetrieb#wert_intrins				0.738 (0.169)	1.175 (0.355)	0.636 (0.195)	0.708 (0.165)	1.116 (0.345)	0.564* (0.179)
Kostenwahrnehmung intrinsisch	0.718** (0.094)	1.284 (0.258)	1.040 (0.193)				0.735** (0.097)	1.287 (0.261)	1.062 (0.198)
Pflegeheim#cost_intrins	0.977 (0.180)	0.774 (0.222)	0.886 (0.228)				0.953 (0.176)	0.771 (0.222)	0.867 (0.223)
Andererbetrieb#cost_intrins	0.911 (0.218)	0.654 (0.215)	0.639 (0.198)				0.871 (0.212)	0.667 (0.223)	0.579* (0.185)
cost_missing	0.532* (0.185)	1.216 (0.520)	1.005 (0.416)	0.486** (0.169)	1.182 (0.506)	0.988 (0.409)	0.531* (0.185)	1.169 (0.502)	1.025 (0.425)
Grossbetrieb	0.841 (0.216)	1.135 (0.398)	1.075 (0.376)	0.922 (0.233)	1.132 (0.395)	1.084 (0.379)	0.847 (0.218)	1.140 (0.400)	1.090 (0.383)
Pflegeheim#Grossbetrieb	1.022 (0.357)	1.378 (0.716)	0.781 (0.371)	0.979 (0.338)	1.389 (0.719)	0.778 (0.369)	1.017 (0.356)	1.400 (0.729)	0.770 (0.366)
Andererbetrieb#Grossbetrieb	0.833 (0.423)	2.243 (1.403)	1.652 (1.073)	0.783 (0.393)	2.219 (1.385)	1.674 (1.087)	0.837 (0.427)	2.196 (1.372)	1.688 (1.104)
Frau	3.146* (2.154)	0.517 (0.290)	0.585 (0.357)	3.585* (2.456)	0.483 (0.269)	0.549 (0.334)	3.188* (2.199)	0.513 (0.287)	0.563 (0.344)
Pflegeheim#weiblich	0.353 (0.347)	0.244* (0.201)	1.169 (1.081)	0.329 (0.322)	0.253* (0.208)	1.248 (1.153)	0.342 (0.337)	0.235* (0.194)	1.196 (1.108)
Andererbetrieb#weiblich	0.801 (1.086)	4.402 (5.617)	0.664 (0.649)	0.755 (1.016)	4.923 (6.237)	0.777 (0.753)	0.762 (1.035)	4.541 (5.787)	0.611 (0.603)

Bemerkungen: Fortsetzung Tabelle auf Folgeseite

Fortsetzung von Vorderseite	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	RRR (SE)			RRR (SE)			RRR (SE)		
Referenzgruppe: FaGe	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere
Hoher SES Elternhaus	0.851 (0.234)	1.876* (0.681)	1.617 (0.588)	0.794 (0.218)	1.843* (0.667)	1.555 (0.568)	0.816 (0.226)	1.859* (0.676)	1.555 (0.569)
Pflegeheim#hoher SES	1.092 (0.414)	1.259 (0.685)	0.722 (0.364)	1.237 (0.468)	1.326 (0.723)	0.767 (0.386)	1.143 (0.436)	1.305 (0.713)	0.754 (0.381)
Andererbetrieb#hoher SES	0.980 (0.483)	0.865 (0.542)	0.239** (0.168)	1.156 (0.561)	0.940 (0.587)	0.270* (0.189)	1.000 (0.496)	0.884 (0.557)	0.236** (0.167)
Realschulabschluss	0.964 (0.297)	1.086 (0.481)	1.585 (0.710)	0.876 (0.269)	1.103 (0.487)	1.609 (0.720)	0.949 (0.295)	1.061 (0.471)	1.597 (0.717)
Pflegeheim#Realschule	0.627 (0.249)	0.217** (0.142)	0.487 (0.272)	0.675 (0.265)	0.214** (0.139)	0.478 (0.267)	0.635 (0.253)	0.221** (0.145)	0.482 (0.270)
Andererbetrieb#Realschule	0.964 (0.526)	1.054 (0.778)	0.850 (0.673)	1.060 (0.574)	1.031 (0.761)	0.897 (0.710)	1.009 (0.553)	1.088 (0.805)	0.908 (0.722)
Berufsfachschulnoten ≥ 5.2	1.512 (0.390)	2.036* (0.747)	1.756 (0.643)	1.523 (0.391)	1.964* (0.719)	1.704 (0.625)	1.474 (0.382)	2.036* (0.750)	1.730 (0.635)
Pflegeheim#Noten ≥ 5.2	1.880* (0.663)	0.692 (0.383)	0.775 (0.383)	2.033** (0.720)	0.751 (0.418)	0.824 (0.411)	1.987* (0.710)	0.737 (0.413)	0.803 (0.402)
Andererbetrie #Noten ≥ 5.2	1.043 (0.489)	0.400 (0.248)	0.742 (0.465)	1.075 (0.498)	0.410 (0.254)	0.811 (0.506)	1.087 (0.511)	0.393 (0.245)	0.795 (0.500)
Mit Berufsmatur	0.804 (0.264)	1.393 (0.588)	3.577*** (1.466)	0.791 (0.258)	1.416 (0.598)	3.723*** (1.536)	0.821 (0.270)	1.383 (0.586)	3.701*** (1.527)
Pflegeheim#BMS	3.457* (2.265)	1.157 (1.077)	0.937 (0.746)	3.963** (2.585)	1.151 (1.065)	0.944 (0.750)	3.438* (2.259)	1.179 (1.100)	0.920 (0.734)
Andererbetrieb#BMS	1.159 (0.826)	0.907 (0.812)	1.581 (1.247)	1.027 (0.718)	0.825 (0.737)	1.372 (1.076)	1.138 (0.812)	0.892 (0.802)	1.579 (1.263)
Migrationshintergrund	0.495 (0.276)	0.928 (0.672)	2.474 (1.381)	0.483 (0.268)	0.923 (0.665)	2.338 (1.306)	0.484 (0.270)	0.944 (0.685)	2.379 (1.332)
Pflegeheim#migrant	1.558 (1.093)	4.341 (3.935)	0.312 (0.251)	1.772 (1.237)	4.683* (4.238)	0.338 (0.273)	1.649 (1.162)	4.558* (4.151)	0.331 (0.268)
Andererbetrieb#migrant	0.545 (0.560)	0.448 (0.513)	0.385 (0.352)	0.786 (0.788)	0.475 (0.544)	0.606 (0.541)	0.574 (0.590)	0.422 (0.488)	0.445 (0.408)

Bemerkungen: Fortsetzung Tabelle auf Folgeseite

Fortsetzung von Vorderseite	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	RRR (SE)			RRR (SE)			RRR (SE)		
Referenzgruppe: FaGe	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere	Pflege	FH/BMS	Andere
17-19J im 3. Lehrjahr	1.598 (0.544)	2.602* (1.338)	1.484 (0.680)	1.742 (0.589)	2.420* (1.236)	1.509 (0.692)	1.692 (0.580)	2.636* (1.358)	1.556 (0.716)
Pflegeheim#alter1719	1.713 (0.730)	3.173 (2.261)	1.458 (0.836)	1.595 (0.675)	3.489* (2.482)	1.439 (0.826)	1.635 (0.701)	3.228 (2.309)	1.399 (0.805)
Andererbetrieb#alter1719	1.708 (0.898)	0.471 (0.344)	0.993 (0.700)	1.579 (0.822)	0.500 (0.364)	0.999 (0.702)	1.637 (0.864)	0.467 (0.342)	0.981 (0.694)
Romandie	0.321* (0.193)	2.180 (1.137)	1.144 (0.671)	0.267** (0.160)	2.267 (1.189)	1.052 (0.622)	0.297** (0.180)	2.196 (1.158)	1.038 (0.616)
Pflegeheim #Romandie	1.354 (0.998)	1.832 (1.267)	1.261 (0.913)	1.833 (1.339)	1.707 (1.183)	1.388 (1.008)	1.463 (1.083)	1.778 (1.240)	1.391 (1.015)
Andererbetrieb#Romandie	0.807 (0.736)	0.942 (0.741)	2.180 (1.826)	0.921 (0.836)	0.911 (0.721)	2.226 (1.856)	0.854 (0.781)	0.957 (0.760)	2.364 (1.987)
Konstante	0.274* (0.204)	0.135*** (0.102)	0.152** (0.115)	0.254* (0.188)	0.151** (0.114)	0.158** (0.119)	0.263* (0.196)	0.136*** (0.103)	0.151** (0.114)
N	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039	1,039
Pseudo R ²	0.120	0.120	0.120	0.113	0.113	0.113	0.123	0.123	0.123

Bemerkungen: Multinomiale logistische Regression, Effekte ausgedrückt in Relative Risk Ratios (RRR). Standardfehler in Klammern (SE), Signifikanzniveau *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Zentrierte Kosten- und Werte-Variablen verwendet, ähnliche Resultate auch bei unzentrierten Variablen.

A.V.13 Einflüsse auf die Beteiligung an der zweiten Erhebung

Vergleich der gewichteten und ungewichteten multivariaten Resultate

	OR (SE)
T1 Absicht Pflege Tertiär (Ref. FaGe)	1.267* (0.155)
T1 Absicht anderer Gesundheitsberuf (Ref. FaGe)	1.211 (0.297)
T1 Absicht sonstige Berufe (Ref. FaGe)	1.150 (0.288)
T1 Absicht BMS (Ref. FaGe)	0.987 (0.167)
T1 Absicht Sonstiges (Ref. FaGe)	0.894 (0.151)
Pflegeheim, vs. Akutspital	0.921 (0.130)
Psychiatrie, vs. Akutspital	0.703* (0.147)
Rehabilitation, vs. Akutspital	0.744 (0.197)
Spitex, vs. Akutspital	0.914 (0.208)
Sonstige, vs. Akutspital	0.813 (0.290)
Mittelkleiner Betrieb (vs. Kleinbetrieb)	1.125 (0.135)
Mittelgrosser Betrieb (vs. Kleinbetrieb)	1.269 (0.228)
Grossbetrieb (vs. Kleinbetrieb)	1.432** (0.262)
Frauen (vs. Männer)	1.467** (0.280)
Sozioökonomischer Status (Skala 1 bis 6 sehr hoch)	1.020 (0.053)
Realschulabschluss	0.953 (0.105)
Berufsschulnote (Skala 1-6, 6=beste Note)	2.283*** (0.296)
BMS während FaGe-Ausbildung abgeschlossen	1.153 (0.196)
Migrationshintergrund	0.600*** (0.093)
Alter in Jahren T1	0.980 (0.019)
Ausbildungsort Westschweiz (vs. DCH)	1.962*** (0.332)
Ausbildungsort Tessin (vs. DCH)	1.016 (0.346)
Kein Name angegeben T1	0.076*** (0.026)
Konstante	0.016*** (0.012)
N	1939
Pseudo R ²	0.09

Bemerkungen: Effekte ausgedrückt in Odds ratios: Werte über 1 = höhere Chance, Werte unter 1 = tiefere Chance, zu antworten.

A VI Erklärung

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Schweiz, Wikon, den 3.3.2016

Ines Trede

Danksagung

Diese Dissertation erfolgreich abgeschlossen zu haben, ist ein Meilenstein, der mir lange Zeit in weiter Ferne erschien. Nun bin ich froh und stolz, dies erreicht zu haben.

Viele liebe Menschen, Kolleginnen und Kollegen, meine Familie und Freunde haben mich während dieser Jahre unterstützt. Ganz besonders danken möchte ich ...

... Herrn Professor Dr. Görres für die Möglichkeit, mit diesem Thema an der Universität Bremen doktorieren zu können und für die hilfreiche Unterstützung bei der Konzeption und Ausarbeitung der Arbeit.

... Herrn Professor Dr. Christian Imdorf für seine wertvollen Hinweise für die bildungssoziologischen Schwerpunkte und weiterführenden Fragestellungen.

... Frau Dr. Irene Kriesi für ihre kritischen Fragen, für ihre inhaltlichen wie methodischen Hinweise sowie ihre konzeptionelle Einschätzung. Dies half mir oft, den roten Faden zu finden und die Arbeit zu verbessern. Sie stand mir mit ihrem bildungssoziologischen Fachwissen ganz besonders zur Seite.

... Herrn Professor Dr. Jürg Schweri für sein Engagement besonders in der Anfangsphase der Arbeit und für viele wertvolle Ratschläge und anregende Diskussionen.

... Herrn Urs Sieber für die gute Zusammenarbeit bei der Datenerhebung und für die hilfreichen Diskussionen über den Nutzen der Resultate in der Praxis.

... Herrn Danny Heilbronn für seine vorausschauende Unterstützung und Geburtshilfe bei der Idee, die Absolventinnen und Absolventen des neuen Lehrberufes FaGe in dieser Arbeit zu Wort kommen zu lassen.

... Herrn Helge Regener für das Korrekturlesen der Arbeit, seinen unermüdlichen Blick auf den Text sowie für seine motivierende Anteilnahme und Unterstützung während der gesamten Arbeitsphase.

Wikon, im März 2016 Ines Trede