

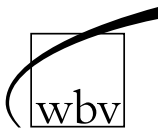
*Berufliche Identität als
Dimension beruflicher
Kompetenz*

Entwicklungsverlauf und
Einflussfaktoren in der
Gesundheits- und Krankenpflege

Renate Fischer

*Berufliche Identität als
Dimension beruflicher
Kompetenz*

**Entwicklungsverlauf und
Einflussfaktoren in der
Gesundheits- und Krankenpflege**



Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Reihe Berufsbildung, Arbeit und Innovation –
Dissertationen/Habilitationen, Band 26

Geschäftsführende Herausgeber

Klaus Jenewein, Magdeburg
Marianne Friese, Gießen
Georg Spöttl, Bremen

Wissenschaftlicher Beirat

Rolf Arnold, Kaiserslautern
Arnulf Bojanowski, Hannover
Ingrid Darmann-Finck, Bremen
Friedhelm Eicker, Rostock
Uwe Faßhauer, Schwäbisch-Gmünd
Martin Fischer, Karlsruhe
Philipp Gonon, Zürich
Richard Huisinga, Siegen
Manuela Niethammer, Dresden
Jörg-Peter Pahl, Dresden
Günther Pätzold, Dortmund
Karin Rebmann, Oldenburg
Tade Tramm, Hamburg
Thomas Vollmer, Hamburg

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor.

Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen als Dissertation mit dem Titel „Berufliche Identität als Dimension von Kompetenz in der Gesundheits- und Krankenpflege – Eine explorative Untersuchung zu Verlauf und Einflussfaktoren der Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement bei Auszubildenden, Studierenden und Berufstätigen“ vor.

Gutachter: Prof. Dr. Felix Rauner und Prof. Dr. Stefan Görres
Das Kolloquium fand am 28.05.2013 statt.

Die Dissertation wurde im Einverständnis mit den Gutachtern im Anhang um 22 Tabellen und 10 Abbildungen gekürzt sowie geringfügig sprachlich überarbeitet. Tabellen und Abbildungen sind auf Anfrage bei der Verfasserin (ren.fischer@t-online.de) als PDF-Datei erhältlich.

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld, 2013
Gesamtherstellung: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
Umschlaggestaltung: FaktorZwo, Günter Pawlak, Bielefeld

Für alle in diesem Werk verwendeten Warennamen sowie Firmen- und Markenbezeichnungen können Schutzrechte bestehen, auch wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sind. Deren Verwendung in diesem Werk berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei Verfügbar seien.

Diese Publikation ist frei verfügbar zum Download unter wbv-open-access.de
Diese Publikation ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/de



ISBN 978-3-7639-5232-8
DOI: 10.3278/6004350w

Inhalt

	Abbildungsverzeichnis	7
	Tabellenverzeichnis	11
	Abkürzungsverzeichnis	13
	Vorwort	15
	Danksagung	17
1	Einleitung	19
1.1	Gesundheits- und Krankenpflege im Kontext einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in Deutschland	19
1.2	Aktuelle (berufs-)politische Diskussion zur Pflegeausbildung in Deutschland	22
1.2.1	Tätigkeitsprofil der Pflegeberufe	22
1.2.2	Verortung der pflegerischen Grundausbildung	24
1.3	Problemdarstellung	27
2	Kategorialer Rahmen	31
2.1	Berufe und ihr Identifikationspotenzial	31
2.1.1	Begriffsbestimmungen	31
2.1.2	Die Bedeutung der Berufsform gesellschaftlicher Arbeit	33
2.1.3	Berufsklassifikationen	35
2.1.4	Zukunft des Berufsprinzips	38
2.1.5	Identifikationspotenzial von Berufen	39
2.1.6	Pflege als Beruf – ein historischer Rückblick	44
2.1.7	Einfluss der geschichtlichen Entwicklung auf die gegenwärtige Situation der beruflichen Pflege	58
2.1.8	Fazit und Diskussion: Das Identifikationspotenzial der Gesundheits- und Krankenpflege	65
2.2	Berufliche Bildung	68
2.2.1	Berufliche Bildung und Kompetenz – eine begriffliche Abgrenzung	68
2.2.2	Leitideen und Ziele beruflicher Bildung	71
2.2.2.1	Allgemeinbildung und Berufsbildung	71
2.2.2.2	Bildung im Medium des Berufs	73

2.2.2.3	Handlungskompetenz als Ziel beruflicher Bildung	76
2.2.2.4	Gestaltungsorientierte Berufsbildung	77
2.2.2.5	Akademische Bildung vs. berufliche Bildung	82
2.2.2.6	Situiertes Lernen (Konzept der legitimen peripheren Partizipation)	84
2.2.3	Prozesse beruflicher Bildung	86
2.2.3.1	Organisationsformen beruflicher Ausbildung	86
2.2.3.2	Entwicklungslogisch begründete Ansätze	88
2.2.4	Exkurs: Kompetenzdiagnostik in der beruflichen Bildung	91
2.2.5	Berufliche Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	94
2.2.5.1	Einordnung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in das deutsche Berufsausbildungssystem	94
2.2.5.2	Rechtlicher Rahmen und Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	95
2.2.5.3	Weiterbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	99
2.2.5.4	Pflegeausbildung im Hochschulbereich	100
2.2.5.5	Pflegeausbildung im europäischen Vergleich	101
2.2.6	Zusammenfassung und Fazit für die vorliegende Arbeit	104
2.3	Berufliche Identität	105
2.3.1	Begriffsbestimmung „Berufliche Identität“	105
2.3.1.1	Definition Identität	106
2.3.1.2	Berufliche Identität als Teilaspekt der Gesamtidentität	107
2.3.2	Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz	109
2.3.3	Entwicklung beruflicher Identität	111
2.3.4	Forschungsergebnisse zur Entwicklung beruflicher Identität in der Pflege	124
2.3.5	Commitment – berufliches und betriebliches Engagement	127
2.3.5.1	Begriffliche Abgrenzung Commitment	128
2.3.5.2	Berufliche Identität als Quelle von Commitment und Arbeitsmoral	130
2.3.5.3	Entwicklung von Commitment	131
2.3.5.4	Forschungsergebnisse zum Commitment bei Pflegepersonen	134
2.3.6	Messen von beruflicher Identität und Commitment	135
2.3.7	Zusammenfassung und Einordnung der Forschungsfrage	137
3	Entfaltung der Forschungsfrage	139
3.1	Ausprägung beruflicher Identität sowie beruflichen und betrieblichen Engagements in der Gesundheits- und Krankenpflege	140
3.2	Verlauf der Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral	143
3.2.1	Einflussfaktoren auf die Entwicklung und die Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral	144

3.2.1.1	Einflussfaktoren vor Ausbildungsbeginn	145
3.2.1.2	Einflussfaktoren während der Ausbildung	147
3.2.1.3	Einflussfaktoren nach Ausbildungsabschluss.	149
3.2.1.4	Weitere mögliche Einflussfaktoren	151
3.2.2	Einschätzung der Lernorte bzw. des Tätigkeitsfeldes	153
4	Methodisches Vorgehen	155
4.1	Einleitung.	155
4.2	Untersuchungspopulation	155
4.3	Quantitative Untersuchung	158
4.3.1	Das Instrument zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität von Heinemann und Rauner.	158
4.3.2	Kontextbefragung	159
4.3.3	Skalierung des Fragebogens.	164
4.3.4	Pretest	164
4.3.5	Datenerhebung	167
4.3.6	Datenaufbereitung.	171
4.4	Qualitative Untersuchung.	174
4.4.1	Erkenntnisinteresse der qualitativen Untersuchung.	175
4.4.2	Gruppendiskussion.	176
4.4.3	Gruppenzusammenstellung	178
4.4.4	Durchführung der Gruppendiskussion	180
4.4.5	Auswertung der Gruppendiskussion.	183
5	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	191
5.1	Einleitung.	191
5.2	Zusammenhänge zwischen Beruflicher Identität, Engagement und Arbeitsmoral	191
5.3	Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral in der Gesundheits- und Krankenpflege	194
5.3.1	Ausprägung bei Auszubildenden, Studierenden und Absolventen	195
5.3.2	Vergleich nach Bildungsabschlüssen.	197
5.3.3	Vergleich der Auszubildenden und Absolventen nach Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsstandort	199
5.3.4	Vergleich einzelner Schulklassen.	201
5.4	Verlauf der Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden, Absolventen und Studierenden	202

5.5	Einflussfaktoren auf die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral	206
5.5.1	Einflussfaktoren vor Ausbildungsbeginn	206
5.5.2	Einflussfaktoren während der Ausbildung	218
5.5.3	Einflussfaktoren nach Ausbildungsabschluss.	246
5.6	Die Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral – ein Vergleich der Ergebnisse der Bremerhaven-Studie mit den Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege	260
5.7	Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse.	269
6	Fazit	275
6.1	Methodenreflexion.	275
6.2	Reichweite der Ergebnisse	279
6.3	Ansatzpunkte für die weitere Forschung	280
6.4	Schlussfolgerungen für die Praxis	282
6.4.1	Verortung der Pflegeausbildung	282
6.4.2	Bewerbersauswahl.	284
6.4.3	Gezielte Förderung beruflicher Identität am Lernort Schule.	286
6.4.4	„Lernstation“ – Chancen zur Entwicklung pflegerischer Gestaltungskompetenz und beruflicher Identität am Lernort Praxis.	289
6.4.5	„Lernstatt Pflege“ – potenzielle Möglichkeiten zur Förderung von beruflicher Identität und Engagement bei Gesundheits- und Krankenpflegenden	291
	Schlussgedanke	294
	Verwendete Literatur	295
	Anhang	321
1	Einführungstext und Fragebogen	321
2	Auszug aus der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.	332

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Arbeitsprozesswissen (Rauner/Heinemann 2011b, 22, Abb. 1)	81
Abb. 2	Architektur paralleler Bildungswege mit einem durchgängigen dualen Bildungsweg (INAP-Memorandum 2012) (Rauner 2012b, 15, Abb. 3). . .	83
Abb. 3	Lernbereiche zur Kompetenzentwicklung (modifiziert nach Rauner 2000, 7)	90
Abb. 4	Das KOMET-Kompetenzmodell beruflicher Bildung (Rauner u. a. 2011, 51, Abb. 7).	92
Abb. 5	Niveaus und Kriterien beruflicher Kompetenz (Rauner u. a. 2011, 56, Abb. 8).	93
Abb. 6	Wechselwirkung Mensch – Beruf (in Anlehnung an Heinemann/Rauner 2008, 4–5).	108
Abb. 7	Model of occupational identity formation (Brown 1997, 61, Abb. 1) . . .	113
Abb. 8	Berufliches Selbstverständnis (in Anlehnung an Taubert 1992)	120
Abb. 9	Pflegeverständnis (in Anlehnung an Juchli 1987)	122
Abb. 10	Berufliche Identität und Bezugsfelder von Engagement (Heinemann/Rauner 2008, 11, Abb. 1).	131
Abb. 11	Statements zur Motivation zum Pflegeberuf.	160
Abb. 12	Statements zum Helfersyndrom	161
Abb. 13	Statements zur Motivation zur Fort- und Weiterbildung	161
Abb. 14	Statements zu beruflichem Selbstverständnis und Pflegeverständnis. . . .	163
Abb. 15	Gesprächsleitfaden Gruppendiskussion	182
Abb. 16	Gesprächsbeiträge Gruppendiskussion	182

Abb. 17	Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2010, 60, Abb. 8).	183
Abb. 18	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (modifiziert nach Mayring 2010, 68, Abb. 10).	184
Abb. 19	Zusammenhänge berufliche Identität, Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Absolventen	193
Abb. 20	Schulabschlüsse der Auszubildenden	197
Abb. 21	Schulabschlüsse der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung	197
Abb. 22	Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem und betrieblichem Engagement im Ausbildungsverlauf	202
Abb. 23	Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem und betrieblichem Engagement nach Ausbildungsabschluss	203
Abb. 24	Entwicklung von Arbeitsmoral	204
Abb. 25	Notendurchschnitt der Hauptfächer im Schulabschlusszeugnis	207
Abb. 26	Wunschberuf und Wunschkrankenhaus/Auszubildende	210
Abb. 27	Wunsch zu helfen/Auszubildende	212
Abb. 28	Motiv der Berufswahl „eigene Entwicklung“/Auszubildende	213
Abb. 29	Helfersyndrom/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung	217
Abb. 30	Ausbildungszufriedenheit/alle Auszubildenden.	220
Abb. 31	Ausbildungszufriedenheit/Vergleich nach Schulen	220
Abb. 32	Einschätzung der Leistungsanforderungen/Auszubildende	223
Abb. 33	Einschätzung der Leistungsanforderungen/Studierende	224
Abb. 34	Lernmotivation/Auszubildende und Studierende.	225
Abb. 35	Praxisbetreuung/Auszubildende	227

Abb. 36	Tätigkeiten in der Praxis/Auszubildende	228
Abb. 37	Tätigkeiten in der Praxis/Studierende	230
Abb. 38	Arbeitsklima/Auszubildende	232
Abb. 39	Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz/Auszubildende und Studierende	233
Abb. 40	Übernahme von Verantwortung/Auszubildende und Studierende	233
Abb. 41	Selbständige Durchführung pflegerischer Tätigkeiten/Auszubildende und Studierende	234
Abb. 42	Praxisbeurteilungen/Auszubildende und Studierende	235
Abb. 43	Das Lernen in Schule und Praxis passt gut zusammen/Auszubildende . . .	237
Abb. 44	Lernortkooperation/Auszubildende und Studierende	239
Abb. 45	Lernortkooperation Schulvergleich	240
Abb. 46	Berufliches Selbstverständnis/Auszubildende	241
Abb. 47	Pflegeverständnis/Auszubildende	243
Abb. 48	Pflegeverständnis/Studierende	244
Abb. 49	Lob und Anerkennung/Auszubildende	245
Abb. 50	Arbeitsklima/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung	248
Abb. 51	Interdisziplinäre Zusammenarbeit/alle Absolventen	249
Abb 52	Berufliches Selbstverständnis/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung	252
Abb. 53	Pflegeverständnis/Absolventen	254
Abb. 54	Lob und Anerkennung/Absolventen	254
Abb. 55	Pflegeverständnis/Pflegende mit ≥ 20 Jahren Berufserfahrung	255

Abb. 56	Ansehen des Berufs in der Gesellschaft	258
Abb. 57	Angemessene Bezahlung/Einkommensaussichten.	259
Abb. 58	Berufliche Identität/Vergleich verschiedener Berufe	261
Abb. 59	Berufliches Engagement/Vergleich verschiedener Berufe	262
Abb. 60	Betriebliches Engagement/Vergleich verschiedener Berufe	262
Abb. 61	Arbeitsmoral/Vergleich verschiedener Berufe	263
Abb. 62	Wunschberuf/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege.	264
Abb. 63	Ausbildungszufriedenheit/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege	264
Abb. 64	Unterforderung/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege.	265
Abb. 65	Gegenseitige Unterstützung/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege	266
Abb. 66	Engagement der Lehrer/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege	266
Abb. 67	Lehrer überblicken die berufliche Praxis/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege.	267
Abb. 68	Unterricht hilft, Praxisprobleme zu lösen/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege.	267
Abb. 69	Lernortkooperation/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege	268

Die Abbildungen a–j sind als PDF-Datei bei der Verfasserin erhältlich.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Reliabilität Pretest	166
Tab. 2	Befragungszeitraum Auszubildende	168
Tab. 3	Komponentenmatrix Faktor Lernortkooperation	174
Tab. 4	Kernaussagen der Gruppendiskussion	186
Tab. 5	Korrelationen der Skalen/Auszubildende	192
Tab. 6	Korrelationen der Skalen/Studierende	194
Tab. 7	Ausprägung von beruflicher Identität, Engagement und Arbeitsmoral	195
Tab. 8	Ausprägung/Vergleich Auszubildende nach Schulen	199
Tab. 9	Mittelwertvergleich Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege vs. Auszubildende Bremerhaven	260
Tab. 10	Markierung inhaltstragender Textteile und Paraphrasierung	332
Tab. 11	Generalisierung und erste Reduktion	333
Tab. 12	Zweite Reduktion und Bündelung der Aussagen	334

Die Tabellen a–v sind als PDF-Datei bei der Verfasserin erhältlich.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz (im Sinne eines Gesetzes)
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
Art.	Artikel (im Sinne eines Gesetzes bzw. einer Richtlinie)
Aufl.	Auflage
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes
BÄK	Bundesärztekammer
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BBT	Barmherzige Brüder Trier
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DRG	Diagnosis Related Groups
ebd.	ebenda
ESCO	European Taxonomy of Skills, Competences and Occupations
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
f.	folgend
ff.	fortfolgend
FHS	Fachhochschule (St. Gallen)
Hrsg.	Herausgeber
i. d. R.	in der Regel
ICN	International Council of Nurses
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
ISCO	International Standard Classification of Occupations
Jg.	Jahrgang

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KldB	Deutsche Klassifikation der Berufe
KMK	Kultusministerkonferenz
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin (Koeffizient)
KOMET	Kompetenzentwicklung und -erfassung in Berufen des Berufsfeldes Elektrotechnik-Informationstechnik
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz)
MW	Mittelwert
N	Stichprobenumfang
o.Ä.	oder Ähnliches
p-(Wert)	nach dem englischen „probability“ (Wahrscheinlichkeit)
Ph.D	Doctor of Philosophy
r	Korrelationskoeffizient
SD	Standardabweichung
sog.	sogenannte
TN	Teilnehmer
TVöD	Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
*	die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant
**	die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Vorwort

*„Ich habe den schönsten Beruf der Welt:
Gesundheits- und Krankenpflegerin“
(Katharina C.)*

In Katharinas Profil eines sozialen Netzwerkes steht seit Beginn ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin unverändert die oben zitierte Aussage.

Katharina ist ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie viel eine solche Einstellung bewirken kann. Sie bewarb sich 2006 an unserer Schule und wurde aufgrund wenig erfolgversprechender schulischer Zugangsvoraussetzungen und mit dem Rat, eine Krankenpflegehilfeausbildung zu machen, zunächst nicht angenommen. Wenn sie diese erfolgreich absolviere – so wurde Katharina jedoch in Aussicht gestellt – könne sie sich gerne erneut bewerben.

Ein gutes Jahr später sprach Katharina wieder in unserer Schule vor, ihr sehr gutes Abschlusszeugnis der Krankenpflegehilfeausbildung in der Hand, und erhielt einen Ausbildungsplatz.

Katharina absolvierte ihre Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin hoch motiviert und mit großem Engagement. Drei Jahre später bestand sie erfolgreich ihre Abschlussprüfung. Wann immer ich ihr heute in der Klinik begegne und sie nach ihrem Befinden frage, stets kommt ein strahlendes „Mir geht’s gut, Frau Fischer!“

Diese Erfahrung war Anlass für die Frage, was diese junge Frau von Auszubildenden unterscheidet, die zwar (scheinbar) optimale Zugangsvoraussetzungen haben, aber trotzdem an den ausbildungs- und berufsbezogenen Anforderungen scheitern oder aber nach der Ausbildung nicht in der Pflege verbleiben.

Katharinas Geschichte eröffnete so die Frage nach der Entwicklung beruflicher Identität in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich in der Zeit meiner Promotion begleitet und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt dem Betreuer meiner Dissertation, Herrn Professor Dr. Felix Rauner, für die wertschätzende und konstruktive Begleitung meiner Forschungsarbeit. Bedanken möchte ich mich ganz herzlich auch bei allen Mitarbeitern der Forschungsgruppe Innovative Berufsbildung (I:BB) der Universität Bremen für die tatkräftige Unterstützung, viele wichtige Anregungen und motivierende Gespräche.

Weiterhin sei auch meinen Vorgesetzten und Kollegen an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur sowie der Hausoberin Frau Renate Brest ganz herzlich gedankt, die mir durch großzügige und flexible Arbeitszeitgestaltung die nötigen Freiräume für die Durchführung des Projektes geschaffen haben.

Die Befragung der Auszubildenden und Mitarbeiter wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung durch Bruder Alfons Maria Michels als Geschäftsführer der BBT-Gruppe. Das gilt ebenso für die Pflegedirektionen, Schulleitungen und Lehrerkollegen an den Standorten Bad Mergentheim, Koblenz, Montabaur, Paderborn und Trier, die ihre Mitarbeiter und Auszubildenden zur Teilnahme an der Befragung motiviert haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann Eberhard für seine fortwährende Ermutigung und dafür, dass er mir stets den Rücken freigehalten hat.

Abschließend danke ich von Herzen allen Auszubildenden und Kollegen in der Gesundheits- und Krankenpflege, die bereit waren, mir ihre Ansichten, Einstellungen und Erfahrungen im Rahmen der Forschungsarbeit mitzuteilen. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

1 Einleitung

1.1 Gesundheits- und Krankenpflege im Kontext einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in Deutschland

Pflegende (Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflegende und Altenpflegende) stellen mit rund 30 % aller Beschäftigten die größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen. 2010¹ waren hier rund 4,8 Millionen Menschen tätig, das ist fast jeder neunte Beschäftigte in Deutschland. 827.000 Personen entfielen dabei auf den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege einschließlich der Beschäftigten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 405.000 auf die Altenpflege. Dem gegenüber stehen weitere Berufsgruppen wie z. B. 334.000 Ärzte, 394.000 Medizinische Fachangestellte und 128.000 Physiotherapeuten (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a).

Aufgabe des deutschen Gesundheitswesens, welches als Sozialversicherungsmodell in seiner Grundstruktur auf einem Zusammenwirken von Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung basiert, ist eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Bürger. Innerhalb des staatlich vorgegebenen Rahmens erfolgen Leistungsfinanzierung und Leistungserbringung in einem Verhältnis zwischen den Kostenträgern, den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen, welche die durch die Kostenträger finanzierten Sach- und Dienstleistungen erbringen (vgl. Simon 2010, 93–109).

Während die Berufsgruppe der Ärzte und Zahnärzte als Leitprofessionen des Gesundheitswesens angesehen werden (vgl. ebd., 112), bildet die Gesundheits- und Krankenpflege als zahlenmäßig stärkste Berufsgruppe das Fundament in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung wie Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Facharztpraxen (z. B. Dialysezentren), Einrichtungen der ambulanten Pflege, Kurz- und Langzeitpflege, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie in Beratungseinrichtungen wie z. B. in Pflegestützpunkten² u. v.m.

1 Die Zahlen von 2011 liegen noch nicht vor (Stand Dezember 2012).

2 Pflegestützpunkte sind Einrichtungen der Kranken- und Pflegekassen mit der Aufgabe, kostenfrei und unverbindlich hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zu beraten und zu unterstützen (SGB XI § 92c).

Das Gesundheitssystem ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor, aber zugleich auch ein bedeutender Kostenfaktor. Im Jahr 2010³ beliefen sich die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland auf 238,3 Milliarden Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b).

Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt sind, so der Gesundheitsökonom BESKE (vgl. 2010, 26–43), die wichtigsten Gründe für ständig steigende Kosten im Gesundheitswesen, wobei die gesetzlichen Krankenversicherungen ca. 60 % der Gesamtausgaben tragen (vgl. Simon 2010, 117). Dem trägt seit Mitte der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine Kostendämpfungspolitik Rechnung, innerhalb derer die Vergütungssysteme reformiert wurden, die Strukturen jedoch weitgehend unverändert blieben (vgl. Simon 2010, 40–41). Auf Dauer wird es, so die Prognose BESKEs, nicht möglich sein, mithilfe der momentanen Möglichkeiten wie Anhebung des Beitragssatzes, Finanzierung über Zuzahlungen der Versicherten und/oder durch Erhöhung des steuerfinanzierten Zuschusses eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen (vgl. Beske 2010, 5). Dennoch, so zeigen die Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, vollzieht sich gegenwärtig ein Paradigmenwechsel von der Wahrnehmung des Gesundheitswesens als Gegenstand der Kostendämpfungsdiskussionen hin zu einem expandierenden Wirtschaftszweig mit steigendem Personalbedarf (vgl. Henke u. a. 2011, 27–29 u. 223–226).

Hier eröffnet sich ein weiteres Problem für unser Gesundheitssystem: die zukünftige Entwicklung der Pflegeberufe. Von Fachleuten wird neben einem Ärztemangel (vgl. Bundesärztekammer 2009) ein bereits jetzt schon bestehender und sich in Zukunft verschärfender Fachkräftemangel in der Pflege beklagt (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2012). Diesbezüglichen Prognosen und Berechnungen liegt als härtester Faktor die demografische Entwicklung zugrunde: Eine niedrige Geburtenrate, einhergehend mit einem sinkenden Potenzial zukünftiger beruflich tätiger Pflegepersonen, steht einer weiterhin steigenden Lebenserwartung in einer immer älter werdenden Gesellschaft gegenüber.⁴

Bei der Frage nach dem zukünftigen pflegerischen Personalbedarf sind in diesem Zusammenhang zwei Ansätze, die den Berechnungen zugrunde gelegt werden, zu unterscheiden: Der Medikalisierungsansatz basiert auf der Annahme, dass die Morbidität der Bevölkerung durch die steigende Lebenserwartung

3 Die Zahlen von 2011 sind noch nicht veröffentlicht (Stand Januar 2013).

4 Siehe zu diesem Thema ausführlich: Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Schmidt, Roland (Hrsg.) (2012): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Lösungen, Strategien, Heidelberg: medhochzwei und Niehaus, Frank (2006): Alter und steigende Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Unter: http://www.wip-pkv.de/typo3conf/ext/np_presscenter/pi1/stream.php?file=WIP-nie.pdf (Zugriff 11.01.2013)

stark zunimmt, während die optimistischere Kompressionshypothese davon ausgeht, dass der Mensch mit steigender Lebenserwartung auch mehr Jahre in Gesundheit verbringt und sich die von Krankheit und Pflegebedürftigkeit geprägte letzte Lebensphase nach hinten verschiebt. Je nach Berechnungsszenario kommen hier sehr unterschiedliche Zahlen zustande (vgl. Braun 2010, 58 u. Hämel/Schaeffer 2012, 42–47). Weiterhin müssen, darauf macht insbesondere SIMON (2012, 25–38) eindrücklich aufmerksam, methodische Mängel dieser Studien berücksichtigt werden. Deren Ergebnisse sind, so SIMON, begrifflich nicht eindeutig genug und als nicht ausreichend differenziert zu betrachten, um die Entwicklung des Bedarfs an Pflege sicher vorzuberechnen. Aber auch unter Berücksichtigung aller relativierenden Einflussgrößen auf konkrete Zahlen ist eine zunehmende Lücke zwischen Bedarfs- und Angebotsentwicklung an professioneller Pflege nicht wegzudiskutieren. Der Bedarf ist jedoch, so konstatiert BRAUN (2010, 62) in seinen Prognosen zum künftigen Personalbedarf und -angebot, „niedriger und/oder anders, das Angebot höher als in den meisten Prognosen verkündet und beide beeinflussbarer als vermutet.“

Wenn aber die Entwicklung des tatsächlichen Pflegebedarfs zum derzeitigen Zeitpunkt nicht abschließend geklärt werden kann, liegt es nahe, die Frage nach Einflussfaktoren auf das Angebot in den Blick zu nehmen. BRAUN identifiziert zur Sicherung der künftigen Anzahl an Personal den Aspekt der Berufsverweildauer, die sich am ehesten durch möglichst gute Qualifikationen und Vermeidung oder Verkürzung langer Unterbrechungszeiten erreichen lässt. Insbesondere einer guten Grundausbildung, die zudem die ebenso wichtige Arbeitsqualität sichert, kommt in diesem Zusammenhang – BRAUN verweist hier auf eine Studie von HACKMANN (2009) – eine tragende Rolle zu (vgl. Braun 2010, 61–62).⁵

Diese Schlussfolgerungen führen zur Frage nach der zukünftigen Gestaltung der Pflegeausbildung in Deutschland.

5 Die Ergebnisse der NEXT-Studie (Nurses' early exit study) weichen von dieser Studie ab: Hier war der Wunsch, die Pflege zu verlassen, bei examiniertem Pflegepersonal mit und ohne Weiterbildung größer als bei Pflegehelferinnen und Personen ohne Ausbildung (vgl. Hasselhorn u. a. 2005, 141). Auch die Folgeuntersuchung gibt aber keinen Aufschluss darüber, wie viele der untersuchten Personen tatsächlich ihren Beruf gänzlich verlassen haben. Siehe hierzu: www.next.uni-wuppertal.de (Zugriff 11.01.2013)

1.2 Aktuelle (berufs-)politische Diskussion zur Pflegeausbildung in Deutschland

Die aktuelle politische wie auch berufspolitische Diskussion um die Pflegeberufe und die pflegerische Berufsausbildung kreist derzeit um drei Kernfragen, welche für die zukünftige Entwicklung der Berufsgruppe entscheidend sind: das Tätigkeitsprofil der Pflegeberufe, Form und Verortung einer zukünftigen Pflegeausbildung und damit einhergehend die geplante EU-Reform zur Pflegebildung.

1.2.1 Tätigkeitsprofil der Pflegeberufe

Jahrhundertlang war Pflege ein Heilhilfsberuf, der unter dem Grundsatz der ärztlichen Gesamtverantwortung und Fachaufsicht sowohl ausgebildet wurde als auch in der Praxis tätig war. Nach langem Bestreben, ein eigenständiges Berufsprofil zu entwickeln, vollzog sich in den letzten Jahren – bestärkt durch das aktuelle Krankenpflegegesetz von 2003 – ein Wandel hin zu einer umfassenden, gesundheitlichen und psychosozialen Patientenbetreuung. Diese Veränderung ging mit einer geringeren Orientierung an der Bezugswissenschaft Medizin und einer stärkeren Ausrichtung an den Sozialwissenschaften, insbesondere an der Psychologie, einher (vgl. Hanika/Roßbruch 2007a, 58).

Aktuell ist jedoch eine gegenteilige Entwicklung zu verzeichnen: Angesichts des Ärztemangels und aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus wird die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegepersonen, wie sie im europäischen und außereuropäischen Ausland längst die Regel ist, immer intensiver diskutiert und – bisher vorwiegend im Rahmen von Projekten (vgl. z. B. Wagner 2010, 67–68) – auch bereits praktiziert. Sowohl § 3 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes sowie das 2008 in Kraft getretene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegetweiterentwicklungsgesetz) bieten explizit Möglichkeiten zur Erweiterung des pflegerischen Aufgabenspektrums. Vorläufiges Ergebnis dieser Entwicklung ist die am 21. März 2012 in Kraft getretene sog. Heilkundeübertragungsrichtlinie⁶, nach der hierfür qualifizierte Pflegepersonen – sowohl aus der Altenpflege als auch Gesundheits- und Kranken-/kinderkrankenpflege – heilkundliche Tätigkeiten nach erfolgter Diagnose- und Indikationsstellung durch den Arzt eigenverantwortlich ausüben dürfen. Der Gesetzgeber fordert hierzu eine Zusatzqualifikation von den Pflegenden nach § 4 Abs. 7 Krankenpflegegesetz (analog Altenpflegegesetz), und in der

6 Vollständige Bezeichnung: „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist inzwischen festgelegt, für welche Tätigkeiten diese qualifizieren soll. Diese Zusatzausbildung, deren Dauer und Finanzierung im Übrigen bislang ungeklärt ist, kann sowohl an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege als auch an Hochschulen angeboten werden, die gleichermaßen für die Erstellung des Curriculums verantwortlich zeichnen. Die Umsetzung der Modellvorhaben liegt in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer (vgl. Roßbruch 2012, 386–387).

Wenn die Richtlinie auch nicht nur von Seiten der Ärzte, sondern auch von pflegerischer Seite kritisch gesehen und als überarbeitungsbedürftig eingeschätzt wird⁷ – der Weg zu einer Kompetenzerweiterung der Pflegenden ist damit klar vorgezeichnet. Ein bereits 2008 im Auftrag des rheinland-pfälzischen Sozialministeriums erstelltes Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege legt dar, dass die Bereitschaft der Pflegenden zur Übernahme ärztlicher Aufgaben prinzipiell gegeben ist, jedoch u. a. an die Personalausstattung sowie an einen ausreichenden Grad an Autonomie gebunden ist (vgl. Stemmer/Haubruck/Böhme 2008, 39). Eben diese Autonomie ist es jedoch, die von Seiten der Ärzteschaft, welche eine Entlastung zwar befürwortet, aber nicht um den Preis der Abgabe von Verantwortlichkeit, abgelehnt wird (vgl. z. B. Hibbeler 2012, A-623 u. Hibbeler/Gerst 2012, 1969–1971).

Doch nicht nur die Übernahme ärztlicher Aufgaben wird in diesem Zusammenhang diskutiert, sondern auch eine Erweiterung des Aufgabenspektrums in Richtung Beratung, Gesundheitsförderung/Prävention sowie Steuerung und Management von Versorgungsprozessen (vgl. Görres/Hasseler/Mittnacht 2007, 328–329). Ein solcher Ausbau der Kompetenzen in diese Richtung wird als „hochrelevant für die weitere Professionalisierung der Pflege eingeschätzt“ (ebd., 329).

Es bleibt aber ohnehin zunächst abzuwarten, wie die Resonanz der Pflegenden selbst auf die Ausweitung ihres Tätigkeitsfeldes – in welche Richtung auch immer – ausfällt. In Zeiten, in denen die berufliche Realität sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich von einer hohen Arbeitsbelastung, der Dominanz administrativer Tätigkeiten und dem Eindruck auf Seiten der Berufstätigen, letztlich weder den Patientenbedürfnissen noch den Koordinations- und Dokumentationsanforderungen gerecht werden zu können, geprägt ist, wird sich zeigen müssen, wie hoch die Bereitschaft zur Übernahme zusätzlicher Ver-

7 Siehe hierzu z. B. die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2012/01/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-26112011.pdf> (Zugriff 31.01.2013)

antwortung tatsächlich ist. Die Weichenstellung hierzu erfolgt nicht zuletzt auch über anstehende Entscheidungen hinsichtlich der pflegerischen Grundausbildung, die auf die veränderten Anforderungen wird reagieren müssen: Der steigende Bedarf an beruflich Pflegenden und ein größeres Aufgabenspektrum führen zu der wichtigen Frage, wie der zukünftige Bedarf quantitativ und qualitativ gedeckt werden kann.

1.2.2 Verortung der pflegerischen Grundausbildung

Im Gegensatz zu allen anderen europäischen Ländern existieren in Deutschland drei Pflegeberufe: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.⁸ Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege erfolgt an Schulen des Gesundheitswesens⁹, die Altenpflegeausbildung an Fachschulen und Berufsfachschulen. Zugangsvoraussetzung aller drei Berufsausbildungen ist ein mittlerer Bildungsabschluss bzw. Hauptschulabschluss in Verbindung mit einer mindestens zweijährigen abgeschlossenen Berufsausbildung oder einer einjährigen Ausbildung in der Kranken- bzw. Altenpflegehilfe.

Im europäischen Vergleich bildet Deutschland (gemeinsam mit Österreich und Luxemburg) im Hinblick auf die Etablierung einer akademischen Pflegeausbildung und sich daraus ergebender Handlungskompetenzen das Schlusslicht (vgl. Hanika/Roßbruch 2007b, 105).¹⁰ In bereits durchgeführten diesbezüglichen Studien konnte gezeigt werden, dass akademisch qualifizierte Pflegeexperten deutlich zur Verbesserung der Pflegequalität in der Praxis beitragen (vgl. Görres 2008, 447).

Hierzulande können sich Pflegenden seit Anfang der 1990er Jahre für Management, Lehre und Wissenschaft akademisch qualifizieren. An verschiedenen Hochschulen gibt es inzwischen auch Kooperationen mit Pflegeschulen, die es den Auszubildenden¹¹ ermöglichen, parallel zu ihrer Berufsausbildung die erste

8 Daneben gibt es noch die Kranken- und Altenpflegehilfe, die eine Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr umfasst und im Gegensatz zu den dreijährigen Berufen landesrechtlich geregelt sind.

9 Aufgrund des unterschiedlich strukturierten föderalen Schulsystems in einigen Bundesländern auch an Fachschulen, Berufsfachschulen und höheren Berufsfachschulen.

10 Die Aussage von Hanika und Roßbruch in diesem Zusammenhang, dass Deutschland gemeinsam mit Österreich und Luxemburg die einzigen EU-Länder *ohne durchgängig* akademische pflegerische Erstausbildung sind, trifft nicht zu (siehe Kap. 2.2.5.5 Pflegeausbildung im europäischen Vergleich).

11 In Abgrenzung zum Berufsbildungsgesetz werden Lernende in der Gesundheits- und Krankenpflege nicht als Auszubildende, sondern als Schüler bezeichnet. Die Bezeichnung Schüler wird in der vorliegenden Arbeit jedoch *nicht* verwendet; die Lernenden werden stattdessen als Auszubildende bezeichnet, was ihre Stellung als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Kontext dieser Forschungsarbeit von Bedeutung ist, verdeutlichen soll.

Studienphase eines Bachelor-Studiengangs zu absolvieren. Die Inhalte dieser Studiengänge decken aber den Bedarf, der sich durch mögliche Veränderungen in der Arbeitsverteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Dienst entwickelt, bisher nicht ab (vgl. Hanika/Roßbruch 2007c, 209).

Parallel zur Diskussion um die Akademisierung der pflegerischen Grundausbildung wurde inzwischen von politischer Seite der Weg der Pflegeausbildung vorgezeichnet. So sieht der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2009 vor, dass die Pflegeausbildung, d. h. Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege, zusammengeführt und neu gesetzlich geregelt werden sollen (vgl. Koalitionsvertrag 2009, 92). Zahlreiche Schulen haben in den letzten Jahren die Zusammenführung der Pflegeausbildungen mithilfe von Modellprojekten erfolgreich erprobt (vgl. z. B. Schmitt/Stöver/Görres 2010, 69–74). Eine Untersuchung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen zeigt auf, dass sich die Absolventen der generalistischen, integrativen oder integrierten Modellausbildungen im Unterschied zu herkömmlich ausgebildeten Pflegenden durch höhere sozial-kommunikative, personale und methodische Kompetenzen auszeichnen. Gleichzeitig schätzen 71 % der Absolventen jedoch ihr spezielles Wissen und 47 % ihre praktisch-technischen Fähigkeiten als geringer ein als das der traditionell ausgebildeten Pflegenden (vgl. Görres u. a. 2009, 24–25). Zu beachten ist indes, dass 67 % der Bildungseinrichtungen und 42 % der Arbeitgeber durch den Einsatz generalistisch ausgebildeter Pflegenden eine verbesserte Pflegequalität in den Einrichtungen prognostizieren (vgl. ebd., 36). Auch dieses Ergebnis stützt vom Grundsatz her das Konzept der Zusammenführung der Pflegeberufe.

Zur Frage, wo die Pflegenden in Zukunft ausgebildet werden sollen, nimmt auch der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) Stellung. Er sieht die Qualifizierung für den „neuen Pflegeberuf“ sowohl an staatlichen (Berufs-)Fachschulen als auch an Hochschulen verortet (vgl. DBR-Positionspapier 2009, 2–3) und befürwortet damit ebenfalls, die Sonderstellung der Pflegeausbildungen im staatlichen Bildungssystem aufzuheben.

Seit dem 01. März 2012 liegt, basierend auf den Aussagen zur Neuordnung der Pflegeausbildung im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode, ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe *Weiterentwicklung der Pflegeberufe zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes* vor. Das für die Altenpflegeausbildung zuständige Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das für die Gesundheits- und Krankenpflege- bzw. Kinderkrankenpflegeausbildung zuständige Bundesministerium für Gesundheit erklären hierin ihre Absicht, mit dem Ziel einer gestuften und durchlässigen Pflegeausbildung diese grundlegend modernisieren zu wollen.

Hierfür haben sich auch die Länder ausgesprochen (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012, 1–4). Als grundlegende Weichenstellung sollen die drei Pflegeberufe zu einer generalistisch ausgerichteten Ausbildung zusammengeführt werden, die in Teil 1 des neuen Gesetzes geregelt werden wird (vgl. ebd., 3). Die Zugangsvoraussetzungen für die dreijährige pflegerische Berufsausbildung sollen analog der Vorgaben der bisherigen Berufsgesetze KrPflG und AltPflG bestehen bleiben; dies gilt auch für die Stundenanteile der theoretischen und praktischen Ausbildung innerhalb der Gesamtbildungsdauer, welche in der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG¹² festgelegt sind (vgl. ebd., 12, 17). Das Ziel der Ausbildung ist die universelle Einsetzbarkeit der Absolventen in allen Arbeitsfeldern der Pflege. Des Weiteren sollen der Pflege vermehrt Vorbehaltsaufgaben zugewiesen werden (vgl. ebd., 23).

Parallel zur generalistischen Pflegeausbildung soll ein primärqualifizierendes Pflegestudium eingeführt werden, welches im zweiten Teil des Pflegeberufegesetzes geregelt werden wird. Der Aufgabenbereich der in vier Jahren akademisch ausgebildeten Pflegepersonen wird erweitert werden und u. a. die Qualifikation zur selbständigen Ausübung von Heilkunde (siehe Ausführungen zur Heilkundeübertragungsrichtlinie) umfassen. Eine berufliche Pflegeausbildung soll bis zu zwei Jahre auf das Studium angerechnet werden können, sofern eine Hochschulzugangsvoraussetzung vorliegt. Die Studierenden sollen eine Ausbildungsvergütung in gleicher Höhe wie die beruflich Auszubildenden erhalten (vgl. ebd., 27–29). Zur Finanzierung der neuen Pflegeausbildung werden mögliche Variationen dargestellt und diskutiert; die Kommission unterbreitet aber hierzu keinen Vorschlag (Eckpunkt 6, vgl. ebd., S. 31–42).

Was im Eckpunktepapier jedoch nicht berücksichtigt wird, ist der bereits im Dezember 2012 vorgelegte Entwurf der EU-Kommission zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG. Die Richtlinie, die das Ziel hat, Mobilität innerhalb der Europäischen Union zu fördern und zu erleichtern, fordert eine Heraufsetzung der Zulassungsvoraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung von einer zehnjährigen auf eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung (vgl. Europäische Kommission 2011, 11). Dieser Vorschlag wird von Vertretern der Pflegewissenschaften ausdrücklich begrüßt und wurde mit zwei Schreiben (11. September 2012 und 18. Dezember 2012) an die deutschen Abgeordneten aller Parteien im EU-Parlament unterstützt (vgl. Deutsches Institut für angewandte

12 „Die Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger für allgemeine Pflege umfasst mindestens drei Jahre oder 4.600 Stunden theoretischen Unterricht und klinisch-praktische Unterweisung; die Dauer der theoretischen Ausbildung muss mindestens ein Drittel und die der klinisch-praktischen Unterweisung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen“ (Richtlinie 2005/36/EG vom 30.09.2005, Art. 31, 3).

Pflegeforschung 2012a u. 2012b). Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) steht der Richtlinienänderung positiv gegenüber (vgl. DBfK 2011), während der derzeitige Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sich dafür ausspricht, dass auch zukünftig ein mittlerer Bildungsabschluss für die Pflegeausbildung ausreicht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Die anhaltenden Diskussionen um Generalisierung, Akademisierung und die Einstiegsqualifikation in die Pflegeausbildung verunsichern nicht nur Bildungsanbieter für Pflegeberufe, sondern auch Auszubildende und Ausbildungsinteressenten. Gerade für Bewerber mit Hochschulzugangsberechtigung stellt sich die berechnete Frage, ob eine traditionelle Pflegeausbildung zukünftig weniger wert sein und mit verringerten Handlungskompetenzen einhergehen wird. Die Attraktivität der dualen Studiengänge, und auch derer, die von Beginn an „vom Patientenbett weg“ in Richtung Pädagogik oder Management¹³ qualifizieren, lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass die Auszubildenden unsicher sind, was zukünftige pflegerische Aufgaben für Pflegende ohne akademische Qualifizierung sein werden.

1.3 Problemdarstellung

In der Zusammenfassung zeigt sich, dass Pflege und Pflegebildung sich derzeit in einem von Unsicherheit geprägten Spannungsfeld widersprüchlicher Ziele und Anforderungen befinden, welches sowohl die eigentliche Pflege Tätigkeit am kranken oder pflegebedürftigen Menschen als auch die Zukunft der pflegerischen Grundausbildung betrifft. Wenn auch die Weichen in Richtung generalistische Ausbildung gestellt sind; unklar ist nach wie vor die Frage, wo eine solche Ausbildung stattfinden soll – an Schulen des Gesundheitswesens, an Hochschulen oder innerhalb des dualen Systems an Berufsschulen – und vor allem, wie sie finanziert werden soll.

Zum jetzigen Zeitpunkt können aber zwei Aspekte festgehalten werden:

1. Die Anforderungen an Pflegepersonen werden in Zukunft bei einem tendenziell erweiterten Verantwortungsbereich eher steigen.
2. Der Mangel an professionell Pflegenden wird sich zukünftig noch verstärken, vor allem beeinflusst durch den demografischen Wandel. Bereits

13 Z.B. bietet die Katholische Hochschule Mainz einen dualen Bachelor-Studiengang „Gesundheit- und Pflege“ an, bei dem die Studierenden zwischen den Schwerpunkten Pädagogik und Management wählen können. (http://www.kfh-mainz.de/fachbereiche/FB_GP/ba/gp_ba.htm, Zugriff 02.02.2013).

jetzt verzeichnen Schulen einen Rückgang an geeigneten Bewerbern für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.¹⁴

Daraus können nachstehende Schlussfolgerungen abgeleitet werden:

Von den Pflegepersonen, welche zukünftig ausgebildet werden, wird ein umfassenderes Kompetenzprofil erwartet werden. Neben der Verantwortung für die ihnen anvertrauten Menschen wird sich Pflege auch vermehrt um die Gestaltung ihrer Arbeitswelt sorgen müssen; die seit vielen Jahren anhaltenden und momentan wieder aktuellen Bestrebungen zur Einrichtung von Pflegekammern als Organe pflegeberuflicher Selbstverwaltung bieten hierzu eine Chance. Auch die zunehmende Komplexität aller Tätigkeitsbereiche im Gesundheitswesen erfordert eine Gesamtübersicht, die es erst ermöglicht, pflegerische Verantwortungsbereiche auszufüllen und Pflegeleistungen im Sinne der ganzheitlichen Patientenversorgung qualitativ hochwertig einzubringen.

Ein künftiger Mangel an Fachkräften in Form dreijährig ausgebildeter oder akademisch qualifizierter Pflegenden wird – so ist es zu vermuten – zu einem stärkeren Einsatz von Personen mit geringerer und/oder anderweitiger Qualifizierung führen. Deren verantwortungsvoller Einsatz wird erweiterte Kompetenzen von Pflegenden hinsichtlich Führung, Organisation, Delegation und Qualitätssicherung notwendig machen (vgl. Offermanns/Bergmann 2010, 136–139).

Als Ziel beruflicher Bildung wird daher eine umfassende berufliche Handlungskompetenz gefordert, verbunden mit der Bereitschaft, sich zukünftigen Entwicklungen zu öffnen und ein Berufsleben lang weiter zu lernen. Dass gut qualifizierte Mitarbeiter auch länger im Beruf verbleiben (vgl. Braun 2010, 62), ist in diesem Zusammenhang weit mehr als ein willkommener Nebeneffekt. Die Basis für eine derart gestaltete Kompetenzentwicklung wird in der beruflichen Grundausbildung gelegt. Es liegt daher nahe, die Ausbildungsqualität zu erhöhen und Ausbildung noch stärker sowohl an aktuellen, aber auch an zu antizipierenden Anforderungen zu orientieren. Das führt zu der Frage, wie die geforderten umfassenden beruflichen Kompetenzen zu entwickeln bzw. zu fördern sind.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist hierbei die Entwicklung beruflichen Engagements als Motivation für die Erbringung qualitäts- und verantwortungsbewusster beruflicher Leistungen. Berufliches Engagement ist, so HEINEMANN und RAUNER (2009), „eine grundlegende Voraussetzung für produktive und wett-

14 Diese auf Aussagen verschiedener Schulleiter beruhende Aussage kann noch nicht mit Zahlen belegt werden, da die Bewerberzahlen bisher nicht bundesweit systematisch erfasst werden. So werden z. B. in Rheinland-Pfalz die Zahlen erst seit 2012 von der aufsichtsführenden Behörde (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) ermittelt, so dass kein Vergleich zu den Vorjahren möglich ist.

bewerbsfähige betriebliche Organisationsstrukturen“ (ebd., 71). Berufliches Engagement entspringt – neben der Bindung an das Unternehmen – vor allem beruflicher Identität. Zahlreiche Autoren (siehe Kap. 2.3.2), allen voran BLANKERTZ (vgl. 1983, 139), betonen die untrennbar miteinander vernetzte Entwicklung von beruflicher Kompetenz und beruflicher Identität; HEINEMANN und RAUNER (vgl. 2009, 69) sprechen von beruflicher Identität als einer Dimension beruflicher Kompetenzentwicklung. Die Entwicklung beruflicher Identität und beruflichen Engagements gilt neben der beruflichen Kompetenzentwicklung als gleichwertiges Ziel beruflicher Bildung (vgl. ebd., 71–72). Um berufliche Identität und berufliches Engagement in der Ausbildung gezielt fördern zu können, muss zunächst geklärt werden, wie sich diese entwickeln und was diesen Entwicklungsprozess positiv wie negativ beeinflusst.

Wie bereits beschrieben, gibt es in Deutschland drei Pflegeberufe, die sich in vielerlei Hinsicht voneinander unterscheiden. Ein derart breites Untersuchungsfeld macht eine Einschränkung der Fragestellung notwendig, um sie zum Gegenstand der empirischen Untersuchung machen zu können. Für die vorliegende Arbeit wird daher die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden ausgewählt; zum einen weil es sich dabei um die zahlenmäßig stärkste pflegerische Berufsgruppe handelt, zum anderen aus persönlichem Interesse der Forscherin heraus. Die vorangegangenen Überlegungen führen somit zu folgender handlungsleitenden Forschungsfrage:

Wie entwickeln sich unter den Voraussetzungen des momentanen Ausbildungssystems und der aktuellen beruflichen Praxis berufliche Identität und berufliches Engagement im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, und welche Faktoren beeinflussen diese Entwicklung?

2 Kategorialer Rahmen

Um die Frage nach der Entwicklung beruflicher Identität und beruflichen Engagements erforschbar zu machen, müssen zunächst drei Kategorien entfaltet werden, welche mit dem Thema im Zusammenhang stehen: berufliche Bildung, berufliche Identität und ihr gemeinsamer Nenner, der Beruf. HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009, 13) weisen darauf hin, dass insbesondere das Identifikationspotenzial eines Berufes die Entwicklung beruflicher Identität grundlegend beeinflusst:

„Prinzipiell setzt sich das Niveau beruflicher Identität, das Auszubildende in ihrer Ausbildung erreichen, aus zwei Komponenten zusammen. So verfügen *Berufe* zum einen über unterschiedliche Identifikationspotentiale (1. Komponente). Diese durch den Beruf gegebene Komponente wird überlagert durch die *lokalen Gegebenheiten einer spezifischen Ausbildungssituation* (2. Komponente)“.¹⁵

Dieser dreiteilige kategoriale Rahmen – Beruf, berufliche Bildung und berufliche Identität – dient mehreren Zielen: Zum einen soll ermittelt werden, welche Einflussfaktoren auf berufliche Engagement-/Identitätsentwicklung aus theoretischen Überlegungen und früheren Forschungsarbeiten bereits identifiziert werden konnten. Ferner sollen Anhaltspunkte für konkrete Fragestellungen gefunden werden, die es ermöglichen, weitere Einflussfaktoren – hier im konkreten Berufsfeld Gesundheits- und Krankenpflege – erforschen zu können. Und schließlich dient er auch als Hintergrund, vor dem die neu gewonnenen Ergebnisse interpretiert werden können.

2.1 Berufe und ihr Identifikationspotenzial

2.1.1 Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden zunächst die Begriffe Beruf, Berufsbild und Beruflichkeit in der Form definiert, wie sie in der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

Der Begriff *Beruf* ist hergeleitet vom Wort Berufung (in ein Amt) oder Bestimmung (für eine Tätigkeit). Die heutige Bedeutung des Wortes wurde von Martin Luther verbreitet, der Beruf im Sinne von göttlicher Berufung bzw. christlicher Bestimmung verwendete (vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 2010, 123).

Bereits die Abstammung der Bezeichnung Beruf weist auf die besondere Beziehung zwischen dem Beruf und seinem Inhaber hin; Begriffe wie Job (aus dem

15 Hervorhebungen im Original

angelsächsischen Sprachraum entstammende Bezeichnung für eine Tätigkeit, um Geld zu verdienen) oder Erwerbstätigkeit können nicht als Synonyme für Beruf betrachtet werden und sind hiervon – wie auch die nachfolgenden Ausführungen zeigen – zu unterscheiden. Verfassungsrechtlich ist ein Beruf „jede auf die Dauer berechnete und nicht nur vorübergehende, der Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage dienende Betätigung“ (BVerwGE 1, 54, 92 [93], 269 [279]; 2, 85 [86], 89 [92], 295 [298]; 4, 250 [254 f.]).

In der Literatur findet sich darüber hinaus eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen für den Begriff Beruf, deren Explikation an dieser Stelle wenig zielführend wäre, da sie im Wesentlichen von der jeweiligen Perspektive bzw. vom disziplinären Zugang (z. B. ökonomische, psychologische oder soziologische Betrachtungsweise) abhängig sind.¹⁶

Für die vorliegende Arbeit interessanter ist die Frage nach den Merkmalen eines Berufs und welche Eigenschaften ihn von der bloßen Erwerbsarbeit unterscheiden. Diese Überlegung führt zu der an die Erörterungen WEBERs (vgl. 1972, 80) angelehnte Definition des Soziologen LEMPERT (2009, 1):

„**Berufe** sind alle Kombinationen spezieller gegenstandsbezogener und sozialer *Qualifikationen, Kompetenzen und Orientierungen*, deren Erwerb Zeit kostet und deren Besitz langfristige Erwerbschancen vermittelt.“¹⁷

Qualifikationen, Kompetenzen und Orientierungen für einen Beruf werden üblicherweise durch eine Ausbildung erworben, durch eine Prüfung nachgewiesen und durch Zertifikate bestätigt (vgl. Lempert 2009, 116). Und da jede Art von Ausbildung in diesem Sinne immer auch mit Anstrengung verbunden ist, ist für das Erlernen eines Berufs stets – mit Blick auf die Ableitung von „Berufung“ – eine wie auch immer geartete Form von Motivation erforderlich.

Sowohl die Berufsdefinition des Bundesverfassungsgerichts wie auch die Definitionen WEBERs und LEMPERTs fokussieren den wirtschaftlichen Aspekt des Berufs; die Definition LEMPERTs beinhaltet darüber hinaus den Erwerb von Wissen und Können, wie auch bei WEBER (vgl. 1972, 80) ein Mindestmaß an Ausbildung für typische Berufe erforderlich ist. Ausgeklammert sind in den zitierten Definitionen hingegen die psychosozialen Seiten des Berufs, welche den Stellenwert des Berufs im Leben eines Menschen ausmachen. Sie gehen über

16 Einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionen des Berufsbegriffs findet sich z. B. bei Henniges, Hasso v./Stoß, Friedemann/Troll, Lothar (1976): Berufsforschung im IAB – Versuch einer Standortbestimmung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Heft 1.

Unter: http://doku.iab.de/mittab/1976/1976_1_MittAB_Henniges_Stooss_Troll.pdf (Zugriff 31.01.2013)

17 Hervorhebungen im Original

den Erwerb von Berufsbildung und die Schaffung und Erhaltung einer finanziellen Lebensgrundlage weit hinaus – diese beiden Aspekte beeinflussen alle anderen Faktoren jedoch entscheidend.

Als Berufsbilder werden Beschreibungen von Berufen definiert, in denen Arbeitsgebiet, Anforderungen, Ausbildungsgänge und Aufstiegschancen möglichst präzise dargestellt sind.¹⁸

Die Berufspädagogik, welche berufliche Bildung bzw. Berufsausbildung zum Gegenstand hat, ist eine Teildisziplin der Erziehungswissenschaften. Der Berufs- und Wirtschaftspädagoge BECK (1997) weist darauf hin, dass der Begriff Beruf, so wie er umgangssprachlich verwendet wird, für die Berufspädagogik nicht geeignet ist. Sinnvoller für eine Wissenschaft, deren Fokus auf den einzelnen Menschen gerichtet ist, erscheint BECK die Verwendung des Begriffs Beruf als eine Bezeichnung, welche die Beziehung zwischen Mensch und Arbeitswelt beschreibt (vgl. ebd., 352). Vom Aspekt der Arbeitswelt her betrachtet bezieht sich Beruf auf die „Bündelung arbeitsplatzförmig organisierter Produktions-(prozeß)erfordernisse für Güter und Dienstleistungen“ (ibd., 353). Die Perspektive des Menschen hingegen führt zum Begriff der Beruflichkeit, welche Beruf als „metakognitiven Bewußtseinsstatus“ (ibd., 353) bzw. „psychische Verfaßtheit des Menschen“ (ibd., 356) beschreibt. Diese Unterscheidung ermöglicht die voneinander unabhängige Erfassung und Evaluation von Zuständen und Veränderungen in beiden Anteilen des Berufsbegriffs (vgl. ebd., 351–354).

2.1.2 Die Bedeutung der Berufsform gesellschaftlicher Arbeit

Der Stellenwert des Berufs im Leben eines Individuums und für die Gesellschaft insgesamt zeigt sich u. a. darin, dass die freie Wahl des Berufs zu den Grundrechten der Bundesrepublik Deutschland gehört. So heißt es in Art. 12 der Grundrechte:

(1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.¹⁹

18 Vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Berufsbild> (Zugriff 11.01.2013)

19 Einen Anspruch auf die Beschäftigung in dem gewählten Beruf oder auf Arbeit überhaupt, so muss einschränkend dazu gesagt werden, gibt es hingegen nicht. Das Recht umfasst jedoch auch die Option, auf eine Berufsausübung gänzlich zu verzichten (vgl. Heinz 1995, 19). Auch die freie Wahl der Ausbildungsstätte ist insofern irreführend, als dass in Zeiten z.B. zulassungsbeschränkter Studiengänge die Wahlfreiheit des Einzelnen sehr wohl eingeschränkt ist.

Auch das sog. Mitbestimmungsurteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 01. März 1997 betont die gesellschaftlich wichtige Position der Berufsform von Arbeit (BVerfGE 7, 377 [397]):

„Der „Beruf“ wird in seiner Beziehung zur Persönlichkeit des Menschen im ganzen verstanden, die sich erst darin voll ausformt und vollendet, daß der Einzelne sich einer Tätigkeit widmet, die für ihn Lebensaufgabe und Lebensgrundlage ist und durch die er zugleich seinen Beitrag zur gesellschaftlichen Gesamtleistung erbringt . [...] Die Arbeit als „Beruf“ hat für alle gleichen Wert und gleiche Würde.“²⁰

Berufe sind für den Menschen demnach mehr als die Grundlage zur Sicherung des Lebensunterhaltes – Berufe haben eine wichtige soziale und identitätsstiftende Funktion. KURTZ (2005) betont in der Einführung seines Werkes „Die Berufsform der Gesellschaft“ diese Aspekte des Berufs: Beruf ist eine wichtige Quelle für das Selbstwertgefühl, normativer Horizont für das gesamte Leben und wichtiger Strukturgeber des Lebenslaufs eines Menschen. Der Beruf bestimmt nicht nur das Einkommen, sondern ganz wesentlich die sozialen Kontakte und die soziale Wertschätzung, die einer Person entgegengebracht wird (vgl. ebd., 9–10). Der Beruf eines Menschen und seine individuelle Lebensbiografie sind demnach stark miteinander verzahnt.

Auch BAETHGE u. a. (1989) bestätigen, dass Arbeit und Beruf nicht nur als Mittel zum Gelderwerb eine Rolle spielen, sondern auch als inhaltliches Sinn-Zentrum, mit dem der Mensch sich identifizieren möchte. Die Autoren beschreiben in diesem Zusammenhang vier Lebenskonzept-Typen, die sich durch die unterschiedlichen Anteile von Aktivität und innerer Anteilnahme hinsichtlich Berufs- und Privatleben voneinander unterscheiden. Demnach sind immerhin 61 % der Personen einem arbeitsorientierten oder dem zwischen Arbeit und Privatleben ausbalancierten Lebenskonzept zuzuordnen (vgl. ebd., 187–237).

Nicht zu vernachlässigen ist darüber hinaus die gemeinschaftsstiftende Funktion des Berufs. Angehörige eines Berufes bilden eine Solidargemeinschaft; dies insbesondere, wenn es darum geht, die eigenen Interessen gegenüber anderen zu vertreten. In diese berufliche Praxisgemeinschaft hinein zu wachsen, in und von ihr zu lernen (siehe Kap. 2.2.2.6) und aktiv die Berufsrolle zu übernehmen sind wichtige Voraussetzungen für Auszubildende zur Entwicklung einer beruflichen Identität (vgl. Heinemann/Rauner 2009, 67).

Damit Berufe diese Funktionen wahrnehmen können, müssen an die Erwerbstätigkeit bestimmte Kriterien erfüllt sein. Wesentlich ist das Gesamtverständnis der Arbeit, ein Aspekt, den u. a. SENNET (1998) in seinem Buch „Der flexible

20 Hervorhebungen im Original

Mensch“ aufgreift. Anhand zahlreicher Beispiele wie dem folgenden zeigt er auf, dass nur ein Gesamtverständnis der Arbeit an sich und des hergestellten Produkts die Entwicklung einer beruflichen Identität ermöglichen (ebd., 92):

„Ein Vietnameser, der kaum Englisch spricht und den Unterschied zwischen einem Bâtard und einem Bagel nicht wirklich versteht, kann diese Maschinen bedienen. Die Klarheit in der Bedienung der Mixer, Rührmaschinen und Öfen hat wirtschaftliche Motive; sie erlaubt es dem Unternehmen, Arbeitskräfte zu niedrigeren Löhnen als früher einzustellen, als die Arbeiter, nicht die Maschinen, das Handwerk beherrschten.“

Diese wiederum ist wichtig für die Sicherung der Stellung der Person in der Gesellschaft. Aus den Beispielen SENNETs geht hervor, dass – auch wenn die Arbeitsbedingungen (scheinbar) noch so arbeitnehmerfreundlich sind – der Verlust von Beruf zu einem Verlust an Orientierung in der Lebenswelt der Arbeiter führt. Nur ein Gesamtverständnis der Tätigkeit führt zu einer stabilen Identität, Basis für gesellschaftliche Stellung und Verbleib im Beruf.

Das Thema Beruf begleitet den Menschen in allen Phasen seines Lebens. So lernen Kinder schon früh den Beruf ihrer Eltern kennen oder machen Erfahrungen mit der Berufstätigkeit anderer Menschen aus ihrem direkten Umfeld. Erste Berufswünsche werden bereits im Kindesalter formuliert, und in der Adoleszenz ist die Berufswahl eine wichtige Entwicklungsaufgabe. Auch nach der eigentlichen beruflichen Laufbahn im höheren Erwachsenenalter bleibt die Bedeutung des Berufs im sozialen Umfeld erhalten (vgl. Stuhlmann 2009, 38–39).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Beruf für den Menschen nicht nur Einkommenschancen sichert, sondern seine soziale Position in der Gesellschaft definiert und eine wichtige Quelle für das Selbstwertgefühl einer Person darstellt. Der Mensch möchte sich mit seinem Beruf identifizieren und wählt – sofern machbar – einen Beruf, der ihm diese Identifikation auch ermöglicht. Ein wesentliches Kriterium hierfür ist das Gesamtverständnis der beruflichen Tätigkeit; das muss sowohl bei der Schaffung neuer bzw. Evaluation vorhandener Berufsbilder als auch im Zusammenhang mit beruflicher Bildung und Ausbildung berücksichtigt werden. Auch im Hinblick auf die Erforschung beruflicher Identität bzw. von Engagement muss dieser Aspekt im Blick behalten werden.

2.1.3 Berufsklassifikationen

Unterschiede hinsichtlich der Blickweise auf berufliche Arbeit in Deutschland und im internationalen Kontext zeigen Klassifikationen von Berufen, im Folgenden am Beispiel KldB 2010, ISCO-08 und ESCO.

Deutsche Klassifikation der Berufe KldB 2010

Die KldB 2010 wurde mit dem Ziel entwickelt, eine den Besonderheiten des deutschen Arbeitsmarktes gerecht werdende, nationale Klassifikation zu schaffen, die auch zur internationalen Klassifikation ISCO-08 kompatibel ist. Sie bietet eine Übersicht über die Art und Komplexität der Berufe und orientiert sich dabei an Berufsdefinitionen, welche die sozialen und identitätsstiftenden Aspekte beruflicher Arbeit mit einbeziehen (vgl. KldB 2010a, 24–25). Die KldB 2010 unterscheidet zehn übergeordnete Berufsbereiche und innerhalb der berufsfachlich gegliederten Berufsuntergruppen jeweils vier Anforderungsniveaus: von der untersten Niveaustufe der Helfer-/Anlernertätigkeiten über fachlich ausgerichtete Tätigkeiten und komplexe Spezialistentätigkeiten bis hin zu hochkomplexen Tätigkeiten, die i. d. R. eine mindestens vierjährige Hochschulbildung und/oder entsprechende Berufserfahrung erfordern (vgl. ebd., 27–28).

Als Beispiel für die Ausdifferenzierung von Berufen nach dem Anforderungsniveau (vgl. KldB 2010b, 4) findet sich folgende Klassifizierung:

- Niveau 1 – Helfer-/Anlernertätigkeiten: Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in,
- Niveau 2 – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in,
- Niveau 3 – komplexe Spezialistentätigkeiten: Fachkrankenschwester/-pfleger,
- Niveau 4 – hoch komplexe Tätigkeiten: Allgemeinarzt/-ärztin.

Im Hinblick auf die internationale Vergleichbarkeit ist an dieser Stelle die Feststellung interessant, dass in der internationalen Klassifikation ISCO-08 akademisch qualifizierte Pflegepersonen auf dem höchsten Level klassiert sind. In der KldB 2010 steht – vermutlich ein Relikt aus vergangener Zeit, als noch davon ausgegangen wurde, die ärztlichen Kompetenzen beinhalteten automatisch die der Pflegenden und Krankenpflegepersonen seien „halbe Ärzte“ – der Allgemeinarzt über der Fachkrankenschwester.

Internationale Klassifikation ISCO-08 (International Standard Classification of Occupations)

Im Gegensatz zur KldB 2010 orientiert sich die ISCO-08 an einer Berufsdefinition, welche Beruf lediglich als ein Set von Aufgaben und Pflichten definiert, die von einer Person für einen Arbeitgeber oder als Selbständiger erfüllt werden (vgl. ISCO-08a). Sie folgt damit im Prinzip der Idee des Human Resource Ma-

nagements, welche den Beschäftigten weniger als Mitarbeiter, sondern vielmehr als Träger von Wissen und Qualifikationen ansieht, die es gezielt im Sinne des Unternehmens einzusetzen gilt.

Die Klassifizierung erfolgt anhand von Fähigkeiten (skills), die zur Erfüllung der Aufgaben eines Berufs notwendig sind. Hierbei wird zwischen Grad der Komplexität der Aufgaben (skill level) und dem Gebiet, auf dem Kenntnisse notwendig sind (skill specialisation) – bestimmt durch die verwendeten Maschinen, Werkzeuge, Werkstoffe und Art der Produkte und Dienstleistungen, die erzeugt werden – differenziert (vgl. ISCO-08a). Die ISCO-08 unterscheidet vier Skill Levels, hier am Beispiel der Berufe im Krankenhaus dargestellt (vgl. ISCO-08b):

- Level IV: akademische und verwandte Gesundheitsberufe, z.B. akademische Krankenpflegekräfte,
- Level III: Assistenzberufe im Gesundheitswesen, z.B. nicht akademische Krankenpflegekräfte. Die Abgrenzung zu den akademischen Krankenpflegekräften sollte durch die Art der Tätigkeit, nicht durch die Qualifikation erfolgen (Planung, Koordinierung, Forschung (Level IV) vs. Umsetzung von Gesundheits-/Pflege-/Behandlungsplänen auf Level III),
- Level II: Betreuungsberufe im Gesundheitswesen, z.B. Pflegehelfer, deren Aufgaben die Unterstützung der Patienten, z.B. in der Körperpflege, nach von Fachkräften erstellten Plänen ist und
- Level I: Hilfsarbeiterkräfte, z.B. das Reinigungspersonal in Krankenhäusern.

Um die Vielfalt der beruflichen Ausbildungs- und Qualifizierungsformen in Deutschland zu berücksichtigen, die mit der ISCO-Systematik nur schwer oder gar nicht abzubilden sind, wurde die deutsche Klassifikation nicht durch die ISCO-08 ersetzt. Ein Umsteigeschlüssel zur ISCO-08 macht die KldB 2010 jedoch kompatibel zur internationalen Klassifikation (KldB 2010a, 14–15).

Europäische Klassifikation der Berufe ESCO (European Taxonomy of Skills, Competences and Occupations)

Die ESCO verfolgt das Ziel, nationale Bildungssysteme und Vermittlungsprozesse auf dem Arbeitsmarkt besser zu verknüpfen und mehr Transparenz hinsichtlich Qualifikationen und Qualifikationsniveaus zu erreichen. Die ESCO soll Berufsprofile mit Fähigkeiten, Kompetenzen und evtl. Qualifikationen verknüpft beschreiben. Eine Ablösung der KldB 2010 durch die ESCO ist ausdrücklich nicht geplant. Ein Termin für eine Veröffentlichung ist bisher nicht genannt; in den nächsten Jahren (2014/2017) sollen alle Begriffe aktualisiert, ergänzt und

an die Terminologie des Europäischen Qualifikationsrahmens angepasst werden (vgl. Deutscher Bundestag 2011, 2–5).

RAUNER (2012a) weist nachdrücklich darauf hin, dass eine Modularisierung beruflicher Ausbildung, wie sie mit der ESCO intendiert ist, tendenziell eher zu einer Dequalifizierung der Beschäftigten als zu einer Flexibilität der Arbeitsmärkte beiträgt (vgl. ebd., 5). Auch in einer Stellungnahme des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung wird explizit vor möglicherweise negativen Folgen für das deutsche Berufsbildungssystem durch die kleinteilige Beschreibung von Kompetenzen und Qualifikationen gewarnt (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2011a, 3).

2.1.4 Zukunft des Berufsprinzips

Einen Beruf als gesicherte, langfristige Erwerbsquelle zu haben und dafür eine Ausbildung oder ein Studium zu absolvieren, gilt hierzulande fast durchgängig als erstrebenswert; unser gesamtes Berufsbildungswesen ist darauf hin ausgerichtet. Um eine qualitativ hochwertige, verantwortliche Arbeit sowie eine Identifikation der Beschäftigten mit ihrem Beruf zu ermöglichen, sollten Berufsbilder arbeits- und geschäftsprozessorientiert anstatt verrichtungsorientiert gestaltet werden (vgl. Heidegger 1991, 205, Rauner 2005, 15 u. 2010, 144–147).

Dass dies in anderen Ländern mit ihren eigenen Berufsbildungssystemen durchaus anders gesehen wird, zeigt der Blick auf internationale Klassifizierungen wie ISCO-08 und – soweit zum jetzigen Stand der Diskussion überhaupt schon zu beurteilen – auch die ESCO. Beide Klassifizierungen lösen das Berufsprinzip auf und unterteilen stattdessen nach Tätigkeiten und Aufgabenbereichen. Dies führt mit Hinblick auf eine nicht mehr umkehrbare Globalisierung und Europäisierung zu der Frage nach der Zukunft des Konstrukts Beruf.

Die Ausführungen zahlreicher Sozialwissenschaftler lassen darauf schließen, dass der Beruf als Strukturgeber sowohl des Arbeitsvermögens als des Lebenslaufes einzelner Berufstätiger durchaus zukunftsfähig ist. So wird die von KURTZ (2005) in seinem Buch „Die Berufsform der Gesellschaft“ diskutierte Frage, ob der Beruf in unserer Gesellschaft eine Zukunft hat, von LEMPERT, unter Bezugnahme auf Statements von GREINERT, MEYER, RAUNER/AHRENS, ACHTENHAGEN, GEISLER/ORTHEY, mit Blick auf die Nachteile einer Abkehr vom Berufsprinzip – eindeutig bejaht (vgl. Lempert 2007, 461–467). Dennoch, so konstatiert LEMPERT (2007) in seinem Fazit, muss geklärt werden, „was da wert sein könnte, auch übermorgen nach Möglichkeit als ‚Beruf‘ oder ‚Beruflichkeit‘ definiert, kultiviert und konserviert zu werden“²¹ (ebd., 465).

21 Hervorhebungen im Original

Argumente für das Berufsprinzip in diesem Sinne, hier im Hinblick auf das Zusammenwachsen Europas, liefert ebenfalls der Schweizer Soziologe JAEGER (1989), der in seinem Vortrag „Die kulturelle Einbettung des europäischen Marktes“ das kulturelle Phänomen der Arbeitsmoral thematisiert. Arbeitsmoral versteht JAEGER als „die Bereitschaft, weitgehend beliebige Arbeiten diszipliniert zu verrichten“ (ebd., 564) bzw. sorgfältig, fleißig und pünktlich möglichst viel zu leisten (vgl. Jaeger/Bieri/Dürrenberger 1987, 58). Arbeitsmoral in diesem Sinne gründet auf WEBERS Ausführungen zur protestantischen Ethik²² und stellt eine Art von Motivation zur Verrichtung der Arbeit dar. Diese Bedeutung von Arbeitsmoral ist – so JAEGER – in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend verloren gegangen. In seinem Vortrag wirft er die Frage auf, ob nicht ein anderes normatives Feld als funktionelles Äquivalent die Arbeitsmoral ersetzen kann. Als ein solches Äquivalent identifiziert JAEGER (1989) die Berufsethik (ebd., 567–568):

„Denn unabhängig von der Arbeitsmoral scheint ein normatives Feld zu bestehen, welches am Berufsleben nicht so sehr den Charakter einer entbehnungsvollen Pflicht als vielmehr die Qualitäten von Kooperation und Kommunikation betont. Wir bezeichnen dieses normative Feld als *Berufsethik*.“²³

Während Arbeitsmoral die Art der Arbeitsausübung meint, bezieht sich Berufsethik auf den Inhalt bzw. den Gegenstand der Arbeit. Berufsethik als Motivation, seine Tätigkeit qualitativ hochwertig auszuführen, anstelle von Arbeitsmoral, erfordert zu ihrer Entfaltung jedoch einen Beruf, da sie nicht an die Verrichtung einer Tätigkeit, sondern eben an die Ausübung eines Berufs gebunden ist. JAEGER verweist abschließend auf Forschungsergebnisse, die darauf hindeuten, dass die Grundlegung einer Berufsethik – auf der Basis der Institution Beruf – im Wirtschaftsraum Europa deutlich bessere Chancen bietet, im globalen Wettbewerb zu bestehen als die Arbeitsmoral (vgl. 1989, 571).

Auch wenn Transparenz hinsichtlich Qualifikationen und Kompetenzen im Zusammenhang mit einer internationalen Anschlussfähigkeit notwendig und auch wünschenswert sind – bisher sprechen alle Argumente für eine Gestaltung von Berufen und Berufsbildern, welche die bereits genannten Anforderungen erfüllen.

2.1.5 Identifikationspotenzial von Berufen

Der Begriff *Identifikation* ist abgeleitet von *Identität*, was völlige Übereinstimmung, Gleichheit und Wesenseinheit bedeutet. *Identifizieren* bedeutet die

22 Vgl. hierzu auch Sennet 1998, 131–157

23 Hervorhebung im Original

Identität feststellen, einander gleichsetzen (vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 2010, 570).

Das *Identifikationspotenzial* von Berufen ist als das „Vermögen“ von Berufen zu verstehen, bei berufsinteressierten Personen und Berufsangehörigen eine hohe Übereinstimmung zwischen den Interessen, Fähigkeiten und Neigungen der Person und dem Berufsbild herzustellen. Der Beruf soll das Potenzial haben, dass der Berufstätige sich mit ihm identifizieren, also mit ihm „eins“, d. h. identisch werden kann.

Das Identifikationspotenzial von Berufen ist, so HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009), neben den Gegebenheiten der spezifischen Ausbildungssituation eine der beiden Komponenten, welche den Grad der Ausprägung beruflicher Identität maßgeblich beeinflusst (vgl. ebd., 13).

Das wirft die Frage auf, wovon genau das Identifikationspotenzial eines Berufes eigentlich abhängt. Als ein entscheidendes Kriterium hierfür zeigt RAUNER (2005) den Einfluss der Stabilität von Berufen auf (ebd., 15):

„Die Verankerung von Berufsbildern im gesellschaftlichen Bewusstsein, ihre Tauglichkeit für die Orientierung bei der Berufswahl sowie das identitätsstiftende Potenzial eines Berufes für Auszubildende und Beschäftigte hängen entscheidend von der Stabilität der Berufe ab.“

Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Einflussfaktoren auf das Identifikationspotenzial von Berufen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen: Beispiele hierfür sind das Ansehen des Berufs in der Gesellschaft und die Vielseitigkeit des beruflichen Tätigkeitsfeldes.

Stabilität von Berufen und Verankerung im gesellschaftlichen Bewusstsein

Den Begriff der *Stabilität* von Berufen verwendete bereits WEBER (1972), der typische und stabile Berufe u. a. daran festmachte, dass für die Berufsausübung ein Mindestmaß an Ausbildung erforderlich ist und für die Tätigkeit kontinuierliche Erwerbschancen bestehen (vgl. ebd., 80).

Hinsichtlich ihrer Verankerung im gesellschaftlichen Bewusstsein zeigen die heute existenten Berufe erhebliche Unterschiede. Einflussfaktoren auf die Verankerung im Bewusstsein der Menschen sind z. B. das „Alter“ eines Berufes und die Bekanntheit des Berufsbildes. So gibt es Berufe, welche bereits in der Bibel beschrieben sind und die bis heute existieren; andere Berufe aus vergangenen Zeiten sind hingegen ausgestorben – sie werden heute in der ursprünglichen Form nicht mehr benötigt und wurden durch neue Berufe ersetzt. Die bis heute bestehenden „alten“ Berufe wurden im Laufe der Zeit Lebensum-

ständen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und der technischen Entwicklung zwar angepasst, die eigentliche Tätigkeit hingegen veränderte sich nur wenig. Diese Berufe sind im gesellschaftlichen Bewusstsein fest verankert. Das gilt auch für Berufe, die zwar jünger, aber ebenfalls weltweit verbreitet sind. Auch wenn es individuelle, kulturbezogene Unterschiede im Tätigkeitsprofil gibt, haben dennoch die meisten Menschen eine Vorstellung davon, mit welchen Aufgaben sich die jeweiligen Berufsangehörigen beschäftigen.

Viele andere Berufe hingegen sind in ihrem Tätigkeitsprofil Nicht-Berufsangehörigen weitgehend unbekannt und werden entsprechend auch bei der Berufswahl weniger berücksichtigt. So werden von Schülern allgemeinbildender Schulen letztlich immer wieder die gleichen Wunschberufe genannt. Dies spiegeln indirekt auch die Zahlen einer Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) über den Zeitraum vom 01.10.2010 bis 30.09.2011 wider: Knapp ein Viertel (133.979 von 570.100) der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge verteilte sich auf nur sieben Ausbildungsberufe (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2011b).

Ein weiteres Kriterium für die Stabilität und Langlebigkeit von Berufen ist die Orientierung des Berufsbildes an Arbeitszusammenhängen. Entlang abnehmender Orientierung am Arbeitszusammenhang können vier Klassen von Berufen unterschieden werden; insbesondere technologieverbundene und verrichtungsorientierte Berufe gelten als kurzlebig (vgl. Rauner 2005, 15):

- zeitlose Berufe wie Arzt, Pilot und zahlreiche Handwerksberufe,
- technologisch induzierte Berufe wie Elektro- und Chemieberufe,
- technologiegebundene Berufe, z. B. Prozessleitelektroniker und
- verrichtungsorientierte Berufe, z. B. Dreher (heute Zerspanungsmechaniker).

Wenn auch Stabilität und Langlebigkeit Berufe qualifizieren und ihnen Identifikationspotenzial verleihen – Berufsbilder bedürfen auch der kontinuierlichen Anpassung an gesellschaftliche, wirtschaftliche und technische Entwicklungen. Die moderne Arbeitswelt unterliegt einer permanenten Veränderung, die eben auch berufliche Anforderungen, Berufsbild und Qualifikationsanforderungen einer permanenten Reflexion und Überarbeitung unterwirft.²⁴ Am Beispiel der

24 2011 wurden allein fünfzehn Ausbildungsberufe den veränderten Ansprüchen entsprechend modernisiert, ein neuer Ausbildungsberuf (Medientechnologe) kam hinzu. 2012 wurden fünf Berufe neu geordnet, einer davon ist der traditionelle Beruf des Schornsteinfegers. 2013 werden zwei neue Ausbildungsberufe in Kraft treten; 15 Berufe stehen in diesem Jahr zur Modernisierung an (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2013). Siehe hierzu: <http://www.bibb.de/de/846.htm> (Zugriff 11.01.2013)

personenbezogenen Dienstleistungsberufe, zu denen auch die Pflege zählt, legt FRIESE (2010) dar, dass in Deutschland eine deutliche Ausdehnung des Dienstleistungssektors zu beobachten ist. Alleine im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen war von 1970 bis 2010 ein Wachstum von 6,5 % zu verzeichnen. Zwischen 1995 und 2010 hat Anzahl der Erwerbstätigen in diesem Bereich um 10 % zugenommen (vgl. ebd., 50). 2011 machte der Anteil der Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich bereits 74 %, also fast drei Viertel der Gesamterwerbstätigkeit in Deutschland aus (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2013).²⁵

Die demografische Entwicklung lässt nicht nur ganz neue Berufe entstehen, sondern auch vorhandene Berufsbilder durch neue Aufgabenbereiche ergänzen (siehe z. B. die Ausführungen zur Heilkundeübertragungsrichtlinie in Kapitel 1.2.1). Derartige Veränderungen im Berufsbild beeinflussen sowohl die gesellschaftliche Wahrnehmung des Berufs als auch das Identifikationspotenzial desselben: So könnte die Attraktivität des Pflegeberufs durch die Übernahme ärztlicher Aufgaben durchaus gewinnen, vorausgesetzt, die Berufsangehörigen füllen den neuen Tätigkeitsbereich verantwortungsbewusst und fachkompetent aus und sind in der Lage, dies auch entsprechend darzustellen.

Ansehen von Berufen

Ein weiterer potenzieller Einflussfaktor auf das Identifikationspotenzial eines Berufes ist sein gesellschaftliches Ansehen. Das Institut für Demoskopie Allensbach ermittelt regelmäßig das Ansehen von Berufen. Den zu befragenden Personen wird eine Liste von Berufen mit der Aufforderung vorgelegt, jene fünf Berufe herauszusuchen, „die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben“. In der Erhebung von 2011 lag der Arzt (82 %), gefolgt von der Krankenschwester (67 %) und dem Lehrer (43 %) an erster Stelle (Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011). Eine europaweite Befragung von 25.000 Lesern des Magazins „Reader’s Digest“, bei der es um Vertrauen in Berufsgruppen ging, positionierte die Pflege nach Feuerwehrleuten, Piloten und Apothekern auf Platz vier noch vor der Berufsgruppe der Ärzte.²⁶ Dieses Ansehen unterliegt Veränderungen und ist beispielsweise abhängig von aktuellen Ereignissen oder der Darstellung der Berufe in den Medien: Zum Beispiel gewann der Beruf des Feuerwehrmanns in den USA nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 erheblich an Ansehen, während die Finanzkrise si-

25 Siehe hierzu eine Meldung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie: <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Mittelstand/Mittelstandspolitik/dienstleistungen,did=239884.html> (Zugriff 31.01.2013)

26 Siehe hierzu: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1922/umfrage/vertrauen-in-berufstaeuend/> (Zugriff 07.01.2013)

cher auch mit ein Grund dafür ist, dass Bankangestellte mit nur 4 % Zustimmung in der Allensbach-Skala von 2011 derzeit auf den hinteren Plätzen rangieren. In Anbetracht dessen, dass Menschen mit der Wahl ihres Berufes einen bestimmten gesellschaftlichen Status erwerben möchten, spielt das Ansehen des Berufs für sein Identifikationspotenzial eine durchaus wichtige Rolle.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang auch die Berufsbezeichnung an sich zu nennen, da sie eng mit den Vorstellungen von einem Beruf korrespondiert und den Wunsch, in einem Beruf zu arbeiten, beeinflusst.²⁷ Es macht durchaus einen Unterschied in der Antizipation des künftigen Status, ob eine junge Frau sich für eine Ausbildung zur „Arzthelferin“ oder zur „medizinischen Fachangestellten“ (seit 2006 offizielle Berufsbezeichnung) interessiert. Die Bezeichnung Fachangestellte impliziert medizinisches Fachwissen und Kompetenz, Arzthelferin hingegen die bloße Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten.

Vielseitigkeit des beruflichen Tätigkeitsfeldes

Aber auch die Komplexität eines Berufs, d. h. seine Vielseitigkeit hinsichtlich der Arbeitsaufgaben und die Möglichkeiten, sich weiter zu qualifizieren – und damit sich selbst weiter zu entwickeln – haben Einfluss sein Identifikationspotenzial. Vielseitig interessierte Schulabsolventen möchten ihre persönlichen Fähigkeiten und Interessen im zukünftigen Beruf anwenden und ausleben können, abwechslungsreiche Tätigkeiten durchführen und Möglichkeit zur Weiterentwicklung haben – kurz gesagt: Der Beruf muss zum persönlichen Selbstkonzept des Berufsangehörigen passen.

In Bewerberauswahlverfahren für die Gesundheits- und Krankenpflege werden oft von Bewerbern – nach Gründen für ihren Berufswunsch befragt – eben die Vielseitigkeit des Berufes und die Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung bzw. Spezialisierung angeführt. So äußern z. B. insbesondere männliche Bewerber nicht selten, sich eine zukünftige Tätigkeit im Operationsdienst oder auf einer Intensivstation vorstellen zu können. Sie begründen dies mit technischem Interesse, welches mit ihrem Wunsch nach sozialem Engagement einhergeht. Auch die partielle Durchlässigkeit in den tertiären Bereich, die Möglichkeit einer akademischen Qualifizierung, sind Argumente, die oft genannt werden.²⁸

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass das Identifikationspotenzial eines Berufs ein vielschichtiges Konstrukt ist, welches von verschiedenen und verän-

27 Siehe hierzu ausführlich: Eberhard, Verena/Krewerth, Andreas/Ulrich, Joachim Gerd (2010): Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die beruflichen Neigungen von Jugendlichen. In: Euler, D./Walwei, U./Weiß, R. (Hrsg.): Berufsforschung für eine moderne Berufsbildung – Stand und Perspektiven, ZBW Heft 24, Stuttgart 2010, 127–156

28 Die Aussage beruht auf persönlichen Erfahrungen der Verfasserin aus Bewerberauswahlgesprächen.

derlichen Faktoren abhängt. Die Stabilität und Langlebigkeit eines Berufs spielen eine bedeutende Rolle, aber auch das Ansehen in der Gesellschaft und die Vielfalt der Entwicklungsmöglichkeiten für (angehende) Berufsangehörige. Zu beachten ist jedoch bei alledem, dass Identifikationspotenziale von Berufen eine subjektbezogene Komponente haben; sie sind immer auch von der Sozialisation eines Menschen *für* den jeweiligen Beruf geprägt.

2.1.6 Pflege als Beruf – ein historischer Rückblick

Gegenstand dieser Arbeit ist die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit besonderem Fokus auf die Auszubildenden in diesem Beruf. Die Pflege kranker und hilfsbedürftiger Menschen hat eine lange Geschichte, von der die Pflege, die pflegerische Ausbildung und das berufliche Selbstverständnis – und damit auch die berufliche Identitätsentwicklung – bis zum heutigen Tage beeinflusst sind. Für das Verständnis der aktuellen Situation und der damit einhergehenden Probleme ist ein Rückblick in die Geschichte unverzichtbar. Deshalb wird im Folgenden die Entwicklung der beruflichen Pflege und der Pflegebildung kurz skizziert; nicht mit dem Ziel einer vollständigen Abbildung, sondern mit Fokus auf Geschehnisse und Personen, die bis heute den Beruf, die berufliche Bildung und das berufliche Selbstverständnis prägen.²⁹

Das 16. und 17. Jahrhundert

Aufgrund der Botschaft des Neuen Testaments, dass dem Nächsten zu helfen sei³⁰, waren bis ins Spätmittelalter hinein v. a. die Klöster Orte der Pflege, wo kranken Mönchen, Laienbrüdern, Pilgern und Hilfsbedürftigen Hilfe zuteilwurde.

Die Wurzeln einer Pflegeausbildung in Deutschland gehen zurück auf die Gründung katholischer Pflegeorden in der Neuzeit. Wichtige geschichtliche

29 Die bewegte Geschichte der Krankenpflege von der Antike über das Mittelalter bis zur Neuzeit wird an dieser Stelle ausgespart, da ihre Auswirkungen in die dargestellten späteren Entwicklungen einfließen bzw. angebaute Entwicklungen sich fortsetzen. Aus dem gleichen Grund wird auch die Entwicklung der Militärkrankenpflege an dieser Stelle nicht gesondert thematisiert.

30 „Dann werden ihm die Gerechten antworten: Herr, wann haben wir dich hungrig gesehen und dir zu essen gegeben, oder durstig und dir zu trinken gegeben? Und wann haben wir dich fremd und obdachlos gesehen und aufgenommen, oder nackt und dir Kleidung gegeben? Und wann haben wir dich krank oder im Gefängnis gesehen und sind zu dir gekommen? Darauf wird der König ihnen antworten: Amen, ich sage euch: Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan.“ (Matthäus 25, 34–41)
„Was meinst Du: Wer von diesen dreien hat sich als der Nächste dessen erwiesen, der von den Räubern überfallen wurde? Der Gesetzeslehrer antwortete: Der, der barmherzig gehandelt hat. Da sagte Jesus zu ihm: Dann geh und handle genauso!“ (Lukas 10, 25–37)

Ereignisse der frühen Neuzeit waren Reformation und Gegenreformation (1517³¹–1555³²) sowie der Dreißigjährige Krieg (1618–1648), der alleine in Deutschland durch Kriegshandlungen, Hungersnöte und Seuchen einem Drittel der Bevölkerung das Leben kostete, weite Teile des Landes entvölkerte und mit dem Abschluss des Westfälischen Friedens in Münster und Osnabrück endete. Dem gegenüber standen revolutionäre Entwicklungen der Medizin, wie die Erforschung der menschlichen Anatomie³³, die Entdeckung des großen Blutkreislaufes³⁴ und die der Kapillaren³⁵, welche zu einer sich immer mehr als Naturwissenschaft etablierenden Medizin beitrugen (vgl. Seidler/Leven 2003, 136–146 u. Wolff/Wolff 2008, 79).

Die Reformation, die zur Entstehung neuer und vom Papsttum unabhängiger Kirchen führte, beeinflusste auch die Ausübung der Heilkunde und Pflege: In den Ländern, die sich zur Reformation bekannten, wurden viele Klöster zu Irrenhäusern, Gefängnissen und Armenhäusern umgewidmet. Der nun entstehende Mangel an Pflegepersonal führte zum sog. Lohnwartesystem, d. h. der Dienst an Kranken wurde von Wärterinnen und Wärtern gegen Unterkunft (häufig im Krankensaal), Verpflegung und schlechte Bezahlung ausgeführt. Das Lohnwartepersonal kam meist aus den unteren Bevölkerungsschichten, war ungenügend ausgebildet und galt als unzuverlässig, wie folgende Quelle aus dem Buch „Anleitung zur Krankenwartung“ aus dem Jahre 1832 des Berliner Arztes Prof. Johann Friedrich Dieffenbach belegt (Möller/Hesselbarth 1998, 57):

„Es ist ein wahrer Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenträger und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Triefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach Meinung der Leute zum Wärter gut genug.“

Eine Verbesserung der desolaten Situation konnte erst durch die Gründung neuer katholischer Pflegeorden erzielt werden. Hier sind als Wegbereiter die Pflegeorden von Johannes von Gott und Vinzenz von Paul zu nennen, deren Wirken hier näher dargestellt wird.

Johannes von Gott (1495–1550)

Der Portugiese Juan des Ciudad, im Jahre 1691 als Johannes von Gott heiliggesprochen, eröffnete 1539 im spanischen Granada ein Hospital und widmete

31 Beginn der Reformation durch Martin Luther

32 Augsburger Reichs- und Religionsfrieden

33 Hier seien insbesondere Andreas Vesalius (1514–1564) und Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), genannt Paracelsus, zu nennen.

34 William Harvey (1578–1657)

35 Marcello Malpighi (1628–1694)

sein Leben der karitativen und pflegerischen Betreuung der Kranken. Unterstützt wurde er in seiner Arbeit durch eine Gruppe von Männern, die sich mit päpstlicher Genehmigung bereits seit 1586 „Orden der Barmherzigen Brüder“ nannten und sich rasch über ganz Europa verbreiteten. Die Brüder verpflichteten sich zum unentgeltlichen und ausschließlichen Wirken als Krankenpfleger. Neben den klassischen Mönchsgelübden Armut, ehelose Keuschheit und Gehorsam legten sie (und tun es bis heute) das Gelübde der Hospitalität³⁶ ab. Das erste Hospital der Barmherzigen Brüder in Deutschland entstand um 1626 in Neuburg an der Donau. 1718 führten die Barmherzigen Brüder eine einjährige Krankenpfleger-Unterweisung ein, welche die Brüder im Prager Brüder-Spital absolvierten. (vgl. Seidler/Leven 2003, 146, Wolff/Wolff 2008, 84–85 u. <http://www.barmherzige.de>). Als Vorläufer der heutigen Pflegedokumentation begannen die Barmherzigen Brüder 1658 in Neuburg auch mit der Niederschrift von Krankengeschichten, wie folgender Auszug aus dem Krankenprotokollbuch des Hospitals der Barmherzigen Brüder in Graz von 1685 zeigt (Hähner-Rombach 2011, Quelle II, 3):

„[E.260] Nr. 25. Den 10. Marty khombt Franz F[.], Diener bey Ihre Gräffl[ichen] G[naden] Herrn Hieronymus v[on] Herberstein. Gebirtig von Foeisting aus Bayern, alt 27 Jahr, behafft mit 4-tägl[ichen] Fiber. Bringt mit sich braunes Khlaidt, ohne Gelt. Der Vatter Walter, die Mutter Maria Catharina annoch bey Leben. Catholl[isch]. Ist den 26. April gesund hinausgangen.“

Die Hospitäler der Barmherzigen Brüder nahmen nur männliche Kranke auf. Ihre krankenschwermächtige Arbeit wies zudem auch eine große Nähe zu den Tätigkeiten der Wundärzte auf. Im Gegensatz zu den universitär ausgebildeten Ärzten waren deren Aufgabenbereiche sehr begrenzt (vgl. Wolff/Wolff 2008, 84–85).

Vinzenz von Paul (1581–1660)

Im Bereich der weiblichen Krankenpflege war es der im Jahre 1737 heiliggesprochene Franzose Vincent de Paulo, der zu grundlegenden Neuerungen führte.

36 „Hospitalität lässt sich, einfach ausgedrückt, mit dem Wort Gastfreundschaft übersetzen. Man muss dieses Wort Gastfreundschaft jedoch biblisch interpretieren, um zu verstehen, was Hospitalität im Geist der Tradition des heiligen Johannes von Gott bedeutet. Die Konstitutionen des Ordens der Barmherzigen Brüder sehen den Ursprung dieses Gelübdes im Leben Jesu selber, der, vom Geist gesalbt und gesandt, den Armen die Frohe Botschaft brachte und die Kranken heilte (vgl. Lukas 4, 18–19). Die Konsequenz der gelobten Hospitalität wird von den Konstitutionen mit drei knappen Sätzen umschrieben: sich für die Rechte der Person einzusetzen und über sie zu wachen; der Mensch hat das Recht, geboren zu werden und menschenwürdig zu leben; er hat den Anspruch auf Pflege in seiner Krankheit und das Recht, in Würde zu sterben. Diese sehr knappen Aussagen müssen auf den jeweiligen Zweck der Einrichtung hin interpretiert werden.“ (<http://www.barmherzige.de/1346.html>, Zugriff 11.01.2013)

Der ursprüngliche Pfarrer gründete mit dem Ziel, „die schlecht geregelte Mildtätigkeit‘ in geordnete Bahnen“ (Seidler/Leven 2003, 148)³⁷ zu bringen, zunächst eine Caritasbruderschaft, der sich Frauen jeglichen Familienstands anschließen konnten. Ziel der Bruderschaft war es, Kranke im häuslichen Umfeld zu pflegen, ihnen Essen zu bringen und sie seelisch zu unterstützen (vgl. ebd., 148). Ihr folgten zahlreiche Gründungen von Bruderschaften und Einrichtungen für Kranke und Bedürftige; die populärste Gründung Vinzenz von Pauls war jedoch – gemeinsam mit Louise de Marillac (1591–1660) – die Schwesternschaft der Vinzentinerinnen im Jahre 1617. Hierzu holte Vinzenz von Paul Mädchen vom Lande in die Stadt, die für ihre Tätigkeit am Krankenbett nicht nur im Lesen, Schreiben und Rechnen, sondern auch in den Grundregeln pflegerischer Tätigkeit und in ethischen Grundsätzen der Krankenpflege unterrichtet wurden. Die Schwestern trugen bei ihrer Arbeit kein Ordenskleid, sondern die weltliche Tracht der einfachen Bauersfrau; auch verzichteten sie auf die religiöse Weihe. Ihr Gelübde wurde auf ein Jahr befristet und konnte immer wieder erneuert werden. Der Orden der Vinzentinerinnen wurde 1655 vom Papst als Pflegeorden anerkannt.

Eine weitere, wesentliche Neuerung für die Entwicklung der Pflege führten jene Vinzentinerinnen durch das sog. Mutterhaussystem ein. Vom Mutterhaus wurden die Schwestern dorthin entsandt, wo sie benötigt wurden. Per (Gestellungs-)Vertrag wurde das Verhältnis zwischen den Schwestern, dem Hospital und dem Mutterhaus festgelegt (vgl. Kaster 2007, 39–41, Seidler/Leven 2003, 148–149 u. Wolff/Wolff 2008 85–86 u. <http://www.vinzentinerinnen.de/unser-gruender.html>). Diese Form der Arbeitnehmerüberlassung findet bis heute beim Roten Kreuz Anwendung.

Vom 18. Jahrhundert bis zum Zweiten Weltkrieg

Von Anfang bis Mitte des 18. Jahrhunderts waren die Hospitäler mit sozial unterprivilegierten Kranken, schwangeren Mädchen, Findelkindern und Sterbenden überfüllt; gut situierte Bürger ließen sich stattdessen im häuslichen Umfeld pflegen. Erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts entwickelten sich Hospitäler hin zu Krankenhäusern. Die hygienischen Verhältnisse waren jedoch katastrophal und das Niveau der Pflegenden niedrig. Auch die Pflegeorden konnten keinen adäquaten Nachwuchs rekrutieren (vgl. Seidler 1980, 127 u. Wolff/Wolff 2008, 87–89). Einen Eindruck der Situation im Jahre 1781 vermittelt der Bericht von NICOLAI³⁸ vom Spital der Barmherzigen Brüder in Leopoldstadt (Hähner-Rombach 2011, Quelle II, 6):

37 Hervorhebung im Original

38 Nicolai, Friedrich (1784): Beschreibung einer Reise durch Deutschland und die Schweiz im Jahre 1781. 3. Bd. Berlin, Stettin: S. 222 f.; Beilage VI. 4, S. 46 f. (Auszüge)

„Im Jahr 1780 verpflegten sie 1754 Kranke, von denen 234 verstarben. Im Jahre 1782, 2377, wovon 322 starben. Man kann also annehmen, daß ungefähr unter 8 Kranken in diesem Hospital einer stirbt. Dazu muß man noch rechnen, daß unter der Anzahl nicht wenige sind, welche nur ganz leichte Krankheiten haben, und nur 1 oder 2 Tage daselbst bleiben.“

Erst die Entwicklung hin zu Krankenhäusern, in die nur noch akut Erkrankte zum Zweck der Heilung und zur Erforschung ihrer Krankheit aufgenommen wurden, führte zu einer tiefgreifenden Veränderung: Die Mediziner zogen als forschende, lehrende und praktizierende Berufsgruppe in die Krankenhäuser ein und ersetzten die bis dahin primär pflegerische Aufgabe der Hospitäler durch ärztliche Diagnostik und Behandlung (vgl. Seidler/Leven 2003, 167):

„Anamnese, Status praesens und täglich kontrollierte Therapie wurden zum Prinzip der Beschäftigung mit dem Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung.“ (ebd., 167)

Diese Entwicklung erforderte zunehmend ausgebildetes Pflegepersonal, welches bis dahin weder quantitativ noch qualitativ zur Verfügung stand. Die Krankenpflege befand sich – so WOLFF und WOLFF (vgl. 2008, 89) – in der bis dahin schwersten Krise ihrer Leistungsfähigkeit.

Gründung der ersten deutschen Krankenwärterschule

Der Heidelberger Professor der Geburtshilfe Franz Anton Mai (1742–1814) erkannte die Notwendigkeit einer Ausbildung für Pflegende und gründete 1781 in Mannheim die erste öffentliche deutsche Krankenwärterschule. Nach WOLFF und WOLFF (vgl. 2008, 99) war diese Gründung wesentlich durch die bereits existierenden Hebammen-Schulen mit initiiert worden, wie sie schon in Straßburg (1728), London (1739), Dublin (1745), Göttingen (1751) und Berlin (1754) eingerichtet worden waren.

In der Schule Franz Anton Mais wurden nicht nur Pflegepersonal, sondern auch Hebammenschülerinnen, Witwen, Kindsfrauen sowie Stadt- und Kompaniechirurgen unterrichtet. Die dreimonatige Ausbildung basierte auf dem von Mai verfassten Buch „Unterricht für Krankenwärter zum Gebrauch öffentlicher Vorlesungen“ (1784) und schloss mit einer Prüfung ab. Ein Auszug aus seinem Buch verdeutlicht die untergeordnete Rolle des Krankenwärters gegenüber dem Arzt³⁹ (Hähner-Rombach 2011, Quelle II,8):

„So nützlich der rechtschaffene Kranken=Wärter den Nothleidenden ist, wenn er in den Schranken seiner erlernten Wissenschaft fortwandelt: so

39 Krankenwärter-Schule in Mannheim. In: Oekonomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats= Stadt= Haus= u. Landwirtschaft in alphabetischer Ordnung; von Johan Georg Krünitz (1773). Online Version Band 46, 619–625: <http://www.kruenitz.uni-trier.de> (Zugriff 11.01.2013). (Auszüge)

gefährlich kann er dem kranken Nebenmenschen werden, wenn er, durch langen Umgang mit Aerzten und Kranken gereizt, in einen Quacksalber ausartet, seine hier und da erhaschte Mittel bey den Kranken heimlich auskramet, und seine eigene Pulver und Pillen, seine Pflaster und Salben, mit Zurücksetzung der von dem Arzte vorgeschriebenen Arzeney, zum Nachtheil des leichtgläubigen Kranken, anrühmt, und ihm solche aufdringt. Ein vernünftiger Kranken=Wärter muß sich dessen sorgfältig enthalten; und wenn er ja etwas mit Grunde anrathen oder vorschlagen zu können glaubt, solches niemahls ohne Vorwissen des Arztes thun, weil auch öfters ein sonst unschuldiges Haus=Mittel, zur Unzeit angebracht, schädlich werden kann. Man lasse sich niemahls von seinen eingebilddeten Kenntnissen täuschen; so gar ein Handwerk muß ordentlich und stufenweise erlernt werden; sonst bleibt man immer ein elender Pfuscher und unnützer Mitbürger des Staates.“

Mais Werk wurde jedoch mit Missgunst betrachtet, und sowohl die Krankenwärterschule, als auch seine im Jahr 1801 gemeinsam mit der Universität Heidelberg eröffnete „Schule für Gesundheits- und Krankenwärterlehre weiblicher Zöglinge“ wurden 1806, nachdem Mai Heidelberg verlassen hatte, wieder geschlossen (vgl. Kaster 2007, 41–42 u. Seidler/Leven 2003, 170–171).

Auch das 19. Jahrhundert war in der Medizin von zahlreichen wichtigen Entdeckungen, z. B. die des Tuberkuloseerregers⁴⁰, der Strahlen⁴¹ und der Einführung der Händedesinfektion⁴² geprägt. Durch die Industrialisierung kam es zu einem stetigen Bevölkerungsanstieg, und weder das Lohnwartesystem noch die Pflegeorden konnten den steigenden Bedarf an Pflege bewältigen. Während im frühen 19. Jahrhundert die katholische Ordenspflege den Anfang der organisierten Krankenpflege bildete, fand das katholische Vorbild auch Nachahmung unter den Protestanten.

Theodor Fliedner (1800–1864)

Der protestantische Pfarrer Theodor Fliedner gründete 1863 den „Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen“ und kaufte am Kaiserswerther Markt ein Haus, welches er mit 33 Kranken und vier Pflegerinnen 1836 als Pflegerinnenanstalt eröffnete. Fliedner ging es vor allem um die Pflege der Armen, die von weiblichen Diakonissen sowohl im Krankenhaus als auch in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden sollten. Er übernahm den Mutterhausgedanken der Vinzentinerinnen und gewann als Diakonissen sowohl bürgerliche Frauen als auch Frauen vom Lande, die sich

40 Rudolf Virchow (1821–1902)

41 Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923).

42 Ignaz Semmelweis (1818–1865)

verpflichteten, auf der eingesetzten Stelle zu arbeiten; im Gegenzug wurden sie auf Lebenszeit versorgt. Fliedner ermöglichte damit unverheirateten Frauen sowohl eine Ausbildung als auch ein selbstständiges Auftreten in der Öffentlichkeit. Er vertrat die Ansicht, dass die Pfl egetätigkeit einer guten Ausbildung bedürfe und ließ die Diakonissen durch einen Arzt, unterstützt durch seine Frau Friederike Fliedner (1800–1842) und die erfahrene Pflegerin und erste Diakonisse Gertrud Reichard, unterrichten. Die Bewegung der Diakonissen breitete sich rasch über Deutschland hinaus aus. 1861 entstand die Kaiserswerther Generalkonferenz, ein Zusammenschluss von 13 europäischen Mutterhäusern mit bereits 700 Diakonissen (vgl. Kaster 2007, 46–47, Seidler/Leven 2003, 213, Wolff/Wolff 2008, 153 u. <http://www.diakonissen.de>⁴³).

Florence Nightingale

Die zahlreichen Kriege des 19. Jahrhunderts führten zu weiteren Entwicklungen und neuen Organisationsformen der Pflege. In England war es Florence Nightingale (1820–1910), welche die Krankenpflege zu einem sozial anerkannten Beruf mit qualifizierter Ausbildung machte.

Die tief religiöse Florence Nightingale fühlte sich mit kaum 17 Jahren von Gott berufen und stellte 1844 ihr Leben in den Dienst der Pflege kranker Menschen (vgl. Schweikardt/Schulze-Jaschok 2005, 9). Als gut ausgebildete, junge Frau aus einer vermögenden Familie war ihr im viktorianischen England keine berufliche Tätigkeit in der Öffentlichkeit möglich. Ihre Familie lehnte entsprechend ihr Ansinnen ab, sich in einem Krankenhaus als Pflegerin ausbilden zu lassen. Dennoch beschäftigte Florence Nightingale sich mit Veröffentlichungen über das Krankenhauswesen und besuchte 1850 auf der Rückkehr von einer Ägyptenreise die Diakonissenanstalt in Kaiserswerth. Nightingale war sehr beeindruckt von der Arbeit der Diakonissen, allerdings mehr von ihrer seelsorgerischen Schulung als von ihrer praktischen Pfl egetätigkeit. Ein Kuraufenthalt ihrer Schwester in Karlsbad ermöglichte ihr im folgenden Jahr einen weiteren, diesmal dreimonatigen Aufenthalt in Kaiserswerth. 1853 folgten einige Wochen in Paris, wo Nightingale am Maison de la Providence die Krankenpflege der Vinzentinerinnen kennenlernte. Nach ihrer Rückkehr nach England übernahm sie die Leitung eines Pflegeheims für gebildete Frauen, bis sie 1854 mit 38 Pflegerinnen in die Türkei reiste, um sich der im Krimkrieg verwundeten Landsleute anzunehmen. Ihr unermüdliches und energisches Vorgehen für Sauberkeit, Ordnung, gesunde Ernährung und saubere Wäsche in den Lazaretten ließ die Sterblichkeitsrate drastisch sinken. In ihren beiden Veröffentlichun-

43 Siehe: Tradition und Werte → Unsere Geschichte

gen „Notes on Nursing“⁴⁴ und „Hints on Hospitals“ fasste sie ihre Erfahrungen zusammen und leitete theoretische Verallgemeinerungen für die Pflege und das Krankenhauswesen daraus ab. Ein Beispiel hierfür sind ihre Äußerungen zum Lüften und Wärmen von Krankenzimmern (Nightingale 2005, 28):

„Das oberste Gebot der Krankenpflege, das A und O, auf das die Krankenschwester achten muß, das erste grundlegende Element für den Patienten, ist das folgende: DIE LUFT, DIE ER EINATMET, SO REIN ZU HALTEN WIE DIE LUFT DRAUSSEN, OHNE DASS ER SICH DABEI ERKÄLTET.“⁴⁵

1860 gründete Nightingale am St. Thomas Hospital in London eine Krankenpflegeschule, die Nightingale Training School for Nurses, heute Teil des St. King's College London. Die Schule, die mit 15 Schülerinnen begann, war durch eine Stiftung finanziert und dadurch vom Krankenhaus unabhängig. Florence Nightingale leistete damit einen wichtigen Beitrag zur weiteren Entwicklung der Pflege und Pflegeausbildung. Sie wird heute als erste Pflgetheoretikerin der Neuzeit bezeichnet und ihr Geburtstag, der 12. Mai, wird vom ICN (International Council of Nurses) als Tag der Krankenpflege gefeiert (vgl. Kaster 2007, 49–52, Seidler/Leven 2003, 216–220 u. Wolff/Wolff 2008, 165–169).

Agnes Karll (1868–1927)

Die Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes führte 1883 dazu, dass auch Personen, die sich einen Krankenhausaufenthalt vorher nicht leisten konnten, in Krankenhäusern behandelt wurden. Die steigenden Patientenzahlen führten zu einem erneuten Mangel an Pflegepersonal. Ein Großteil der Pflegepersonen war an ein Mutterhaus gebunden und orientierte sich in der Ausübung der Pflege weiterhin an christlich motivierten Werten. Die Schwestern erhielten für ihre Tätigkeit der Nächstenliebe keine Bezahlung; Unterkunft, Verpflegung und ein Taschengeld wurden als ausreichend angesehen. In einem Brief an ihre Mutter und ihren Onkel beschreibt Agnes Karll als junge Schwester 1887 im Clementinenstift in Hannover die Verhältnisse im Mutterhaus (Sticker 1984, 32–33):

„Die hiesigen Verhältnisse sind einfach unhaltbar, wie Frau Oberin durch ihre grenzenlose Heftigkeit, Strenge und Hochmut es dahin bringen wird, daß auch nicht eine Schwester im Haus bleibt. Es gibt täglich Szene auf Szene ohne Grund. Unter den zwanzig Schwestern, die mit mir eintraten, war auch nicht eine, die nicht mit vollster Hingebung eingetreten wäre, und alle, alle sind jetzt der Überzeugung, daß ein Bleiben unmöglich.“

44 Die „Notes on Nursing“ liegen in kommentierter deutscher Übersetzung vor: Nightingale, Florence (2005): *Bemerkungen zur Krankenpflege*, Frankfurt/Main: Mabuse

45 Hervorhebungen im Original

Mit Verachtung wurden hingegen als „wilde Schwestern“ die Pflegerinnen bezeichnet, welche ihren Beruf ohne Bindung an ein Mutterhaus, ohne das karitative Leitmotiv – und meist ohne entsprechende Ausbildung – als Lohnarbeit ausübten. Diesen sogenannten „wilden Schwestern“ wurden unehrenhafte Motive, insbesondere im Umgang mit Männern unterstellt, wie folgende Quelle darstellt⁴⁶ (Hähner-Rombach 2011, Quelle IV, 3):

„Nur den weltlichen Schwestern, den sogenannten „wilden“, wie den Vereinsschwestern ist der ganze männliche Körper schrankenlos freigegeben, und sie machen von dieser Lizenz den ausgiebigsten Gebrauch. Es dauert meist nur wenige Tage, bis sich die junge Schwester an alle jene ekelerrregenden Verrichtungen gewöhnt, die nun einmal bei Kranken ausgeführt werden müssen. [S. 9] (...) Mit welchen Empfindungen kann man einem Mädchen entgegentreten, von dem man weiss, dass ihr hunderte und tausende nackter Männer vorgeführt und in ihrer Gegenwart und unter ihrer Assistenz deren Geschlechtstheile auf das Genaueste untersucht sind, von der man weiss, dass sie bei zahllosen Männern Bauch- und Oberschenkelmassage ausgeführt, deren Geschlechtstheile betastet und verbunden, das Katheterisieren und Bougieren [sic] besorgt, ihnen Einläufe in den After gemacht, sie gebadet und gewaschen hat, und Alles nicht etwa aus Barmherzigkeit, nein, das ist das Betrübende bei der Sache, gegen Bezahlung, ihres materiellen Wohls wegen und – weil es ihr Spass [sic] gemacht hat, weil sie, genau wie die Aerzte, Interesse an diesem oder jenem bedeutenden „Fall“ gehabt hat.“

Die Arbeitsbedingungen der freien Schwestern, vorwiegend in der Privatpflege, waren schlecht. Ihre Bezahlung für die anstrengende Arbeit war unzureichend, und es gab weder eine Absicherung für den Krankheitsfall noch für den Altersruhestand.

Die ehemalige Rot-Kreuz-Krankenschwester Agnes Karll wechselte 1891 nach Berlin in die freiberufliche Pflege und erlebte dort sowohl die Diskriminierung durch die Mutterhausverbände als auch die unzumutbaren Arbeitsbedingungen der freien Schwestern.⁴⁷ Geprägt einerseits durch ihre persönlichen, leidvollen Erfahrungen im Beruf, aber auch durch einen USA-Aufenthalt im Jahre 1894 und andere Auslandskontakte, suchte Agnes Karll nach neuen Wegen für die Krankenpflege in Deutschland. Ihr Ziel war es, Krankenpflege zu einem anerkannten und selbständigen Frauenberuf zu machen. Am 11. Januar 1903 gründete sie hierzu gemeinsam mit 30 Mitstreiterinnen die „Berufsorganisati-

46 Stangenberger, Johannes (1901): Unter dem Deckmantel der Barmherzigkeit. Die Schwesternpflege in den Krankenhäusern. Berlin (Auszüge)

47 Vgl. hierzu ausführlich das Werk der Historikerin Anna Sticker (1984): Agnes Karll. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege, 3. Aufl., Stuttgart 1984: Kohlhammer

on der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.). Die Berufsorganisation verzichtete auf die karitative Grundlage der beruflichen Pflgetätigkeit und definierte die Pflege als einen fachlichen und ethischen Ansprüchen genügenden, bürgerlichen Frauenberuf. Die Mitglieder der Berufsorganisation mussten eine entsprechende Ausbildung vorweisen, um in den Verband aufgenommen zu werden. Der Beitrag zur B.O.K.D. war niedrig, ihr Gehalt durften die Krankenpflegerinnen behalten und wurden darüber hinaus vom Verband in Rechts- und Arbeitsfragen beraten (vgl. Sticker 1984, 121–141, Wolff/Wolff 2008, 181–183).

Wenn Agnes Karll das Mutterhausssystem auch ablehnte, ihre ethischen Grundlagen ähnelten diesem sehr. So schrieb sie in der Verbandszeitung „Unterm Lazaruskreuz“ 1910, 1–3 (Hähner-Rombach 2011, Quelle I,11):

„Unser materialistischer Zeitgeist hat aber kaum einen Menschen unberührt gelassen, und unter unserem jungen Nachwuchs finden wir erschreckend wenig von dem Idealismus, den unser Beruf fordert. Was die religiösen Institutionen zu viel hatten, was zu einer Vergeudung von wertvollem Menschenmaterial wurde, das viel größeren, reicherem Nutzen hätte stiften können, hat die berufliche Krankenpflege noch zu wenig. Ehe es uns nicht gelingt in unserem Schwesternkreis an die Stelle des Egoismus und Individualismus ein tiefes religiöses Empfinden, eine hohe Ethik zu setzen, kann sich unser Beruf nicht befriedigend entwickeln.“

Am 01. Juni 1907 trat in Preußen eine staatliche Prüfungsordnung für Krankenpflege in Kraft, welche eine einjährige Pflegeausbildung mit vorgeschriebenem Lehrplan und nach amtlichem Lehrbuch⁴⁸ vorsah. Der Leiter von staatlich anerkannten Schulen musste ein Arzt sein. Mit einer Übergangsregelung erhielten Krankenpflegerinnen mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung bis zum Jahre 1908 ebenfalls ihre staatliche Anerkennung. Die Ausbildung war jedoch nicht obligatorisch; nach wie vor konnte jede Person, auch ohne Ausbildung, beruflich in der Krankenpflege tätig sein. Neben der Gründung des ersten deutschen Pflegeverbandes forderte Agnes Karll auch die Verlängerung der einjährigen auf eine dreijährige Ausbildung. Dies gelang jedoch nicht; erst 1957 wurde die Pflegeausbildung auf drei Jahre verlängert (vgl. Sticker 1984, 160–162 u. Wolff/Wolff 2008, 181–189).

Mit der steigenden Anzahl von Säuglingsheimen und Kinderkrankenhäusern sowie der Entwicklung der Pädiatrie als selbständige medizinische Disziplin Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich zunehmend der Bedarf auch an Pfl-

48 Verfasser des Krankenpflegelehrbuchs waren die Mediziner Eduard Dietrich, Rudolf Salzwedel und Generalarzt a.D. Georg Körting. Es erschien unter der Herausgeberschaft des Königlich Preußischen Ministeriums des Inneren in der 1. Auflage 1909 in Berlin.

ge, welche auf die Besonderheiten von Kindern spezialisiert war (vgl. Wolff/Wolff 2008, 193). Am 31. März 1931 wurde die Kinderkrankenpflege zu einem eigenständigen Beruf mit obligatorischer, reichseinheitlich geregelter Ausbildung erklärt (vgl. ebd., 195).

Krankenpflege und Pflegeausbildung im Nationalsozialismus

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Krankenpflege neu organisiert.⁴⁹ Fünf Jahre nach der Machtübernahme Hitlers musste die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands 1938 ihre Arbeit aufgeben. Der Großteil der nicht konfessionell gebundenen Schwestern wurde in einer eigenen NS-Schwesternschaft, aufgrund ihrer braunen Berufsbekleidung als „braune Schwestern“ bezeichnet, zusammengefasst. Die NS-Schwwestern erhielten einen höheren Lohn und hatten bessere Arbeitsbedingungen als die verbleibenden freien Schwestern, welche im „Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen“ vereinigt wurden. Mit dem Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege, welches am 28. September 1938 in Kraft trat, wurde die Dauer der Krankenpflegeausbildung auf eineinhalb Jahre festgelegt. Die Ausbildung der NS-Schwwestern umfasste nicht nur fachliche Inhalte, sondern war auch mit nationalsozialistischer Ideologie infiltriert, die sich z. B. in Lehrfächern wie „Erb- und Rassenpflege“ widerspiegelte (vgl. Steppe 111–114 u. Wolff/Wolff 2008, 240–243). Wie massiv hier Pflege und Medizin im Sinne des nationalsozialistischen Rassengedankens gebeugt wurden, zeigt z. B. ein Artikel aus der Monatsschrift für Geistes- und Krankenpflege zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses⁵⁰ (Hähner-Rombach 2011, Quelle V, 17):

„Das neue Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist ein Teil der staatlichen (völkischen) Rassenpflege und geht aus von der Erkenntnis, daß Kinderzeugung nicht allein Angelegenheit des Individuums (= des Einzelmenschen), sondern eine Angelegenheit der Volks- und Rassengemeinschaft ist; es ist deshalb selbstverständlich, daß der Staat sich das Recht nehmen muß, die Kinderzeugung wertvoller Menschen zu fördern, die der minderwertigen zu verhindern.“

Während ihrer Ausbildung waren die Schülerinnen in einem Internat untergebracht. Zugangsvoraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung war neben politischer Zuverlässigkeit und arischem Abstammungsnachweis ein einjähriges hauswirtschaftliches Praktikum, welches – so WEISBRÖD-FREY (1996, 90) –

49 Vgl. hierzu ausführlich: Steppe, Hilde (Hrsg.) (1996): Krankenpflege im Nationalsozialismus, 8. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse

50 Schiffmann, Georg (1933): Die rassenhygienischen Aufgaben der Heil- und Pflegeanstalten im neuen Staat. Unter besonderer Berücksichtigung der Mithilfe des Pflegepersonals. In: Geisteskrankenpflege, Monatsschrift für Geistes- und Krankenpflege 37. Jg., Heft Nr. 12, 177–182.

„auch als Vorbereitung auf die vom Nationalsozialismus gewünschte Frauenrolle“ angesehen wurde.⁵¹

In der Krankenhaushierarchie war die Krankenschwester unmissverständlich dem Arzt unterstellt. 1942 wurde die Ausbildungsdauer auf zwei Jahre angehoben (vgl. Steppe 1996, 111–114, Weisbrod-Frey 1996, 90–109, u. Wolff/Wolff 2003, 240–243).

Wie die Pflegewissenschaftlerin STEPPE in ihrem eindrucksvollen Werk „Krankenpflege im Nationalsozialismus“ (1996) ausführt, waren Pflegendе „als ausführendes Organ an allen Umsetzungsphasen der systematischen Vernichtung beteiligt“ (Steppe 1996, 137): Sowohl bei den Vergasungsaktionen zwischen Januar 1940 und August 1941, bei denen 70.000 Menschen getötet wurden⁵², als auch in der sich anschließenden Phase der „wilden Euthanasie“, in der Pflegepersonen bis Kriegsende auf ärztliche Anordnung hin Menschen durch Medikamente und Nahrungsentzug töteten (vgl. ebd., 144–145). Begründet wurden diese Handlungen – so Inhalt der bei STEPPE veröffentlichte Originalinterviews (vgl. ebd., 163–165) – durch die unbedingte Gehorsamspflicht gegenüber den ärztlichen Anordnungen. So berichtete eine Pflegerin (Steppe 1996, 164):

„Durch die langjährige Tätigkeit als Pflegerin, praktisch von meiner Jugend auf, war ich zu unbedingtem Gehorsam erzogen und Disziplin und Gehorsam waren oberstes Gebot in Pflegerinnenkreisen. Wir alle und so auch ich fassten die Anordnungen der Ärzte, der Oberpflegerinnen und der Stationspflegerinnen als unbedingt zu befolgende Befehle auf und machten uns oder konnten uns auch keine eigene Ansicht über die Rechtmäßigkeit dieser Anordnungen machen.“

Doch es gab vereinzelt auch Widerstand von Pflegepersonal gegen das Hitler-Regime. So wird auch von Krankenschwestern berichtet, welche gegen das ausdrückliche Verbot jüdische Patienten pflegten oder sie versteckten. „Formen persönlicher Verweigerung des ‚Mitmachens‘“⁵³ sind nur selten dokumentiert und daher schwer zu belegen (ebd., 190).

51 Eine halbjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit gehörte bis zur Gesetzesänderung von 1985 zu den Zugangsvoraussetzungen für weibliche Auszubildende in der Krankenpflege.

52 In der als „Aktion T4“ bezeichneten Vergasung wurde in sechs dafür umgebauten Anstalten getötet: Graveneck in Württemberg, Brandenburg an der Havel, Hartheim bei Linz, Sonnenstein bei Pirna, Bernburg an der Saale und Hadamar bei Limburg/Lahn.

53 Hervorhebung im Original

Krankenpflegeausbildung in der Bundesrepublik Deutschland

Nach Kriegsende wurde die Pflegeausbildung neu geordnet, wobei zwischen der Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der in der DDR unterschieden werden muss.

Im bundesdeutschen Krankenpflegegesetz vom 15. Juli 1957 blieben die Krankenpflegesschulen an Krankenhäuser gebunden. Die Dauer der Ausbildung wurde auf drei Jahre mit mindestens 400 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht festgelegt. Die Anzahl der Ausbildungsstunden wurde mit der Gesetzesänderung von 1965 auf 1.200 und 1985 schließlich auf 1.600 Stunden theoretische und 3.000 Stunden praktische Ausbildung erhöht.

An der Qualifikation der Lehrpersonen änderte sich innerhalb dieses Zeitraums nichts Wesentliches. Üblich war bis 1980 eine einjährige, ab 1981 zweijährige Weiterbildung zur Unterrichtsschwester (bzw. zum Unterrichtspfleger), später umbenannt in Lehrer/-in für Pflegeberufe bzw. Lehrer/-in für Gesundheitsfachberufe. Eine akademische Qualifikation ist bis heute für Lehrpersonen in der Pflege nicht gesetzlich vorgeschrieben. Lediglich für die staatliche Anerkennung für Schulen gilt die Mindestanforderung, dass die hauptberufliche Schulleitung eine „qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulbildung“ (KrPflG § 4) sein muss.

Die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege entwickelte sich nach dem Zweiten Weltkrieg analog zur Ausbildung in der Krankenpflege und war wie diese im Krankenpflegegesetz geregelt. 1957 wurde die Berufsbezeichnung Kinderkrankenschwester gesetzlich geschützt; erst 1985 wurde auch die Bezeichnung Kinderkrankenpfleger für männliche Berufsangehörige eingeführt. Zugangsvoraussetzungen und Anforderungen an den theoretischen und praktischen Unterricht in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (siehe Kap. 2.2.5.2) entsprechen dem der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und sind im aktuellen Krankenpflegegesetz vom 31. Juli 2003 geregelt.

Krankenpflegeausbildung in der DDR

Die Entwicklung der Krankenpflegeausbildung⁵⁴ in der DDR lässt sich in vier Phasen unterteilen.

1946 wurde zunächst ein einheitliches Lehrprogramm entwickelt, welches zwei Ausbildungsjahre und davon 400 Stunden Unterricht umfasste. Die Ausbildung fand an öffentlichen sowie staatlich anerkannten konfessionellen

54 Aufgrund der Schwerpunktsetzung dieser Arbeit wird auf die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in der DDR an dieser Stelle nicht eingegangen.

Schulen statt; die Schüler wurden – anders als in der Bundesrepublik Deutschland – nicht auf den Stellenplan der Krankenhäuser angerechnet (vgl. Thiekötter 2006, 93 u. Wolff/Wolff 2008, 266–267).

Im Sinne der DDR-Ideologie, „innerhalb der großen Aufgabe der Erreichung und Festigung unserer antifaschistischen demokratischen Ordnung“ – so der Mediziner Michael GEHRING in seinem Artikel über die Reform der mittleren medizinischen Schulen in den Heilberufen⁵⁵ – Menschen staatskonform umzuerziehen, wurde das Fachschulwesen der DDR 1950 nach sowjetischem Vorbild neu geordnet. Die berufliche Ausbildung an sog. medizinischen Fachschulen gliederte sich in drei Stufen zu je zwei Jahren: Die Unterstufe bildete die pflegerische Grundausbildung, in der Mittelstufe erfolgte berufs begleitend die Ausbildung von Fachschwestern (z. B. für Orthopädie, Betriebsschwestern und Gemeindeschwestern) und Stationsleitungen, und die Oberstufe qualifizierte schließlich für Leitungstätigkeiten in Gesundheitseinrichtungen. Ab 1952 konnten Pflegepersonen von der Mittelstufe an ihre Ausbildung auch als Fernstudium absolvieren (vgl. Thiekötter 2006, 96–97).

1961 wurden die Pflegeberufe dann in die Systematik der Ausbildungsberufe integriert: Die Krankenpflege wurde zum Facharbeiterberuf, die Krankenpflegeausbildung zur dreijährigen – später zweieinhalbjährigen – Lehrlingsausbildung, für die der Abschluss der 10. Klasse Zugangsvoraussetzung war; die medizinischen Fachschulen wurden als medizinische Schulen den Krankenhäusern angegliedert. Dies wiederum führte in der DDR wesentlich früher als in der Bundesrepublik Deutschland zur Akademisierung in der Pflege: 1963 wurde am Institut für Berufspädagogik der Berliner Humboldt-Universität eine Fachabteilung für die Ausbildung von Diplomlehrern für das Gesundheitswesen gegründet. Sechs Jahre später wurde die Abteilung der medizinischen Fakultät zugeordnet, und in neun Semestern konnten Krankenpflegepersonen mit Abitur den akademischen Grad „Diplom-Medizinpädagoge/-in“ erwerben (vgl. Wolff/Wolff 2008, 276–277).

1974 schließlich wurden die medizinischen Schulen zu großen medizinischen Fachschulen mit unterschiedlichen Fachrichtungen und zahlreichen Studierenden. So waren z. B. an der Fachschule der Universität Leipzig 1.509 Studierende in elf Fachrichtungen eingeschrieben. Während in der Bundesrepublik zu dieser Zeit der theoretische Umfang der Ausbildung mind. 1.200 Stunden umfasste, waren in der DDR bereits 1.769 Stunden Theorie vorgesehen. Allerdings umfasste der Lehrplan auch Fächer wie „Grundlagen des Marxismus-Leninismus“, Russisch, fakultativ Englisch, Sport und Zivilverteidigung (vgl. ebd., 279–283).

55 Gehring, Michael (1949): Zur Reform der mittleren medizinischen Schulen. In: Die Heilberufe, 1. Jg., Nr. 06, 123–126

Aktuelles, gesamtdeutsches Krankenpflegegesetz

Das aktuelle Gesetz vom 21. Juli 2003 sieht 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung vor. Ferner wurde die Berufsbezeichnung von „Krankenschwester“ bzw. „Krankenpfleger“ in „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ geändert, was den Auftrag der Gesundheitsförderung gesondert kennzeichnet.

Entwicklung der Altenpflege als Beruf

Die sich wandelnden sozialen Strukturen nach dem Zweiten Weltkrieg sowie die steigende Lebenserwartung der Menschen führten in den letzten Jahrzehnten zur vermehrten Einrichtung von Altenheimen und Altenpflegeheimen, in denen alte und nur zum Teil pflegebedürftige Menschen ihren Lebensabend verbringen. Der Fokus der Altenpflege als personenbezogener Dienstleistung ist anders definiert als der der Gesundheits- und Krankenpflege: Es geht nicht primär um das Wiedererlangen von Gesundheit, sondern – kurz zusammengefasst – um den Erhalt von Selbständigkeit, die Berücksichtigung biografischer und sozialer Bedingungen und das Schaffen einer sicheren Umgebung für die Bewohner bis zu deren Tod (vgl. Köther 2005, 809–810).

Nachdem in den 1950er Jahren erste hausinterne Kurzlehrgänge zur Betreuung alter Menschen installiert worden waren, erfolgte 1965 der erste Ausbildungsplan in Nordrhein-Westfalen für eine einjährige Ausbildung mit 600 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht. Erst im Jahre 2000 konnte eine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung erreicht werden; bis dahin gab es in 16 Bundesländern 17 verschiedene Ausbildungsordnungen für eine zwei oder drei Jahre dauernde Ausbildung.

Seit dem 01.08.2003 werden Altenpfleger nach dem Bundesgesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) ausgebildet (vgl. ebd., 811).

2.1.7 Einfluss der geschichtlichen Entwicklung auf die gegenwärtige Situation der beruflichen Pflege

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist bis heute kein Beruf wie jeder andere. Zum Teil sind es die Nachwirkungen der geschichtlichen Entwicklung, die es so schwierig machen, Pflege als Beruf mit einem eigenständigen Berufsprofil und Vorbehaltsaufgaben im Gesundheitswesen zu positionieren. Gesundheits- und Krankenpflegende – davon darf ausgegangen werden – sind mit der geschichtlichen Entwicklung ihres Berufs und dem Dilemma der Pflege in seiner Ambivalenz zwischen traditioneller Rolle und Professionalisierung bzw. Akademisierung

rung durchaus vertraut⁵⁶, aber der Schritt zur Emanzipation aus dem ärztlichen Assistenzberuf heraus scheint bisher nicht recht zu gelingen. STEPPE (1999) macht die Problematik des pflegerischen Berufsverständnisses der Gegenwart in ihrem kritischen Artikel „Die schöne neue Welt der Pflege oder Das Coming-out der Pflegewissenschaft“ deutlich (ebd., 52):

„So schreitet sie also stolz und aufrecht ins 21. Jahrhundert, im Herzen edel und hilfreich wie immer, aber jetzt noch geadelt durch Forschung und Wissenschaft: unserer schönen neuen Welt pflegewissenschaftliche Schwester, die ganz neu und doch irgendwo ganz vertraut ist, und die, wie immer, alles gut machen wird.“

Die nachfolgenden Beispiele geben Hinweise darauf, wie die Berufsgeschichte sowohl das berufliche Selbstverständnis und das Pflegeverständnis (siehe zu Berufs- und Pflegeverständnis ausführlich Kap. 2.3.3) als auch die Sicht Außenstehender auf pflegerische Berufsausübung der Gegenwart beeinflusst.

Pflege als Gebot christlicher Nächstenliebe

Seit jeher war die Pflege kranker und hilfsbedürftiger Menschen Caritas, d. h. tätige Nächstenliebe. Caritas ist Grundauftrag der christlichen Kirche und zugleich Aufgabe und Verpflichtung für jeden Christen. Abgeleitet aus dem Evangelium (z. B. Matthäus 25, 34–41 und Lukas 10, 25–37) ist die tätige Nächstenliebe der Versuch, die Liebe Gottes für die Menschen sichtbar zu machen.⁵⁷

Wenn heute auch nur noch eine geringe Anzahl von Ordensleuten in der praktischen Pflege zu finden ist – gut ein Drittel der Krankenhäuser befinden sich in freigemeinnütziger, davon zahlreiche Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft. Ein Blick in die Leitbilder konfessioneller Einrichtungen, wie z. B. in das des Katholischen Klinikums Koblenz-Montabaur, zeigt deutlich die Verwurzelung der Krankenpflege im Gebot der Nächstenliebe (Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur 2013):

„Christliche Werte leiten unser Tun. Im Zentrum steht für uns die Liebe zum Menschen. Unsere Grundhaltung drückt sich aus in unserem Verhalten. Un-

56 So nimmt z. B. im rheinland-pfälzischen Rahmenlehrplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege die Hälfte der für das Modul „Berufliches Selbstverständnis entwickeln“ veranschlagten Unterrichtsstunden der Themenkomplex „Die aktuelle Entwicklung des Pflegeberufs vor dem Hintergrund geschichtlicher Prozesse reflektieren und verstehen“ ein. Darüber hinaus ist der Themenbereich nach § 14 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Gegenstand der mündlichen Abschlussprüfung.

57 Vgl. hierzu: <http://www.caritas.de/glossare/logodercaritasflammenkreuz> (Zugriff 11.01.2013) und „Deus Caritas Est“, die erste Enzyklika von Papst Benedikt XVI.

ser tägliches Handeln soll daher bestimmt sein durch: Vertrauen, Verantwortung, fördernde Sorge, Toleranz, Freude, Gerechtigkeit und Glaubwürdigkeit. [...] Trotz unterschiedlicher Motive und Einstellungen tragen alle Mitarbeiter des Katholischen Klinikums unsere im Kern christlich geprägten Werte mit.“

Sowohl die Sichtweise außenstehender Personen (z. B. von Patienten und Mitarbeitern anderer Berufsgruppen im Krankenhaus) auf die Berufsgruppe der Pflegenden, als auch die Motivation zur Berufswahl Pflege und die Identifikation mit dem Beruf werden durch diese Motive beeinflusst. Nicht zufällig entscheiden sich zahlreiche Patienten genau aus diesem Grund für ein konfessionelles Krankenhaus: Sie erwarten dort eine anders geartete Behandlung und Pflege als bei privaten oder öffentlichen Trägern.

Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das ganz ähnlich. Viele Bewerber für die Pflegeausbildung – auch konfessionslose Jugendliche oder junge Menschen anderer Konfessionen – fühlen sich durch Einrichtungen in christlicher Trägerschaft angesprochen und bewerben sich ganz gezielt in konfessionellen Schulen. In der Ausbildung erleben die Jugendlichen den karitativen Auftrag der Einrichtung nicht nur in der Praxis (z.B. durch das Beobachten der seelsorgerischen Arbeit auf den Stationen), sondern auch in der Schule; das Mitgestalten von Gottesdiensten zu vielfältigen Anlässen gehört oft zum Schulalltag dazu. Wenn Leitbilder kirchlicher Träger ernst genommen und von den Mitarbeitern gelebt werden (sollen), dann wird Pflege zumindest in konfessionellen Einrichtungen als Dienst am Nächsten verstanden. Pflege aber gleichzeitig als professionelle Dienstleistung zu sehen, für die eine anspruchsvolle – gegebenenfalls akademische – Ausbildung notwendig ist und die auch entsprechend vergütet wird, führt zu Widersprüchen im beruflichen Rollenverständnis.

Anrede „Schwester“

Ebenfalls ihren Ursprung in der Ordenspflege hat die in Deutschland – allen berufspolitischen Bemühungen zum Trotz – übliche Ansprache „Schwester“ für weibliche Pflegenden. Gepaart mit dem Vornamen der Person impliziert die Ansprache „Schwester“ – eigentlich Ausdruck einer sehr nahen Verwandtschaft – möglicherweise eine besondere Vertrauenswürdigkeit der Pflegeperson. Es ist aber zu bezweifeln, dass tatsächlich der „Schwester“ Dinge anvertraut werden, die „Frau“ oder „Herr“ nicht erfahren würde. Sehr kritisch zu sehen ist es auch, wenn – insbesondere bei jungen Pflegenden zu beobachten – die Anrede „Schwester“ entfällt und im Rahmen der Vorstellung beim Patienten oder am Telefon nur noch der Vornamen genannt wird; dies ist weder dem Vertrauensverhältnis zwischen Pflegeperson und Patient noch dem Ansehen der Berufsgruppe dienlich; vielen Pflegepersonen ist vermutlich nicht klar, dass früher

außer Kindern nur Dienstmädchen mit Vornamen angesprochen wurden. Da es kein männliches Äquivalent zur Anrede „Schwester“ gibt, ist es auch für Pfleger oft schwierig, sich korrekt vorzustellen, und für Patienten, diese anzusprechen. Bis heute wird gelegentlich von alten Menschen der Begriff „Wärter“ verwendet, häufig mit der Annahme, die männliche Pflegeperson sei weniger gut qualifiziert und verfüge nicht über die gleiche Ausbildung wie die „Schwester“.

Ein im Jahre 2010 durchgeführtes Forschungsprojekt ging der Frage nach, wie Pflegepersonen sich im Krankenhaus ansprechen lassen und welche Wirkungen sie damit verbinden. Hierzu wurden 23 weibliche Pflegepersonen schriftlich befragt. Es stellte sich heraus, dass sich 80 % der Befragten mit „Schwester“ und dem Vornamen ansprechen lassen und als Grund dafür Tradition und Gewohnheit angeben (vgl. Bernhardt/Fokken/Lamkemeyer 2010). Offenbar findet ein Umdenken diesbezüglich nur zögerlich statt.

Dass es auch anders geht, zeigt ein Blick z. B. in die englischsprachigen Länder. Pflegepersonen werden dort mit ihrem Familiennamen angesprochen; am Telefon werden Funktion und Familienname angegeben. Die Wertschätzung der Berufsgruppe leidet darunter offensichtlich nicht.

Gesellschaftliche Anerkennung der Berufsgruppe Pflege

Agnes Karll, welche die Krankenpflege mit der Gründung des ersten Berufsverbandes zu einem anerkannten Frauenberuf mit adäquater Bezahlung machte, hat dem Beruf zu gesellschaftlicher Anerkennung verholfen und die Pflege ein Stück weit aus der primär religiös-karitativ motivierten, wenig anerkannten und schlecht bezahlten Arbeit heraus entwickelt.

Dennoch, auch in heutiger Zeit scheint das Bild der Pflege der „wilden Schwester“, die vorwiegend mit ekelerregenden Tätigkeiten beschäftigt ist, nicht in Gänze aus den Köpfen verschwunden zu sein. Vielleicht erscheint es weit hergeholt, hier das Modellprojekt „ProFridA“ zur Argumentation heranzuziehen: 2006 wurde u. a. im Nachrichtenmagazin Der Spiegel (vgl. Kleinhubbert 2006, 59) von einem Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen berichtet, in dem ehemalige Prostituierte zu Altenpflegerinnen umgeschult wurden. Die Argumente für dieses Projekt waren, dass dieser Personenkreis für die Altenpflege geeignet sei, weil:

- Prostituierte gut mit Menschen umgehen können,
- keine Berührungsängste verspüren und
- wenig Ekelgefühl haben – genau die Fähigkeiten, die eine Pflegeperson benötigt.

Die Verbindung „Prostituierte“ und „Pfleger“ erinnert mit nur wenig Phantasie an die den freien Schwestern unterstellten Motive zur Berufsausübung. Nicht das Modellprojekt an sich, sondern insbesondere die Berichterstattung darüber, vermittelte der Öffentlichkeit ein nicht zu akzeptierendes Bild der Pflegeberufe und der Kompetenzen, die für die professionelle Ausübung von Pflege erforderlich sind. Die Anerkennung des Berufs in der Gesellschaft ist ein – wie auch die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen – wichtiger Einflussfaktor auf die berufliche Identität der Berufsangehörigen; die Mutmaßung, dass ehemalige Prostituierte für diese Tätigkeit besonders geeignet sind, schadet dem Ansehen der Berufsgruppe Pflege. Das gilt ebenso für das Anführen des Pflegeberufs in abendlichen Fernseh-Talkrunden, wenn es um die unzureichende Bezahlung von Berufstätigen geht. Hier wird immer wieder das Gehalt der „armen Krankenschwester“ dem von Managern oder Vorstandsvorsitzenden großer Konzerne gegenübergestellt. Ein plausibler Grund dafür, ausgerechnet die Pflegenden als Beispiel heran zu ziehen, liegt möglicherweise in der bereits festgestellten Verankerung des Berufs im gesellschaftlichen Bewusstsein. Abgesehen davon, dass keine qualifiziert ausgebildete und motivierte Pflegeperson sich als arme Krankenschwester betitelt finden möchte, verwundert es auch nicht, dass die Krankenpflege als Beruf mit sehr geringen Einkommensmöglichkeiten eingeschätzt wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2013c). Ein Blick in tatsächliche Gehaltsvergleiche von Berufen, die auf einem mittleren Bildungsabschluss basieren und eine i. d. R. dreijährige Ausbildung erfordern, bestätigt diese Negativeinschätzung im Übrigen nicht.⁵⁸

Frauenberuf Pflege – ein dem Arzt unterstellter Heilhilfsberuf

Pflege war von Beginn an ein Frauenberuf. Hieran hat sich bis heute nichts Grundlegendes geändert; sämtliche personenbezogenen Dienstleistungsberufe haben typischerweise einen hohen Frauenanteil. So ergab eine Erhebung aus dem Jahre 2009 einen Anteil von 91,3 % an weiblichen Beschäftigten in der Berufsgruppe „Krankenpflegekräfte und Sprechstundenhilfen“⁵⁹ (vgl. Statistisches Bundesamt 2013d), nur 20 % der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sind männlichen Geschlechts.⁶⁰ An dieser Stelle die Proble-

58 Siehe hierzu z. B. <http://www.welt.de/finanzen/article3212756/305-Berufe-der-grosse-Gehaltsvergleich.html> (Zugriff 07.01.2013)

59 Für Beschäftigte in der Altenpflege wurde darüber hinaus ein Frauenanteil von 86,8 % erhoben.

60 Im Schuljahr 2010/2011 waren 59.172 Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege, davon 11.826 (20 %) männlich und 47.346 (80 %) weiblich. Von den insgesamt 193.442 Schülern und Schülerinnen, die 2010/2011 eine Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens insgesamt absolvierten, waren 40.939 (21,2 Prozent) männlich und 152.503 (78,8 Prozent) weiblich (Diese Zahlen des Statistisches Bundesamts wurden auf Anfrage zugesandt)

matik „Frauenberuf“ aus Perspektive der Genderforschung vertiefen zu wollen, würde den Rahmen der Arbeit sprengen; dennoch sei festgehalten, dass Frauen in geringerem Maße in der dualen Berufsausbildung vertreten sind, dafür aber zu einem höheren Anteil in den vollzeitschulischen Berufsausbildungen – zu denen die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zählt –, die sich durch niedrigere gesellschaftliche Bewertung, geringere Bezahlung und schlechtere Karrierechancen auszeichnen (vgl. Krüger 2003, 123–139).

Mit dem Frauenberuf Pflege eng verbunden ist auch die Rolle der Pflegenden als eine dem (ursprünglich meist männlichen) Arzt unterstellte (meist weibliche) Berufsgruppe. Mit der Entwicklung von Hospitälern hin zu Krankenhäusern im 18. Jh. n. Chr. wurden die Aufgaben der beruflich Pflegenden dahingehend definiert: Pflege wurde benötigt – und sollte genau dazu ausgebildet werden – den Arzt zu unterstützen. Damit war die Pflege der ärztlichen Behandlung unterstellt, wie auch zwei Jahrhunderte später, im Jahre 1918, noch nachzulesen war⁶¹ (Hähner-Rombach 2011, Quelle IV, 2):

„Darüber kann ja kein Zweifel bestehen, dass die Krankenschwester dem Arzt unterstellt sein muss, wenngleich im Namen und Begriff der Schwester auch eingeschlossen liegt, dass der Arzt bei all seiner Machtstellung nicht ein gewisses brüderliches Fühlen und Denken vergessen darf.(...) Hieraus erwächst der Krankenschwester die Pflicht, gewissenhaft das zu tun, was der Arzt wünscht.“

Das Ausmaß dieses historisch gewachsenen Pflegeberufsverständnisses, bei dem die Pflegeperson gehorsam und ohne Rückfragen ärztliche Anordnungen ausführt⁶², zeigte sich in seiner deutlichsten Form im Dritten Reich. Mit dem Argument, die unbedingte Befolgung der ärztlichen Anordnungen gehöre zu den wichtigsten Pflichten der Krankenschwester, wurden Menschen auf ärztliche Anordnung hin von Pflegepersonen getötet.

Gesundheits- und Krankenpflege wird heute noch in vielerlei Kontexten⁶³ als Heilhilfsberuf bezeichnet. Der Begriff wird zunehmend von dem der Gesund-

61 Juliusburger, Otto (1918): Arzt und Krankenschwester. Aus dem deutschen „Roten Kreuz“. In: Blätter für Krankenpflege, Heft Nr. 07, 97–99.

62 Fischer (2010) weist in ihrer Forschungsarbeit zur gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegeberufe darauf hin, dass die Krankenpflege aus der traditionell engen Zusammenarbeit mit dem Arzt im Hinblick auf öffentliche Wertschätzung durchaus auch profitiert (vgl. ebd., 243).

63 Z.B. im Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz – ZSKG) oder im Urteil des BVerfG vom 24.10.2002, Aktenzeichen: 2 BvF 1/01: „Es wird nicht bezweifelt, dass auch pflegende Berufe, soweit sie im Schwerpunkt eine Ersetzung, Ergänzung oder Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit zum Gegenstand haben (wie z. B. die Berufe in der Krankenpflege), als sog. Heilhilfsberufe den Heilberufen unterfallen“.

heitsfachberufe abgelöst und der Pflege sind inzwischen eigenverantwortlich durchzuführende Tätigkeiten zugeordnet. Ebenso gehört aber sowohl die – wenn auch eigenständige – Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen zu den Ausbildungszielen der Pflegeausbildung wie auch ein Arzt oder (jedoch erst seit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003) ein Diplom-Medizinpädagoge zum Prüfungsausschuss der Abschlussprüfung (vgl. KrPflAPrV § 4). An dieser „Grundordnung“, die den Arzt der Pflege überordnet, wird insbesondere von Seiten der Mediziner beharrlich festgehalten. Erst 2011, in den Diskussionen um die Heilkundeübertragungsrichtlinie, forderte die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Übertragung ärztlicher Leistungen ausschließlich über die Delegation zu regeln, d. h. der Arzt sollte die alleinige Verantwortung für den Patienten behalten (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011). Es wird sich jedoch erst noch zeigen müssen, inwieweit Pflegepersonen tatsächlich bereit sind, selbst die Verantwortung zu übernehmen.

Von einer interdisziplinären Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ ist die Pflege in Deutschland – trotz aller Akademisierungsbestrebungen – noch weit entfernt.

Verantwortlichkeit

Sicher wird in Deutschland keine Gesundheits- und Krankenpflegeperson ausgebildet, ohne das Thema Pflege im Nationalsozialismus „durchgenommen“ zu haben. Ob daraus jedoch eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Geschichte und Schlussfolgerungen für die persönliche Berufstätigkeit erfolgt, kann nicht beurteilt werden. Die Frage, in wieweit die Beteiligung der Pflege an den Gräueltaten des Nationalsozialismus berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis heute beeinflusst, lässt sich also schwer beantworten. Dennoch ist das Thema Übernahme von Verantwortung in der Pflege ein ganz bedeutendes und – im Hinblick auf eine Erweiterung des Verantwortungsspektrums der Pflege – sehr aktuell.

Einen interessanten Beitrag in diesem Zusammenhang leistet SCHOSKA (2008), die sich in ihrer Diplomarbeit mit Fragen der Verantwortlichkeit Pflegenden im Nationalsozialismus und den Schlussfolgerungen für die heutige Forderung nach Verantwortlichkeit beschäftigte. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Pflege es nach 1945 versäumt hat, sich ihrer Verantwortung zu stellen. Nur, so konstatiert sie, wenn die Pflegenden sich ihrer Verantwortung selbst bewusst werden, können sie auch von anderen als Verantwortungsträger angesehen werden (vgl. ebd., 131).

Ausbildungsstruktur

Auch die heutige Ausbildungsstruktur in der Gesundheits- und Krankenpflege hat ihre Wurzeln in der Geschichte. So hat sich das später als Nightingale-System bezeichnete Modell – die vom Krankenhaus unabhängige und diesem nur zu Ausbildungszwecken angegliederte Schule – sich in den englischen Kolonien, in Amerika und Skandinavien verbreitete. In Deutschland blieb es zunächst beim Mutterhaussystem. Bis vor wenigen Jahren war es noch durchaus üblich, dass Auszubildende in Krankenpflegeschulen verpflichtet waren, im Schwesternwohnheim zu wohnen. Sie waren somit, z.B. für Personalengpässe auf den Stationen, jederzeit verfügbar, und in kirchlichen Einrichtungen wachten Ordensschwestern häufig auch über das außerschulische Leben der vorwiegend weiblichen Auszubildenden.

Krankenpflegeschulen sind hierzulande bis heute an Krankenhäuser angeschlossen bzw. mit ihnen verbunden, und die Schulleitung ist i. d. R. dem Krankenhausdirektorium unterstellt. Auszubildende sind Angestellte des Krankenhauses, sie erhalten eine Ausbildungsvergütung. Anders als in anderen Ländern werden Auszubildende auf den Stellenschlüssel der Krankenhäuser angerechnet. Dies kann sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen: Als Teammitglieder, welche dringend benötigt werden, liegt es im Interesse des Stationspersonals, die Auszubildenden möglichst rasch einsatzfähig zu machen, d. h. sie für die wichtigsten Tätigkeiten anzulernen. Gleichzeitig ist es für die Auszubildenden aber oft schwierig, sich die nötigen Freiräume für ihre Situation als Lernende zu schaffen, von der Schule vorgegebene Praxisaufgaben zu bearbeiten und, wie es in der KrPflAPrV in §2 heißt, Gelegenheit zu haben, „die im Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der späteren beruflichen Tätigkeit anzuwenden“.

Der von Auszubildenden und Stationspersonal geforderte Perspektivenwechsel zwischen Lernendem und Mitarbeiter ist in seinem Gelingen von einer funktionierenden Kooperation zwischen Schule und Praxiseinsatzorten sowie motivierten und qualifizierten Praxisanleitern in den Einsatzbereichen abhängig.⁶⁴

2.1.8 Fazit und Diskussion: Das Identifikationspotenzial der Gesundheits- und Krankenpflege

Einen Beruf zu haben bedeutet für den Menschen mehr als nur Sicherung des Einkommens und Strukturierung des Lebenslaufs: Beruf ist etwas, mit dem der

⁶⁴ Den gleichen hohen Anspruch an die Lernortkooperation und qualifizierte Praxisanleiter erfordern jedoch auch Ausbildungssysteme, bei denen die Auszubildenden bzw. Studierenden zusätzlich zum Stationspersonal eingesetzt sind. Hier werden die Auszubildenden zwar als Lernende wahrgenommen, ihre Ausbildung bedeutet für die Mitarbeiter jedoch zusätzlichen Arbeitsaufwand, was wiederum die Motivation zu ihrer Einarbeitung schmälern kann.

Mensch sich identifizieren möchte, der seinem Leben Sinn gibt und der ihn zum Mitglied einer beruflichen Praxisgemeinschaft macht.

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Beruf, der zunächst einmal alle Eigenschaften aufweist, die für ein hohes Identifikationspotenzial sprechen: Er ist weltweit verbreitet, fest gesellschaftlich verankert und durch komplexe Arbeitszusammenhänge gekennzeichnet. Gesundheits- und Krankenpflege ist, soweit die Allensbach-Studie (vgl. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011) und die Studie zum Vertrauen in Berufsstände⁶⁵, ein höchst angesehener Beruf. Darüber hinaus verfügt er über ein breites Betätigungsspektrum und zahlreiche Spezialisierungs- und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten auf akademischer und nichtakademischer Ebene.

Die nähere Betrachtung einiger dieser Aspekte lässt jedoch Zweifel am Identifikationspotenzial der Gesundheits- und Krankenpflege aufkommen. Das Ansehen des Berufs in der Gesellschaft wird von Berufsangehörigen selbst nicht selten als eher gering eingeschätzt. Sehr häufig berichten Auszubildende wie auch Absolventen⁶⁶, nach der Meinung ihrer Freunde und Bekannten zu ihrer Berufswahl befragt, dass sie durchaus bewundert werden. Jedoch nicht für die umfangreichen Fachkenntnisse, welche sie innehaben und die verantwortungsvolle Tätigkeit, der sie nachgehen, sondern mit Aussagen wie „Das ist wirklich ein sehr anstrengender Beruf. Also, ich könnte *das* nicht!“. Das ist zweifelsfrei die Beschäftigung mit Leid, Sterben, menschlichen Grundbedürfnissen und menschlichen Ausscheidungen. Diese Form der gesellschaftlichen Anerkennung ist jedoch ganz sicher nicht das, was sich motivierte Berufsangehörige wünschen und zu Recht erwarten.

Ein möglicher Grund für die geringe Wertschätzung der Altenpflege, der für die Gesundheits- und Krankenpflege ebenso zutrifft, wurde von FISCHER (2010) identifiziert: Das Ergebnis des Berufshandels ist nicht gegenständlich – das Ergebnis der Arbeit kann also, im Gegensatz zu vielen anderen Berufen, nicht angesehen werden (vgl. ebd., 242). Die Forscherin zitiert hierzu aus einem von ihr geführten Interview, in dem der Altenpfleger auf das Bild, welches sich seiner Meinung nach die Öffentlichkeit von Pflege macht, zurückgreift (ebd., 241):

„Der Bäcker backt, der Maler malt, der Maurer mauert, und der Pfleger. Macht Scheiße weg. Ne?“

65 Siehe: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1922/umfrage/vertrauen-in-berufstaende/> (Zugriff 11.01.2013)

66 Die Aussagen zur Einschätzung von Auszubildenden und Absolventen beruhen auf persönlichen Erfahrungen der Verfasserin.

Auch eine im Jahre 2000 durchgeführte Befragung von Schulabgängern (10. Klasse) ergab ein – wie die Autoren vermuteten – von Klischees aus den Medien bestimmtes Bild von Pflegepersonen: Nahezu 50 % der Befragten betrachteten die Krankenschwester als „dienender Engel“ mit den Attributen fleißig, freundlich, immer in Aktion und Handlangerin des Arztes (vgl. Batzdorfer/Dorenkamp 2000, 827–828).

Wenn auch die tatsächliche Einschätzung der Öffentlichkeit zu Tätigkeiten im Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege möglicherweise nicht so negativ ist wie Pflegende häufig vermuten – das Identifikationspotenzial eines Berufs ist abhängig von der Sichtweise der Person, die vor der Berufsentscheidung steht oder ihn bereits innehat.

Auch die Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung sind nicht unproblematisch. Die Optionen hierzu sind zwar breit gefächert, aber Weiterbildungen spiegeln sich häufig nicht im Verdienst wider. Sie führen, wie z. B. die berufspädagogische Zusatzqualifizierung zum Praxisanleiter mit einem Umfang von mindestens 200 Stunden und einer mehrteiligen Abschlussprüfung, zwar zu einer Erweiterung des Aufgaben- und Verantwortungsspektrums, sind jedoch nicht mit einer tariflichen Höhergruppierung verbunden. Das gilt gleichfalls für pflegepädagogische Studiengänge: Absolventen eines acht- bis neunsemestrigen Studiums (Diplom, Diplom FH oder MA/MSc) verdienen üblicherweise nicht mehr als traditionell zweijährig fachweitergebildete Lehrkräfte. Weiterqualifizierung in der Pflege bedarf somit in erster Linie eines hohen, auf beruflichem Engagement gründenden persönlichen Interesses. Ohnehin qualifizieren die meisten Pflegestudiengänge aus der patientennahen Pfl egetätigkeit weg in Lehr- und Leitungspositionen, und die Durchlässigkeit von der dreijährigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in ein Studium hinein ist bislang noch begrenzt.⁶⁷

Es ist festzuhalten, dass das Identifikationspotenzial eines Berufs sich nur bei und mit denen erfassen lässt, die diesen Beruf erlernen oder ausüben. Wertschätzung und Anerkennung von Berufen prägen die berufliche Identitätsentwicklung ebenso wie die objektiven Gegebenheiten, unter denen der Beruf ausgeübt wird.

67 So erhalten z. B. Absolventen der Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflege seit 2004 mit ihrem Abschluss lediglich eine der Fachhochschulreife gleichwertige Qualifikation zum Studium an einer Fachhochschule des Landes Rheinland-Pfalz (Landesverordnung über den Erwerb der Fachhochschulreife nach § 65 Abs. 3 des Hochschulgesetzes vom 26. Mai 2011, § 8).

2.2 Berufliche Bildung

2.2.1 Berufliche Bildung und Kompetenz – eine begriffliche Abgrenzung

Kompetenzorientierung gilt als pädagogischer Leitbegriff für die berufliche Bildung. Da im Folgenden der Kompetenzbegriff im Zusammenhang mit beruflicher Bildung vielfach verwendet wird, erfolgt vorab eine begriffliche Klärung und Abgrenzung.

Berufliche Bildung

Bilden bedeutet zunächst u. a. formen, gestalten und die geistigen Anlagen entwickeln (vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 2010, 137). Bilden ist also ein aktiver Vorgang. Der Begriff Bildung wird in seiner heutigen Bedeutung seit Mitte des 18. Jahrhunderts als der Vorgang des Entfaltens der geistigen Anlagen, des Erziehens sowie dessen Ergebnis verwendet (vgl. ebd., 138).

Als geeignet für die Fragestellung dieser Arbeit erscheint der aus den vier gemeinsamen Charakteristika der klassischen Bildungstheorien abgeleitete Bildungsbegriff KLAFKI, den JANK und MEYER (1994, 138–139) beziehungsweise auf KLAFKI (vgl. 1986, 458–465) wie folgt zusammenfassen:

1. „Bildung zielt auf die Befähigung zu vernünftiger Selbstbestimmung.“ [...]
2. „Bildung wird im Rahmen der historisch-gesellschaftlich-kulturellen Gegebenheiten erworben.“ [...]
3. „Bildung kann jede(r) nur für sich selbst erwerben.“ [...]
4. „Der Bildungsprozeß erfolgt aber in der Gesellschaft.“

Berufliche Bildung insgesamt und Berufsausbildung insbesondere verknüpfen zwei Kategorien ganz unterschiedlicher Ausgangsvoraussetzungen miteinander: Beruf und Bildung und damit das Beschäftigungssystem mit dem Bildungssystem.

Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) definiert in § 1 Berufsbildung und Berufsausbildung wie folgt:

„(1) Berufsbildung im Sinne dieses Gesetzes sind die Berufsausbildungsvorbereitung, die Berufsausbildung, die berufliche Fortbildung und die berufliche Umschulung. [...]

(3) Die Berufsausbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen be-

rufflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen.“

Wenn auch die Berufe im Gesundheitswesen nicht nach BBlG, sondern nach ihren eigenen Berufsgesetzen geregelt sind, können diese Definitionen trotzdem als grundlegend für die vorliegende Arbeit betrachtet werden.

Kompetenz – Intelligenz – Qualifikation

Um das Wesen von Kompetenz zu erfassen, muss Kompetenz zunächst von Intelligenz und Qualifikation abgegrenzt werden. Die Begriffe liegen sehr nahe beieinander und sind zur Kompetenz in Beziehung zu setzen.

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Kompetenzdefinitionen mit unterschiedlicher Reichweite. Einen Überblick geben die neun Kompetenzdefinitionen von WEINERT (1999), die HENSGE, LORIG und SCHREIBER (2009) wiederum zu drei Klassen zusammengefasst haben (vgl. ebd., 5):

1. Definitionen, die Kompetenz als Befähigung beschreiben, welche den Träger in die Lage versetzt, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen; diese Kompetenzdefinitionen haben eine geringe Reichweite.
2. Bereichsspezifische Kompetenzdefinitionen, die sich auf bestimmte Anforderungen und Situationen beziehen und eine mittlere Reichweite haben.
3. Kompetenzdefinitionen, die über den Bezug auf konkrete Kontexte hinausgehen und eine große Reichweite haben.

Kompetenz

Im Werk „Pädagogische Grundbegriffe“ von LENZEN (1995) findet sich zum Begriff der Kompetenz die allgemein gehaltene Aussage, es handele sich um ein „kognitives Regelsystem, mit dessen Hilfe (sprachliche) Handlungen generiert werden können“ (Heursen 1995, 877). Kompetenzen seien nicht direkt zu beobachten, sondern nur indirekt über die durchgeführten Handlungen – durch die Performanz (vgl. ebd., 877).

Inhaltlich konkreter definieren und erklären ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (2007) Kompetenzen als „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ – als „Selbstorganisationsdispositionen“ (ebd. 2007, XIX). Kompetenzen schließen hiernach Wissen, Fertigkeiten und Qualifikationen ein; sie erfordern jedoch auch die Berücksichtigung von Werten, Normen und selbst verantworteten Regeln, die ein selbstorganisiertes Handeln von Personen erst ermöglichen (vgl. ebd., XII). Diese Definition, die über den Bezug auf bestimmte Zusammenhän-

ge hinausgeht, hat eine große Reichweite; sie greift den für die Berufsbildung und -ausübung wichtigen Aspekt der Verantwortung auf und erscheint für den beruflichen Bereich mit seinen komplexen Anforderungen als zielführend.

Qualifikation

Qualifikationen beziehen sich – im Gegensatz zu Kompetenzen – immer auf einen bestimmten Tätigkeitsbereich, d. h. sie haben stets einen situativen Bezug. Sie konzentrieren sich somit auf einen bestimmten Sachverhalt, während Kompetenzen sich auf das Subjekt beziehen.

Das Vorhandensein von Qualifikationen erweist sich in der Beziehung zu konkreten Anforderungen. Qualifikationen werden als zentrale Zielgrößen klassischer Weiterbildung beschrieben, als Wissens- und Fertigungspositionen (vgl. Erpenbeck/Von Rosenstiel 2007, XIX).

RAUNER, HAASLER und HEINEMANN (2009) unterscheiden Kompetenzen und Qualifikationen (unter Bezugnahme auf HARTIG und KLIEME 2006) anhand dreier Kriterien (vgl. ebd., 32):

- der Objekt-Subjekt-Beziehung,
- dem Prozess der Aneignung sowie
- der Objektivierbarkeit.

Der Gegenüberstellung von Kompetenz und Qualifikation zufolge resultieren Qualifikationen aus Arbeitsprozessen und -anforderungen, lassen sich durch Training erwerben und beschreiben Fähigkeiten und Fertigkeiten. Im Gegensatz dazu stellen Kompetenzen anwendungs offene, aber bereichsspezifische Leistungsdispositionen dar, deren Aneignung Teil der Persönlichkeitsentwicklung eines Individuums ist und die über die aktuellen beruflichen Anforderungen hinaus auf die Lösung zukünftiger Probleme abzielen (vgl. ebd., 33).

Intelligenz

Für den Begriff *Intelligenz* konnte sich bisher – so KLAUER (2004) – trotz traditionsreicher Intelligenzforschung keine Definition wirklich durchsetzen. Häufig wird versucht, die Intelligenz gegenüber anderen Fähigkeiten abzugrenzen – umstritten ist jedoch, welcher Art diese Fähigkeit ist: Lernfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, Problemlösefähigkeit oder Denkfähigkeit (vgl. ebd., 750).

Ein mehrere dieser Einzelaspekte zusammenfassender Definitionsversuch findet sich bei KELLER und NOVAK (1993), die den Begriff als „eine komplexe Fähigkeit, zu denken, wesentliche Aspekte einer Situation schnell zu erfassen, Probleme zu lösen, sich mit den Anforderungen der Umwelt erfolgreich auseinanderzusetzen“ (ebd., 192) beschreiben.

Hilfreicher im Hinblick auf die Beziehung zwischen Intelligenz und Kompetenz als diese allgemeine Definition ist das Konzept der multiplen Intelligenz von GARDNER (2002), der insgesamt sieben Urformen von Intelligenz unterscheidet, sie inhaltlich beschreibt und Berufen zuordnet, in denen die jeweiligen Intelligenzen benötigt werden: Zum Beispiel benötigen Naturwissenschaftler logisch-mathematische Intelligenz, Rechtsanwälte hingegen sprachliche Intelligenz, Tänzer körperlich-kinästhetische Intelligenz und Ärzte interpersonale Intelligenz. In jeder dieser Intelligenzen ist aber ein Areal von Subintelligenzen eingeschlossen und die Anzahl der Intelligenzen demnach nicht als absolut zu betrachten.⁶⁸ Die verschiedenen Intelligenzen sind bei Menschen sehr unterschiedlich ausgeprägt, wodurch jedes Individuum sein ganz eigenes Intelligenzprofil hat (vgl. Gardner 2002, 55–58).

RAUNER, HAASLER und HEINEMANN (2009) schlussfolgern aus den Ausführungen GARDNERS, dass es möglich ist, „berufliche Kompetenzentwicklung als eine Ausprägung von Fähigkeiten zu beschreiben, deren Entwicklung durch spezifische Intelligenzprofile gegeben ist“ (ebd., 36).

2.2.2 Leitideen und Ziele beruflicher Bildung

2.2.2.1 Allgemeinbildung und Berufsbildung

Das Verhältnis von Allgemeinbildung und beruflicher Bildung lässt sich besser durch einen kurzen Exkurs auf die Entwicklung unseres heutigen Bildungsbegriffs nachvollziehen.

Im 18. Jahrhundert, dem Zeitalter der Aufklärung, war es Wilhelm von HUMBOLDT (1767–1835), der mit seiner Vorstellung von einer universellen Menschenbildung die Klassenunterschiede überwinden wollte. Für HUMBOLDT hatte Bildung nur dann einen humanistischen Bildungswert, wenn man damit zu einer allgemeingültigen Anschauung kommen konnte. Allgemeinbildung war die Grundlage, auf der nach HUMBOLDT Spezialbildung aufbauen konnte (vgl. Hörner 2008, 16–20). Er trennte scharf zwischen einer zweckfreien allgemeinen Bildung und beruflicher Bildung, die keinesfalls vermischt werden durften (Humboldt 1809, zitiert nach Flitner 1956, 77):

„Was das Bedürfnis des Lebens oder eines einzelnen seiner Gewerbe erheischt, muß abgesondert und nach vollendetem allgemeinen Unterricht erworben werden. Wird beides vermischt, so wird die Bildung / unrein, und man erhält weder vollständige Menschen noch vollständige Bürger einzelner Klassen. Denn beide Bildungen – die allgemeine und die spezielle – werden durch verschiedene Grundsätze geleitet.“

⁶⁸ In seinen Ausführungen diskutiert Gardner so auch das Vorhandensein weiterer Intelligenzen (siehe hierzu 2002, 63 ff.)

HUMBOLDT war Begründer des dreistufigen Bildungswesens, bestehend aus Elementarschule, allgemeinbildendem Gymnasium mit Unterricht in Latein und Altgriechisch sowie der Universität.

Berufliche Bildung wurde erst Anfang des 20. Jahrhunderts, hauptsächlich durch KERSCHENSTEINER, aus dessen ursprünglicher Fortbildungsschule sich die Berufsschule als Teil der dualen Berufsausbildung entwickelte, wieder in den Fokus der Pädagogik gerückt. KERSCHENSTEINER richtete als städtischer Schulrat in München zunächst Berufsschulen für Bader, Bäcker, Kaminkehrer, Metzger und Schuhmacher ein (vgl. Demmel 1997, 295). Mit dem gemeinsamen Nenner Beruf gelang es ihm, „die Schule aufs Außerschulische und den Betrieb aufs Außerbetriebliche hinzuweisen und hinzuorientieren“ (ebd., 295).

KERSCHENSTEINERs Gedanken wurden 1920 auf dem XIII. Deutschen Fortbildungsschultag in Dresden durch SPRANGER weiterentwickelt, indem dieser u. a. auf die Notwendigkeit einer beruflichen Grundbildung, verbunden mit Berufsethos, anstelle der Vermittlung engen Fachwissens, hinwies (vgl. ebd., 297).

Den HUMBOLDTschen Begriff der allgemeinen Bildung ersetzte SPRANGER (1965) durch „grundlegende Bildung“, an welcher jeder Mensch teilhaben müsse. Grundlegende Bildung finde an der Volksschule statt und habe das Ziel, in die deutsche Kultur – Sprache, Geschichte, deutsches Können – einzuführen (vgl. ebd., 10). Diese Form von Bildung habe, so SPRANGER, jedoch den Nachteil, Menschen in einem Alter zu entlassen, „in dem die entscheidenden Seiten seines Inneren sich erst formen“ (ebd., 11). Auch die darauf aufbauende, höhere Schule biete nur weitere grundlegende Bildung und führe erst zu dem Zeitpunkt, „wo mit der selbständigen Berufswahl die persönliche Bildungsbahn erst beginnt“⁶⁹ (ebd., 11) zu höherer Allgemeinbildung. Erst zu diesem Zeitpunkt, als dritte Stufe, schließt sich die Allgemeinbildung im Begriffsverständnis SPRANGERs an. Diese müsse „als Gegengewicht gegen die Gefühlsschwankungen der Pubertät und zur Stütze ihres werdenden Selbstgefühls“ (ebd., 12) an den persönlichen Interessen der Jugendlichen ansetzen. So gelangte SPRANGER zu dem Schluss, eine solche Allgemeinbildung benötige einen Mittelpunkt, und dieser sei der Beruf. Er formuliert dazu pointiert (ebd., 10):

„Der Weg zu der höheren Allgemeinbildung führt über den Beruf und nur über den Beruf.“⁷⁰

SPRANGER kritisierte die ursprünglichen Berufsschulen als Institutionen zur Abrichtung für bestimmte Funktionen. Stattdessen müsse berufliche Bildung dazu

69 Hervorhebung im Original

70 Hervorhebung im Original

geeignet sein, den Beruf in seinem Kulturzusammenhang zu begreifen und den so Gebildeten in die Lage zu versetzen, „geistig über ihm [zu] stehen, statt von ihm verschlungen zu werden“ (ebd., 14). Berufliche Bildung solle, um diesem Bildungsgedanken gerecht zu werden, verwandte Berufe zusammenfassen und damit größere Gebiete wirtschaftlicher Arbeit abdecken (vgl. ebd., 14–15). SPRANGER verweist damit auf drei Aspekte, die für diese Arbeit interessant sind: die Berufsform von Arbeit als Grundlage für Berufsethos, den Prozess der Identitätsentwicklung junger Menschen, der mit beruflicher Bildung einhergeht und die Funktion beruflicher Bildung, Berufsangehörige zu mündigen Personen zu machen, die aufgrund ihres Gesamtüberblicks – auch dank politischer Erziehung (vgl. ebd., 21) – in der Lage sind, ihren Beruf mitzugestalten.

2.2.2.2 Bildung im Medium des Berufs

Bildung im Medium des Berufs, der Titel dieses Kapitels, verweist auf die Bildungstheorie von BLANKERTZ (1963), der in seiner Habilitationsschrift „Berufsbildung und Utilitarismus“ die Frage zum Verhältnis von Berufsbildung zur Allgemeinbildung beantwortete.

Allgemeinbildung bezeichnet – so eine Definition auf der Grundlage der vier gemeinsamen Charakteristika der klassischen Bildungstheorien nach KLAFKI bei JANK und MEYER (1994, 139) – „die Fähigkeit eines Menschen, kritisch, sachkompetent, selbstbewußt und solidarisch zu denken und zu handeln.“ KLAFKI (1996) selbst identifizierte als Zweck von Bildung die „Befähigung zu vernünftiger Selbstbestimmung, die die Emanzipation von Fremdbestimmung voraussetzt oder einschließt, als Befähigung zur Autonomie, zur Freiheit eigenen Denkens und eigener moralischer Entscheidungen“ (ebd., 19).

Diese Begriffsbestimmung im Kontext der Ziele HUMBOLDTs einer zweckfreien Bildung wirft die Frage auf, ob es überhaupt möglich ist, junge Menschen mithilfe von Allgemeinbildung zur mündigen Mit- und Selbstgestaltung der Welt, zum selbstbewussten und sachkompetenten Handeln – und zur Wahl eines zur Persönlichkeit passenden Berufs – zu befähigen. Diese Frage muss deutlich verneint werden. Es ist davon auszugehen, dass als Grundlage für vernünftige und verantwortliche Selbst- und Mitbestimmung ein Mindestmaß an Kenntnissen über Fachinhalte und Zusammenhänge zwingend notwendig ist. So verneinte BLANKERTZ (1963) vehement die Unterscheidung bzw. das Nebeneinander von Allgemein- und Berufsbildung (ebd., 121):

„Denn nun zeigt sich, daß und warum Allgemeinbildung kein Gegensatz zur Berufsbildung sein kann. Allgemeinbildung ist Genus proximum für jede inhaltlich bestimmte besondere Bildung.“

BLANKERTZ (1963) sah den von HUMBOLDT zugrunde gelegten Bezug zur griechischen Antike als eine von zahlreichen Möglichkeiten zur Bildung und die Beschäftigung mit berufsbezogenen Inhalten als eine gleichwertige andere; beide Inhalte könnten zu allgemeingültigen Einsichten führen (vgl. ebd., 93 u. 123). Er führte aus, der Weg zur Bildung führe zwangsläufig über die Arbeit am besonderen Gegenstand und die berufliche Bildung stehe „in ihrer inhaltlichen Vielfalt in gleicher Ebene mit anderen inhaltlichen Möglichkeiten“ (ebd., 123). Allgemeinbildung und Berufsbildung seien somit nicht als Gegensätze zu betrachten und, anders als die These SPRANGERS (vgl. 1965, 10), Bildung führe *nur* über den Beruf, gleichwertig.⁷¹

Aus dieser Perspektive erscheinen die Inhalte, die geeignet sind, um zu Bildung zu gelangen, offenbar weitestgehend austauschbar zu sein. Die Fächerwahlfreiheit in der gymnasialen Oberstufe und die Einrichtung von Schwerpunkt-gymnasien wie z. B. das ernährungswissenschaftliche, biotechnologische oder das Musik-Gymnasium, die auch zur Allgemeinen Hochschulreife führen, sind logische Schlussfolgerungen aus diesen Überlegungen. Allerdings ist es notwendig, dass Schüler in der Sekundarstufe I eine umfassende Grundbildung erhalten, die sie dazu befähigt, für die Oberstufe ihre Wahl überhaupt treffen zu können.

Diese inhaltliche Beliebigkeit trifft für berufliche Bildung keinesfalls zu. In der beruflichen Bildung mit Hinblick auf das Ziel der Mitgestaltung der Berufswelt ist Bildung ohne konkrete Inhalte nicht denkbar; ganz im Gegenteil: Hier spielen Inhalte eine maßgebliche Rolle. BLANKERTZ (1963) formulierte hierzu eindringlich, „nicht die Person opfert in der Einsicht ihrer Verpflichtung, sondern die Personwerdung wird auf der Schlachtbank des gemeinen Wohls geopfert“ (ebd., 115). Der Zögling, d. h. der Geopferte, sei schließlich überhaupt nicht in die Freiheit der Entscheidung geführt worden – stattdessen habe der Erzieher in stellvertretender Verantwortung für den Zögling das Opfer vorweggenommen (vgl. ebd., 115).

20 Jahre später lagen BLANKERTZ Prämissen der Gleichwertigkeit allgemeiner und beruflicher Bildungsinhalte dem nordrhein-westfälischen Kollegschulversuch zugrunde. In seiner Einführung des Symposions zu diesem Kollegschulversuch wies BLANKERTZ (1983) unter Rückgriff auf Rousseaus Bildungsroman „Emile“ und SPRANGERS Überlegungen zur Berufsbildung auf die systematische Berücksichtigung altersstufenspezifischer Entwicklungsaufgaben als Vo-

71 Auch bildungspolitisch war der Schritt, berufliche Bildung neben der gymnasialen Oberstufe in die Sekundarstufe II einzubeziehen, bedeutsam; der Ausbildungsberuf, bisher im Wesentlichen an Wirtschafts- und Arbeitsrecht orientiert, wurde zum Gegenstand staatlicher Bildungspolitik. Im Berufsbildungsgesetz (BBiG) von 1969 wurde der Begriff Ausbildungsberuf eingeführt und seinem Zweck nach beschrieben (vgl. Kiepe 2004, 107).

oraussetzung fachdisziplindifferenzierter Sekundarstufen II-Bildung hin (vgl. Blankertz 1983, 139–142) und identifizierte Mängel im System (ebd., 141–142):

„Aber auch da, wo Entwicklungsbedürftigkeit und altersstufenspezifische Lernbedingungen des Jugendlichen von der Sekundarstufen II-Didaktik berücksichtigt werden, treffen wir vielfach auf eine erhebliche Differenz zwischen dem, was der Sekundarstufen II-Unterricht im Medium fachspezifischer Inhalte thematisiert, und dem, was sich im Medium des gleichen Inhaltskomplexes dem Jugendlichen als Aufgabe der eigenen Entwicklung stellt.“

Damit wurde zum ersten Mal anstelle der bis dahin vorherrschenden wissenschaftlichen Systematik von Bildungsinhalten eine subjektbezogene Position eingenommen: Die Aufgabe von Bildung ist die Entwicklung des Menschen und hierzu müssen die von HAVIGHURST (1972) beschriebenen Entwicklungsaufgaben des Menschen⁷² den Überlegungen zugrunde gelegt werden. Die Begründung beruflicher Curricula erfolgte nicht mehr wissenschaftspropädeutisch, sondern – und das ist die entscheidende Neuerung – entwicklungstheoretisch. BLANKERTZ machte die Theorie der Entwicklungsaufgaben somit erstmalig für die Bildung Erwachsener fruchtbar, während andere Ansätze aus der Entwicklungspsychologie⁷³ sich vorwiegend mit der Entwicklung des Kindes beschäftigen und sie dann als abgeschlossen ansehen.

Der Vortrag BLANKERTZ (1983) beinhaltet darüber hinaus eine weitere, für diese Arbeit wegweisende Feststellung: Im Zusammenhang mit der Problematik doppeltqualifizierender Bildungsgänge wie der Kollegschule, welche vom Schüler einen Perspektivenwechsel zwischen der Antizipation einer spezifischen Berufsrolle und der Perspektive von Wissenschaftspropädeutik und Studienbezug verlangen, wies BLANKERTZ darauf hin, dass Kompetenzentwicklung ohne eine Identifikation mit der Berufsrolle nicht denkbar sei (vgl. ebd., 139). Er formulierte damit den unauflösbaren Zusammenhang zwischen der Entwicklung von beruflichen Kompetenzen und der Entwicklung beruflicher Identität.

72 Die Leitidee von Havighursts 1948 vorgelegtem Konzept, welches auf der Entwicklungstheorie von Erikson aufbaut, ist, dass Entwicklungsaufgaben Lernaufgaben darstellen. Über die gesamte Lebensspanne hinweg wird der Mensch mit jeweils altersstufenspezifischen Aufgaben konfrontiert, deren erfolgreiche Bewältigung zu einem zufriedenstellenden Leben notwendig ist. Für jede Entwicklungsaufgabe gibt es, so Havighurst, eine „sensitive Periode“, in welcher die jeweilige Aufgabe am leichtesten bewältigt werden kann (siehe hierzu Havighurst 1972).

73 z. B. Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget

2.2.2.3 Handlungskompetenz als Ziel beruflicher Bildung

Auszubildende sollen in ihrer Berufsausbildung berufliche Handlungskompetenzen erwerben. Berufliche Kompetenzen werden von RAUNER, HAASLER und HEINEMANN (2009) in Anlehnung an die Kompetenzdefinition von ERPENBECK und VON ROSENSTIEL (siehe Kap. 2.2.1) definiert als kognitive Leistungsdispositionen, die berufsspezifisch sind (vgl. ebd., 32).

Eine solche Definition muss – darauf weisen RAUNER, HAASLER und HEINEMANN (2009) hin – von Handlungskompetenz im Sinne von Berufsfähigkeit abgegrenzt werden, deren Vorhandensein zu Ausbildungsabschluss im praktischen Teil der Abschlussprüfung in einer (annähernd) realen Tätigkeitssituation überprüft wird. Hier handelt es sich nicht um besagtes kognitives Regelsystem bzw. Selbstorganisationsdispositionen, sondern um Fertigkeiten und Fähigkeiten – also Qualifikationen –, deren Vorhandensein für die Ausübung eines Berufs notwendig ist (vgl. ebd., 30–31). Diese Unterscheidung ist insbesondere im Zusammenhang mit Messung von Handlungskompetenz wichtig.

Die Priorität des Erwerbs von Handlungskompetenz als Ziel beruflicher Bildung zeigt sich sowohl in den Handreichungen der Kultusministerkonferenz zur Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht als auch im Krankenpflegegesetz: So wird in den KMK-Handreichungen formuliert, dass die Lernfelder eine umfassende Handlungskompetenz abbilden (vgl. KMK 2007, 4) und in der Unterrichtsgestaltung Methoden zur Förderung von Handlungskompetenz besonders berücksichtigt werden sollen (vgl. ebd., 8). Ferner betont die Kultusministerkonferenz neben dem kognitiven auch den motivationalen bzw. volitionalen Aspekt von Handlungskompetenz (ebd., 10):

„...die Bereitschaft und die Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Humankompetenz und Sozialkompetenz“.

In § 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG vom 16.07.2003) wird als Ziel der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung formuliert:

„(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln [...]“

Den in den KMK-Richtlinien sowie im Krankenpflegegesetz – dort ergänzt durch den Begriff der Methodenkompetenz – aufgeführten Kompetenzdimen-

sionen liegt die überfachliche Kompetenztrilogie von ROTH (1971) zugrunde. ROTH geht von der Vorstellung eines handelnden, bildsamen, entwicklungsfähigen Menschen aus, der in lebenslangen Lern- und Sozialisationsprozessen seine Persönlichkeit entwickelt. Diese Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der mündigen moralischen Selbstbestimmung vollzieht sich durch den Aufbau von Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz (vgl. ebd., 388–389).

Diese Kompetenzen werden in der einschlägigen Literatur⁷⁴ – mit geringen Formulierungsabweichungen – wie folgt definiert:

- Selbstkompetenz meint in erster Linie persönliche charakterliche Grundfähigkeiten wie Lernfähigkeit, Reflexionsfähigkeit und Leistungsbereitschaft,
- Sozialkompetenz beinhaltet Fähigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung sowie Kooperationsbereitschaft,
- Sachkompetenz umfasst problemlösende Fähigkeiten auf der Basis von Wissen und Können und
- Methodenkompetenz zeigt sich in Abgrenzung zur Sachkompetenz in der strukturierten Planung, Durchführung und Evaluation von Arbeit.

ROTH betont insbesondere, dass das Ziel, die moralisch-mündige Handlungsfähigkeit als Selbstbestimmung, nur möglich ist, „wenn der Handelnde über *Sachverstand* und *Sachkompetenz* verfügt und über soziale *Einsichtsfähigkeit* und *Sozialkompetenz*“⁷⁵ (ebd., 388). Für die berufliche Bildung bedeutet dies das Ziel, Auszubildende zu mündigen Mitarbeitern auszubilden.

2.2.2.4 Gestaltungsorientierte Berufsbildung

Arbeit, Technik und berufliche Bildung gehören untrennbar zusammen und stehen in einem komplexen Wechselverhältnis zueinander (vgl. Heidegger u. a. 1991, 56).

Mit zunehmender Mechanisierung der Produktion vom traditionellen Handwerk hin zu industrieller Arbeit hatte sich eine Zergliederung der Arbeit in Einzelsegmente entwickelt; diese horizontale Arbeitsteilung wird auch als Taylorismus bezeichnet, abgeleitet von den Studien Frederick Winslow Taylors (1856–1915) und der darauf begründeten „wissenschaftlichen“ Betriebsführung zum Zwecke der Produktionssteigerung (vgl. Giddens 1999, 337). Der am reinen Verrichtungsprinzip ausgerichtete Ansatz hatte zur Folge, dass Berufsbilder ex-

74 Vgl. hierzu z. B. Erpenbeck/v. Rosenstiel 2003, Hensge/Lorig/Schreiber 2009, Reetz 1999, Roth 1971, Seyd 1994

75 Hervorhebungen im Original

trem aufgesplittert, eng, unflexibel und in ihren Grenzen undurchlässig wurden (vgl. Heidegger u. a. 1991, 203–204) – die negative Auswirkung des fehlenden Gesamtverständnisses auf berufliche Identitätsentwicklung wurde bereits thematisiert (siehe Kap. 2.1.2). Aber auch eine Trennung von Planungs- und Ausführungskompetenz, also vertikale Arbeitsteilung, führt zu einem zunehmenden Abstand zwischen theoriegeleiteter Konstruktion und praktischer Ausführung und damit zu einem verringertem Gesamtverständnis (vgl. ebd., 205–209). Berufliche Bildung sollte sich daher – so die Schlussfolgerung – nicht an Tätigkeiten, sondern an Problemen und Aufgaben orientieren (ebd., 205):⁷⁶

„Möglichst weitgehende Gemeinsamkeiten in den Berufsfeldern – und über ihre Grenzen hinweg – sind in vergleichbaren Problem- und Aufgabenstrukturen zu suchen, die zu ähnlichen Lernprozessen anreizen.“

RAUNER (2010) fordert – nicht nur, aber ebenfalls im Hinblick auf berufliche Bildung – prinzipiell eine Rücknahme jener horizontalen und vertikalen Arbeitsteilung in Verbindung mit partizipativer Führung und flachen Hierarchien sowie „ein Qualitätsmanagement, das stärker auf das *Herstellen von Qualität* und weniger auf *Qualitätskontrolle* setzt“⁷⁷ (ebd., 146). Er argumentiert, dass es unter den Bedingungen des internationalen Qualitätswettbewerbes zu einer Aufwertung der direkt wertschöpfenden Produktions- und Dienstleistungsarbeit kommen werde, die von denjenigen geleistet werde, die unmittelbar für die Qualität von Produkten und Dienstleistungen verantwortlich sind und die daher eine arbeits- und geschäftsprozessorientierte Berufsbildung benötigen werden. Nötig sei hierfür eine Ausbildung, die an vollständigen Arbeitshandlungen, Zusammenhangsverständnis und an der Leitidee einer gestaltungsorientierten Berufsbildung orientiert sind. RAUNER weist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Bedeutung und eigene Qualität des praktischen Wissens hin, welches konstitutiver Bestandteil des handlungsleitenden Wissens ist und das berufliche Können begründet. Eine duale Berufsbildung, welche hier ansetzt, fördert die Entwicklung beruflicher Identität, was wiederum zum Engagement und zur gesellschaftlichen Integration junger Menschen beiträgt (vgl. Rauner 2010, 144–147).

Gestaltungskompetenz – zukunftsorientierte Mitgestaltung

In Zeiten sich rasch entwickelnder Technologie, einer zunehmend kurzen Halbwertszeit von Wissen und sich verändernder, sozialer und gesellschaftlicher Ge-

76 Diesem Anspruch liegt im Übrigen auch der Lernfeldansatz zugrunde, der in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bisher – obgleich die klassischen Unterrichtsfächer aufgelöst und durch sog. Module ersetzt wurden – nicht konsequent umgesetzt ist.

77 Hervorhebungen im Original

gebenheiten erscheint die Gestaltung beruflicher Bildung als der Versuch einer Planung des Unplanbaren. Berufliche Bildung beinhaltet immer die Vorwegnahme zukünftiger Entwicklungen, die jedoch in letzter Konsequenz nicht vollständig vorhergesehen werden können.

Hier greift das Ausbildungsziel der zukunftsorientierten Mitgestaltung, der gestaltungsorientierten Berufsausbildung, welches HEIDEGGER u. a. (1991) wie folgt formulieren: „...die soziale Gestaltung von Arbeit und Technik soll sich als eine Leitidee beruflicher Bildung herauskristallisieren“ (ebd., 20). Anstatt sich an unvorhersehbare zukünftige Qualifikationsanforderungen anpassen zu müssen, sollen beruflich gebildete Mitarbeiter – ganz im Sinne der bildungstheoretischen Didaktik KLAFKIs (Anm. d. Verf.) – qualifiziert sein, ihre Arbeitswelt selbst mitzugestalten (vgl. ebd., 22).

Aus Perspektive der Intelligenzforschung formuliert GARDNER (2002, 217) hierzu:

„Ich möchte, daß meine Kinder die Welt verstehen, aber nicht einfach darum, weil diese Welt faszinierend und der menschliche Geist von Neugier getrieben ist. Ich möchte, daß ihre Erkenntnisse sie in die Lage versetzen, die Welt so zu verändern, daß die Menschen besser darin leben können.“

Der Frage, wie die geforderte Gestaltungskompetenz in der beruflichen Bildung zu erzielen ist, gingen RAUNER und BREMER (2004) nach. Die Autoren diskutierten kritisch das Kriterium der Wissenschaftsorientierung des Deutschen Bildungsrates⁷⁸, welche unterstellt, wissenschaftliches Wissen sei die höchste Form des systematischen Wissens (vgl. ebd., 149) und folgerten im Anschluss an SCHÖN (1983), dass Kompetenzerwerb sich nicht fachsystematisch begründen lässt und der Erwerb von Fachwissen demzufolge auch nicht berufliches Können begründet (ebd., 153):

„Kompetenzentwicklung lässt sich demnach nicht fachsystematisch begründen, wenn sie nach Schön in etwas anderem bestehen soll als in der Anwendung des systematisiert Gelernten“.

Die Frage, welches Wissen notwendig ist, um die Komplexität der beruflichen Praxis mit ihren gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen zu bewältigen, führt zum Begriff des *Arbeitsprozesswissens*.

⁷⁸ Vgl. hierzu: Deutscher Bildungsrat (1971): Strukturplan für das Bildungswesen, 3. Aufl., Stuttgart: Klett, 33

Arbeitsprozesswissen

Berufliche Handlungs- und Gestaltungskompetenz benötigt die Fähigkeit, berufliche Aufgabenstellungen und Probleme in ihrer Gesamtheit zu erfassen und zu lösen.

Als eine grundlegende Wissensform für das berufliche Lernen identifiziert und entfaltet RAUNER (2004b) das berufliche Arbeitsprozesswissen (ebd., 18):

„Arbeitsprozesswissen ist eine Form des Wissens, das die praktische Arbeit anleitet. Es reicht als kontextbezogenes Wissen weit über das kontextfreie theoretische Wissen hinaus.“

Berufliches Arbeitsprozesswissen umfasst nach RAUNER drei Dimensionen von Wissen, welche dieses präzisieren:

- handlungsleitendes Wissen (Know That),
- handlungserklärendes Wissen (Know How) sowie
- handlungsreflektierendes Wissen (Know Why).⁷⁹

Wie aus *Abbildung 1* ersichtlich, lässt sich Arbeitsprozesswissen durch drei konzentrische Kreise darstellen, von denen der innere das handlungsleitende Wissen, der mittlere das handlungserklärende und der äußere das handlungsbegründende Wissen veranschaulicht (vgl. Rauner/Heinemann 2011b, 22).

Handlungsleitendes Wissen beinhaltet, abhängig von der konkreten Arbeitsaufgabe, auch das implizite Wissen.⁸⁰ Handlungsleitendes Wissen ist z. B. Wissen, welches eine Pflegeperson bei einem Patienten nach einer Operation routinemäßig die Vitalzeichen kontrollieren lässt. Handlungserklärendes Wissen hingegen ist die Fähigkeit, Zusammenhänge zu durchdringen und sie darstellen zu können. In diesem Fall ist es die Erklärung, warum nach einer Operation Vitalzeichenkontrollen notwendig sind und wie ermittelte Werte zu interpretieren sind. Handlungsreflektierendes Wissen schließlich ermöglicht es, zwischen

79 Becker und Spöttl (2008) weisen in Bezug auf die Herkunft der hier verwendeten Begrifflichkeiten darauf hin, dass das Begriffspaar „Knowing That“ und „Knowing How“ ursprünglich von Ryle (vgl. 1969, 26) stammt. Das Know That ist als beschreibendes Wissen über Sachverhalte der Kern des deklarativen Wissens, das „Wissen um das Wie“ stellt das prozedurale Wissen dar. Von Mandl, Friedrich und Hron (vgl. 1994, 210–218) wurde diesen beiden Wissenskategorien eine dritte Dimension hinzugefügt: das handlungsreflektierende Wissen, einem Meta-Wissen, welches selbstreflexive Prozesse des Lernens meint (vgl. Becker/Spöttl 2008, 28–29). Die Bezeichnung handlungsleitendes Wissen stammt ursprünglich aus der Expertiseforschung und wurde von Hacker (vgl. 1998, 369) gemeinsam mit den Charakterisierungen handlungsbegleitendes und handlungsrechtfertigendes Wissen eingeführt.

80 Siehe für eine kurze Einführung z. B. Neuweg, Georg Hans (2006): Implizites Wissen als Forschungsgegenstand. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung, 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 581–588

verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwägen, eine begründete Entscheidung zu treffen und diese entsprechend zu vertreten, zu kommunizieren. Diesem Wissen kommt in der Pflege, auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen patientennahen Berufsgruppen, eine große Bedeutung zu; am vorliegenden Beispiel wäre es die Entscheidung der Pflegenden, aufgrund der bereits ermittelten Werte und der Beobachtung des Patienten auf eine routinemäßige, nächtliche Blutdruckkontrolle zu verzichten, um den Patienten in Ruhe schlafen zu lassen, und diese Entscheidung z. B. gegenüber dem Arzt zu vertreten. Arbeitsprozesswissen basiert – so RAUNER und HEINEMANN (2011b) – vor allem auf reflektierter Arbeitserfahrung (vgl. ebd., 20).

Abbildung 1 zeigt darüber hinaus die acht Anforderungskriterien, die – zusammen mit den Schritten der vollständigen Arbeitshandlung (Informieren – Planen – Entscheiden – Durchführen – Kontrollieren – Bewerten) das Konzept der holistischen, d. h. ganzheitlichen Lösung beruflicher Aufgaben repräsentieren. Die Anforderungen Funktionalität, Form, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit, Arbeits- und Geschäftsprozess, Umweltverträglichkeit, Sozialverträglichkeit und Kreativität werden prinzipiell an die Bearbeitung aller beruflichen Arbeitsaufgaben gestellt. Aufgabe der Fachkräfte ist es, zu ermitteln, welche Anforderungen jeweils situativ relevant sind und wie Probleme miteinander konkurrierender Anforderungen im Sinne des Gesamtergebnisses durch Priorisierung zu lösen sind (vgl. Rauner/Heinemann 2011b, 30).

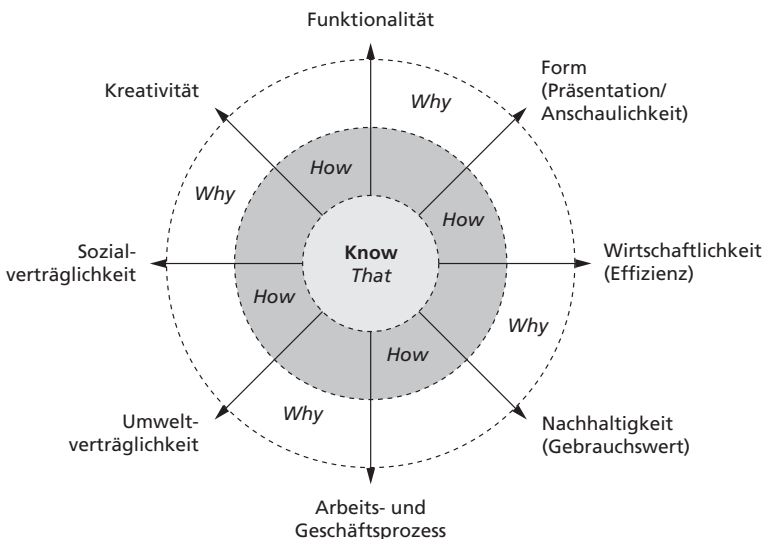


Abb. 1: Arbeitsprozesswissen (Rauner/Heinemann 2011b, 22, Abb. 1)

Eine holistische Lösung ist demzufolge immer ein Kompromiss innerhalb des Gestaltungsspielraums, denn im beruflichen Alltag gibt es selten „die eine Lösung“ – meistens sind mehrere Lösungsmöglichkeiten denkbar, und erst die kompetente Priorisierung kennzeichnet ein gutes Ergebnis. Somit basiert berufliche Handlungskompetenz in erster Linie auf der Fähigkeit, den jeweils gegebenen Lösungs- und Gestaltungsspielraum möglichst klug ausschöpfen zu können (vgl. Rauner 2012b, 10).

2.2.2.5 Akademische Bildung vs. berufliche Bildung

International ist seit mehreren Jahrzehnten ein Trend zur Akademisierung beruflicher Bildung zu verzeichnen, der auch an der Pflegebildung nicht vorübergegangen ist. Die Akademisierung der Pflege in Deutschland, welche Anfang der 1990er Jahre begann, soll – so zumindest das Eckpunktepapier zum neuen Pflegegesetz – in eine Option zur akademischen Pflegegrundausbildung neben der traditionellen Berufsausbildung einmünden.

Mit der Problematik Akademisierung beruflicher und Verberuflichung akademischer Bildung beschäftigt sich ein richtungsweisender Artikel RAUNERS (2012b), der diese beiden gegenläufigen Entwicklungen diskutiert. RAUNER stellt hierzu die grundlegenden bildungstheoretischen Unterschiede in den Denkweisen akademischer und beruflicher Bildung und Kompetenzentwicklung dar.

Das Ziel akademischer Bildung ist, so RAUNER (vgl. ebd., 11) anhand eines Zitates von KLÜVER (1995), die Generierung und Vermittlung wissenschaftlichen Wissens. Hierzu gehört das Erlernen der entsprechenden „Grundbegriffe, Verfahrensweisen, Theorien und gesicherten Ergebnisse der wissenschaftlichen Disziplin“ (Klüver 1995, 84). Auch orientiert sich die Hochschuldidaktik ausschließlich an den Prozessen der Wissenschaftsentwicklung der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin (vgl. Rauner 2012b, 11).

Berufliche Bildung hingegen hat das Ziel, Berufsangehörigen Kompetenzen zum Verständnis und zur Lösung komplexer Probleme und Aufgaben im Berufsfeld zu vermitteln. RAUNER verweist hier auf das Ziel der Gestaltungskompetenz (siehe Kap 2.2.2.4), die mit fachsystematischem Unterricht eher nicht zu erreichen ist – ein Grund, der zu Konzeptionen wie dem fächerübergreifenden Lernfeldansatz geführt haben.

Berufliche und akademische Bildung folgen somit ganz unterschiedlichen Logiken, und die mit ihnen angestrebten Kompetenzen unterscheiden sich grundlegend voneinander. Eine Akademisierung beruflicher Bildung und eine Verberuflichung akademischer Bildung mindern die Möglichkeiten beider Systeme. Trotzdem sind beide Bildungsformen ohne die jeweils andere nicht denkbar

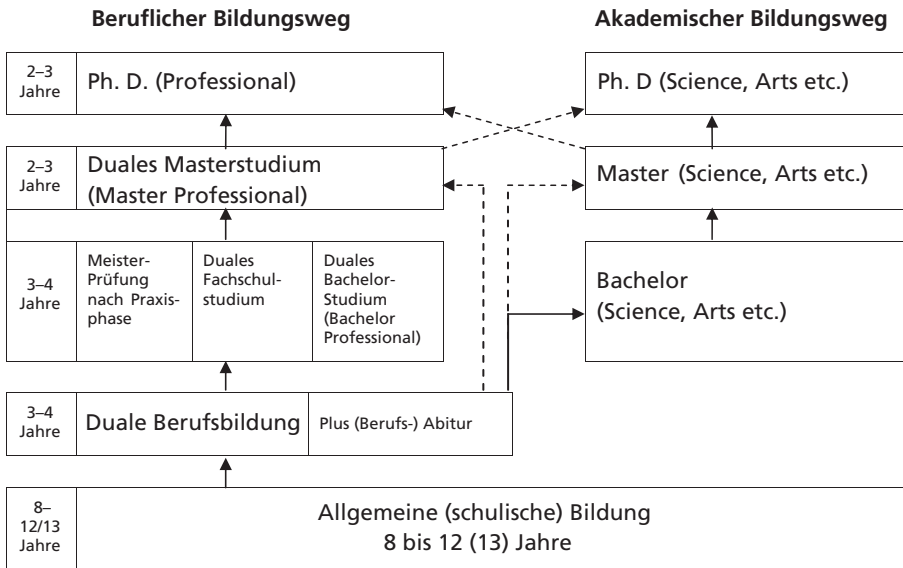


Abb. 2: Architektur paralleler Bildungswege mit einem durchgängigen dualen Bildungsweg (INAP-Memorandum 2012) (Rauner 2012b, 15, Abb. 3)

(vgl. ebd., 12). Eine Möglichkeit, die Potenziale beider fruchtbar zu machen, ist die Architektur paralleler Bildungswege (*Abbildung 2*). So bildet „eine auf Gestaltungskompetenz zielende und beteiligungsorientierte interdisziplinäre Lehre und Forschung [...] Brücken zwischen den akademischen und einem durchgängigen dualen – auf Berufsausbildung und Professionalisierung ausgerichteten – Bildungsweg“ (ebd., 13). Voraussetzung hierzu ist, dass auch akademische (berufliche) Bildung nicht als zweckfrei betrachtet werden darf, sondern ebenfalls der Leitidee der Gestaltungskompetenz folgt (vgl. ebd., 13).

Derlei Überlegungen sind auch für die Zukunft der Pflegebildung von großem Interesse. Zum einen würde für erfolgreiche Absolventen einer dreijährigen Pflegeausbildung auch ohne vorherige Hochschulzugangsberechtigung der Übergang in die akademische Bildung frei. Zum anderen wäre insbesondere über den beruflichen Bildungsweg bis hin zum Ph. D. (Professional) die Chance für eine „patientennahe Karriere“ gegeben und damit der Transfer praktischer, wissenschaftlicher Erkenntnisse direkt zum Patienten deutlich erleichtert. Auch umgekehrt erscheint die Generierung wirklich praxisrelevanter Forschungsfragen im Bereich Pflege durch eine solche Konzeption erfolgversprechend.

Berufliches Lernen findet zu einem großen Teil jedoch nicht in Rahmen organisierter Lehr-/Lernarrangements, sondern in der beruflichen Praxis statt. Einen analytischen Blick auf Lernen in der beruflichen Praxis ermöglicht die Theorie des situierten Lernens, die nachfolgend skizziert wird.

2.2.2.6 Situiertes Lernen (Konzept der legitimen peripheren Partizipation)

Im Zusammenhang der Thematik des beruflichen Lernens und der beruflichen Identitätsentwicklung ist weiterhin die Theorie des Situierten Lernens von LAVE und WENGER (1991) interessant. Diese basiert auf dem Konzept der „Communities of Practice“, die WENGER, McDERMOTT und SNYDER (2002, 4) wie folgt definieren:

„Communities of practice are groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis“.

Damit eine Personengruppe eine Community of Practice darstellt, müssen drei Kriterien erfüllt sein: Die Gruppe hat durch ein gemeinsam geteiltes Interesse eine gemeinsame Identität, die Mitglieder tauschen sich aus, lernen voneinander, und sie haben ein gemeinsames Praxisfeld, d. h. Erfahrungen, wiederkehrende Probleme und Möglichkeiten, diese zu erörtern. Innerhalb der Praxisgemeinschaft findet informelles Lernen statt, welches nicht nur das Lernen des Anfängers vom Experten meint, sondern das Lernen aller Gruppenmitglieder voneinander (vgl. Wenger u. a. 2002, 4–5 u. Wenger 2006, 1–2). Als Basis für ihr Konzept analysierten LAVE und WENGER (1991) im Rahmen ethnografischer Studien⁸¹ die Lernprozesse, welche einen Novizen zum vollständigen Mitglied einer Praxisgemeinschaft werden lassen. Das Konzept des Situierten Lernens ist somit keine Lehr-/Lernmethode, sondern eine analytische Sichtweise auf Lernprozesse (vgl. Clases/Wehner 2006, 562–563, Lave/Wenger 1991, 40 u. Wehner/Clases/Endres 1996, 76–77).

Im Mittelpunkt der Theorie LAVE und WENGERs steht die doppelte Funktion des Lernens in und für Praxisgemeinschaften (Clases/Wehner 2006, 564):

„Diese besteht darin, zum einen *Kontinuität* vor dem Hintergrund bestimmter Traditionen in einem Praxisfeld herzustellen (Reproduktionsfokus) und

81 Gegenstand der Forschung von Lave und Wenger war die „Ausbildung“ mexikanischer Hebammen (yucatec midwives), afrikanischer Schneider (Vai und Gola tailors), US-Quartiermeister (naval quartermasters), Metzgern und der Prozess von Alkoholikern, „trocken“ zu werden (the apprenticeship of nondrinking alcoholics).

zum anderen *Diskontinuitäten* und Brüche hervorzubringen (Innovationsfokus).“⁸²

Lernen dient also Gemeinschaften nicht nur dazu, sich selbst zu reproduzieren, sondern auch, sich durch Reflexionsprozesse – die besonders durch den Austausch von Experten mit Neulingen zustande kommen – ständig selbst neu zu gestalten. Gleichzeitig ist Lernen in diesem Sinne der Prozess, durch den Neulinge Mitglieder einer (beruflichen) Praxisgemeinschaft werden können. Somit ist das Lernen nicht auf rein kognitive Prozesse reduziert, sondern gleichzeitig mit beruflicher Identitätsentwicklung vergesellschaftet (vgl. Lave/Wenger 1991, 52–54).

LAVE und WENGER machen anhand der drei Kategorien Legitimiertheit, Peripherikalität und Partizipation die Situiertheit von Lernprozessen sichtbar: Legitimierte Partizipation bedeutet, dass Neulinge zwar von Beginn an an der Praxisgemeinschaft beteiligt sind und Aufgaben für diese übernehmen. Ihr Zugang zum jeweiligen Praxisfeld ist jedoch mit einer „Zutrittsberechtigung“ verbunden. Diese zeigt sich z. B. in der Erlaubnis zur Teilnahme an Besprechungen oder an der eigenverantwortlichen Übernahme wichtiger Aufgaben für die Gemeinschaft. Als Übersetzung für Peripherikalität schlagen CLASES und WENGER (2006) den Begriff Zurückgenommenheit vor und meinen damit die Form der Zurückgenommenheit vom Handlungsdruck. Diese ermöglicht Neulingen die notwendigen Lern- und Gestaltungsräume, die erst zu neuen Perspektiven und Fragestellungen führen können (vgl. ebd., 565–566). Auf diese Weise ist für Neulinge die legitime, zunächst zurückgenommene Partizipation notwendig, um durch langsames Heranführen an die Anforderungen der Praxisgemeinschaft schließlich zu voller Partizipation zu gelangen.

Situiertes Lernen analysiert informelles Lernen in der beruflichen Praxis. Eine berufliche Praxisgemeinschaft als *Community of Practice* im Sinne von WENGER u. a. hat das Ziel, ihr Wissen zu vertiefen bzw. ihre Expertise zu erweitern – und ist damit zweifelsfrei ein höchst geeigneter Ort, insbesondere für Berufsanfänger, berufliche Kompetenzen zu erwerben. Es muss jedoch bedacht werden, dass diese positive Eigenschaft nicht prinzipiell auf alle beruflichen Praxisgemeinschaften zutrifft. Und hier wird die Problematik deutlich, die dem Lernen in der Praxis innewohnt: das, was gelernt wird, ist dem Zugriff von außerhalb weitgehend verschlossen. Gelernt werden nicht nur wünschenswerte Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern eben auch unerwünschte Verhaltens-

82 Hervorhebungen im Original

weisen und Einstellungen.⁸³ Auszubildende haben das Ziel, möglichst schnell Teil der Praxisgemeinschaft zu sein; sie sind daher meistens gerne bereit, sich rasch den Gepflogenheiten ihres Praxisfeldes anzupassen – im positiven wie auch im negativen Sinn. Beispiele hierfür wären die Einhaltung von Hygiene-richtlinien, die Kommunikation mit Patienten oder der Umgang mit Verstorbene-
nen. In der Pflege, einem Beruf, dessen Handlungsergebnis die Gegenständlichkeit fehlt, ist diesem Aspekt durch konsequente Reflexion des in der Praxis Erlebten gemeinsam mit den Auszubildenden besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

2.2.3 Prozesse beruflicher Bildung

Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung, so RÖBEN (2006), sind nur dann erfolgreich, wenn für die Lernenden der Nutzen der Maßnahme verständlich ist und sie die Maßnahme in ihrem eigenen Interesse durchführen (vgl. ebd., 250). Diese, an die Lernkultur und an die konkrete Ausgestaltung von Lernsituationen gerichtete Forderung beantwortet jedoch nicht die Frage, wie eine kompetenzfördernde Berufsausbildung gestaltet werden sollte. Die beiden folgenden Kapitel beschäftigen sich daher mit möglichen Organisationsformen von beruflicher Bildung sowie mit der Frage nach curricularer Gestaltung.

2.2.3.1 Organisationsformen beruflicher Ausbildung

Die Berufsausbildung bildet für junge Menschen die Brücke von der allgemeinbildenden Schule in die Arbeitswelt. Hierbei sind in der Regel zwei Stufen („Schwellen“) zu überwinden: die erste von der allgemeinbildenden Schule in die berufliche Qualifizierung und die zweite von dort in den Arbeitsmarkt (vgl. Rauner 2010, 143).

RAUNER (2010), der zum Übergang von der Schule ins Berufsleben einen internationalen Vergleich angestellt und die jeweiligen Vor- und Nachteile ausgeleuchtet hat, unterscheidet hierzu vier Modelle, welche gleichzeitig auch die unterschiedlichen Berufs- und Berufsbildungstraditionen abbilden (vgl. ebd., 143–144):

- Modell 1 beschreibt den direkten Schritt von der allgemeinbildenden Schule in die Arbeitswelt – es ist also nur eine einzige Schwelle zu überwinden, die aber entsprechend hoch ist. Die berufliche Qualifizierung er-

83 Es wird hier nicht unterstellt, dass negative Einstellungen gegenüber der Arbeit mit Patienten und/oder fachliches Fehlverhalten den Handelnden immer bewusst sind oder gar absichtlich geschehen. Aber sie sind aus der Pflege nicht wegzudiskutieren und werden oft aus falsch verstandener Kollegialität gedeckt.

folgt ausschließlich innerbetrieblich. Als Beispiel für eine derartige Organisation ist Japan genannt.

- Modell 2 beinhaltet zwei Schwellen, beide sind hoch: die erste von der allgemeinbildenden Schule in einen wenig regulierten Qualifizierungsmarkt (z. B. Colleges, Community Colleges, Vocational Schools) und die zweite von dort in die Arbeitswelt. Die beruflichen Qualifizierungen werden entweder im Arbeitsprozess oder bei einem Weiterbildungsträger erworben. Dieses System ist in Großbritannien und USA verbreitet und geht mit einer hohen Jugendarbeitslosigkeit einher.
- Modell 3 stellt das System der dualen Berufsausbildung mit zwei niedrigen Schwellen da. Hier erfolgt der Übergang von der Schule in die Arbeitswelt über eine Phase, in welcher der Auszubildende gleichzeitig Berufsschüler als auch Angestellter in einem Betrieb ist. Lern- und Arbeitswelt sind miteinander verknüpft. Dieses Modell wird auch als einphasige, integrierte Dualität bezeichnet. Wenn auch nicht explizit so bezeichnet, folgt auch die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung prinzipiell dieser Form.
- Modell 4: In diesem Modell erfolgt nach der allgemeinbildenden Schule eine schulische Berufsbildung; hier findet noch keine berufsförmige Arbeit statt. Der erste Schritt ist somit niedrig, der zweite Schritt, in die Arbeitswelt, ist hingegen hoch. Beispiele hierfür sind die Assistentenberufe (Sozialpflegeassistent, kaufmännischer Assistent etc.).

Im Vergleich lässt sich anhand verschiedener Argumente belegen, dass die duale Berufsbildung, dargestellt in Modell Nr. 3, in vielerlei Hinsicht Vorteile bietet, welche durch kein anderes Modell erreicht werden können. Im Zusammenhang mit der Frage nach Organisationsformen, die zu einer Kompetenzentwicklung führen, sind hiervon zwei herausragend: Erstens basiert die effektivste Form der beruflichen Kompetenzentwicklung auf dem situierten Lernen. Berufsanfänger werden nur durch die Bewältigung beruflicher Arbeitsaufgaben zu Experten. In der Berufsschule werden Arbeitserfahrungen reflektiert und Zusammenhänge zu kontextfreiem Wissen hergestellt. Es erfolgt eine Synthese von praktischem Wissen als Bestandteil des handlungsleitenden Wissens und Begründung des Könnens und theoretischem Wissen. Zweitens erfolgt im Prozess der dualen Berufsausbildung das Hineinwachsen in die berufliche Praxisgemeinschaft, die berufliche Sozialisation. Dies fördert die Entwicklung beruflicher Identität, welche wiederum zum Engagement und zur gesellschaftlichen Integration der Jugendlichen beiträgt (vgl. Rauner 2010, 144–148).

Hinzuzufügen ist noch, dass es neben der in Modell Nr. 3 beschriebenen einphasigen, integrierten Dualität auch die zweiphasige, alternierende Dualität

gibt (vgl. Heinemann/Rauner 2009, 59–60): Hier findet die Ausbildung in der ersten Phase an der (i. d. R. Hoch-)Schule statt (z. B. Medizinstudium, Lehramtsstudium, Theologiestudium). Darauf baut eine geregelte Praxisphase auf, z. B. das praktische Jahr (PJ) bei den Ärzten, das Referendariat der Lehrer und das Vikariat (evangelischer) Pfarrer. Über diese vier Grundmodelle hinaus etablieren sich zunehmend auch sog. duale Studiengänge, mithilfe derer Auszubildende mit Hochschulzugangsberechtigung parallel zu ihrer Berufsausbildung einen ersten akademischen Abschluss erwerben können.

Bei allen Vorteilen des Systems der dualen Berufsausbildung wirft dieses jedoch auch Schwierigkeiten auf, die in der konkreten Ausgestaltung von Lernsituationen berücksichtigt werden müssen. So weist z. B. ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA (2007) in ihrem Habilitationsvortrag zu Bildungsstandards in der beruflichen Bildung auf Probleme des als bewährt angesehenen Systems hin: Im dualen System lernen Jugendliche mit sehr unterschiedlichen Vorbildungen, und Leistungsdefizite aus dem allgemeinbildenden Schulsystem müssen zusätzlich zum Erwerb von allgemeiner Bildung und beruflicher Qualifizierung in der zeitlich begrenzten Ausbildungszeit kompensiert werden (vgl. ebd., 80).

Das Problem der Heterogenität ist auch in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ein typisches Phänomen: Hier werden Schüler, die beim Übergang von der Primarstufe in die Sekundarstufe I getrennt wurden, wieder zusammengeführt. Zwar ist die Zugangsvoraussetzung prinzipiell ein mittlerer Bildungsabschluss, jedoch ist auch der Zugang über einen Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung möglich. Gleichzeitig finden sich in der Ausbildung aber auch zahlreiche Abiturienten, oft mit Oberstufen-Leistungskurs Biologie, sowie Auszubildende mit Qualifikationen im Rettungsdienst (z. B. Rettungssanitäter), die über entsprechende Vorkenntnisse verfügen. Die Gratwanderung, Komplexität angemessen zu reduzieren und Lernaufgaben zu stellen, welche eine angemessene Binnendifferenzierung ermöglichen, bleibt eine Herausforderung an curriculare Planung und die Ausgestaltung konkreter Lernsituationen.⁸⁴

2.2.3.2 Entwicklungslogisch begründete Ansätze

Die Frage nach der konzeptuellen Umsetzung kompetenzfördernder Ausbildung auf curricularer Ebene führt zurück zum Anspruch von BLANKERTZ (1983), altersstufenabhängige Entwicklungsaufgaben systematisch in der Sekundarstufen-II-Bildung zu berücksichtigen (siehe Kap. 2.2.2.2).

84 Wichtige Hinweise zum Umgang mit Heterogenität in der beruflichen Bildung geben Rauner und Piening (vgl. 2010), indem sie u. a. auf Unterrichtsformen verweisen (z. B. Projektförmiges Lernen, Gruppenarbeit), in denen Heterogenität der Auszubildenden nicht als Störfaktor fungiert, sondern positiv nutzbar gemacht werden kann.

Der BLANKERTZ-Schüler GRUSCHKA (1985) griff das Konstrukt der Entwicklungsaufgaben auf. In einem doppelt qualifizierenden Bildungsgang des Kollegschulversuchs Nordrhein-Westfalen, in dem die Auszubildenden neben dem Berufsabschluss des Erziehers die Allgemeine Hochschulreife erwerben konnten, konzipierte und evaluierte er die Erzieherausbildung in Anlehnung an die Entwicklungsaufgaben von HAVIGHURST (1972). So stand die Entwicklungsaufgabe „Choosing and preparing for an occupation“ im Vordergrund, welche in vier Teilentwicklungsaufgaben ausdifferenziert wurde (vgl. ebd., 47). Zum Einen zeigte bereits die Beschreibung der Entwicklungsaufgaben⁸⁵ den Zusammenhang zwischen Kompetenz- und Identitätsentwicklung, zum anderen führte auch das Ergebnis der Evaluation zu der Empfehlung, das Fach Erziehungswissenschaften wie auch die anderen beruflich orientierten Fächer auf die identifizierten Entwicklungsaufgaben zu beziehen (vgl. ebd., 482).

Novizen-Experten-Paradigma

Ebenfalls entwicklungslogisch begründet ist das von DREYFUS und DREYFUS (1980) entwickelte Stufenmodell der Kompetenzentwicklung, demzufolge ein Lernender beim Erwerb einer neuen Fähigkeit fünf Stufen – vom Anfänger zum Experten – durchläuft. Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin BENNER (1994) überprüfte dieses Modell mithilfe einer qualitativen Studie an Krankenschwestern im domänenspezifischen Kontext. Sie kam zu dem Ergebnis, dass sich beim Durchlaufen der Stufen drei grundlegende Aspekte der Leistungsfähigkeit verändern (vgl. ebd., 35):

- die Entwicklung erfolgt vom Anwenden abstrakter Regeln hin zum paradigmatischen Rückgriff auf konkrete Erfahrungen,
- die Wahrnehmung verändert sich, indem situative Erfordernisse erkannt werden,
- die Person entwickelt sich vom unbeteiligten Beobachter hin zum engagiert Handelnden.

Das fünfstufige Modell des Kompetenzerwerbs von DREYFUS und DREYFUS findet als sog. Novizen-Experten-Paradigma insbesondere auch in der Expertiseforschung Anwendung. Hier werden Experten den Novizen kontrastierend gegenübergestellt, um herausragende menschliche Leistungen zu analysieren.

⁸⁵ Entwicklungsaufgaben der Erzieherausbildung: 1. Entwicklung einer Vorstellung von der eigenen zukünftigen Berufsrolle, 2. Entwicklung eines Konzepts für die pädagogisch ausgerichtete Fremdwahrnehmung, 3. Formulierung eines Konzepts für das pädagogisch-praktische Handeln mit Kindern und Jugendlichen, 4. Formulierung einer Strategie für die Professionalisierung in der Berufspraxis (vgl. Gruschka/Schomacher 1998, 81–82).

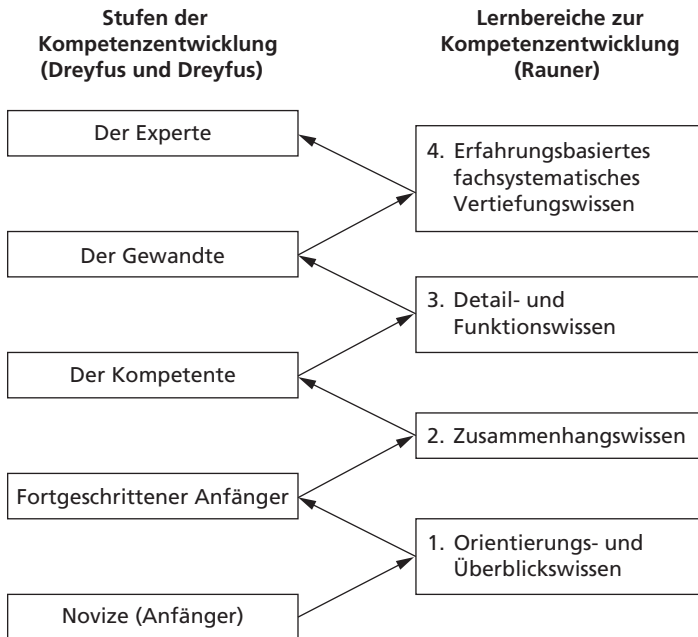


Abb. 3: Lernbereiche zur Kompetenzentwicklung (modifiziert nach Rauner 2000, 7)

Als Kriterien für Expertentum lassen sich eine große Wissensbasis, reichhaltige Erfahrung im Umgang mit domänenspezifischen Anforderungen, überdurchschnittlicher Erfolg beim Erkennen und Bearbeiten von Problemen, metakognitive Kontrolle über Handlungen, Effizienz, Fehlerfreiheit und große Genauigkeit der Handlungen sowie hohe Flexibilität gegenüber Problemsituationen identifizieren (vgl. Gruber/Mandl 1996, 19).

Konzept der entwicklungslogischen Lehrplanstruktur

Angelehnt an die Entwicklung vom Anfänger zum Experten ist ferner das Konzept der entwicklungslogischen Lehrplanstruktur von RAUNER (1999), bei dem der Erwerb von Arbeitsprozesswissen einen zentralen Stellenwert für die Berufsausbildung und den Erwerb beruflicher Kompetenz hat. Die Frage, welches die besonderen Bedingungen sind, mithilfe derer ein Lernender jeweils eine neue Stufe erreichen kann, führte zu vier Lernbereichen, die sich komplementär den Stufen der Kompetenzentwicklung nach DREYFUS und DREYFUS zuordnen lassen (vgl. Rauner 1999, 436–444 u. 2004a, 6, siehe *Abbildung 3*).

Die Lernbereiche umfassen charakteristische Aufgaben und Probleme der Arbeitswelt und legen die Auffassung zugrunde, dass man durch die reflektierte

Praxis in einer bestimmten Domäne zum Experten wird.⁸⁶ Interessant im Hinblick auf berufliche Bildung ist der ergänzende Hinweis von RAUNER u. a. (2005), dass es keine Relevanz hat, ob es sich um einen akademischen oder einen nicht akademischen Beruf handelt. Am Beispiel des Arzt- und des Pflegeberufs verdeutlicht die Arbeitsgruppe (ebd., 6):

„Beide [Berufe] repräsentieren voneinander relativ unabhängige Domänen, die sich auf dem Niveau der Expertenkompetenz deutlich voneinander unterscheiden: der Arzt ist nicht die bessere Krankenschwester. Eine Hierarchisierung von unterschiedlichen Qualifikationsniveaus lässt sich mit der Expertiseforschung nicht begründen.“

Die nach dem RAUNERschen Modell mit der Kompetenzentwicklung parallel einhergehende Identitätsentwicklung wird in Kapitel 2.3.3 *Entwicklung beruflicher Identität* ausgeführt.

Der Ansatz der entwicklungslogischen Lehrplanstruktur hat auch Einzug in die Pflegeausbildung gehalten; so orientieren sich etwa der Rahmenlehrplan für die Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2005, XIV)⁸⁷ sowie der gemeinsame, sog. ABZ-Lehrplan der Schweizer Höheren Fachschulen in Aargau, Bern, Zürich und Schaffhausen (vgl. Wagner u. a. 2010), in ihrem Aufbau an den vier Stufen der systematischen Kompetenzentwicklung.

2.2.4 Exkurs: Kompetenzdiagnostik in der beruflichen Bildung

Im Kontext des Themas Identitätsentwicklung als Dimension beruflicher Kompetenz stellt sich neben der Frage der Messung bzw. Erfassung von Identität auch die Frage nach der Messung von Kompetenz. Denn nur, wenn sowohl zur Ausprägung von beruflicher Kompetenz als auch von beruflicher Identität Ergebnisse vorliegen, können diese in Beziehung zueinander gesetzt und der bisher nur theoretisch hergeleitete Zusammenhang zwischen Kompetenz- und Identitätsentwicklung empirisch überprüft werden.

86 Siehe hierzu vertiefend: Gruber, Hans/Mandl, Heinz: Expertise und Erfahrung. In: Gruber, H./Ziegler, A. (Hrsg.): Expertiseforschung, 1996, Opladen: Westdeutscher Verlag

87 Beim Blick in den Aufbau des insgesamt 30 sog. Module umfassenden rheinland-pfälzischen Rahmenlehrplans muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob dem Grundgedanken der Entwicklungslogik – wie in den Erläuterungen und Empfehlungen (S. XIII) beschrieben – tatsächlich stringent Rechnung getragen wird. Siehe hierzu: <http://www.menschenpflegen.de/files/7ba01ca91b7ff219dd001710d09ca8ab/1224/Erster%20landeseinheitlicher%20Rahmenlehrplan.pdf> (Zugriff 07.01.2013)

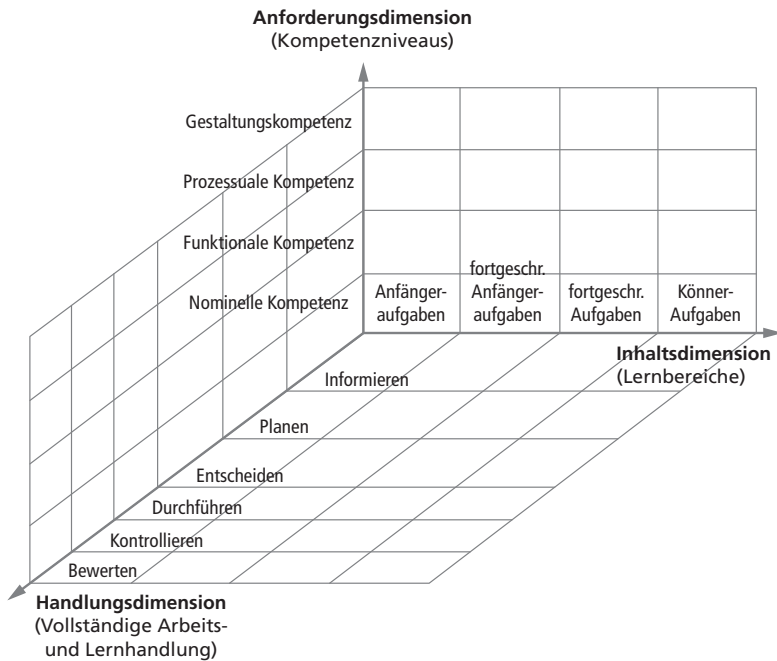


Abb. 4: Das KOMET-Kompetenzmodell beruflicher Bildung (Rauner u. a. 2011, 51, Abb. 7)

An dieser Stelle soll das KOMET⁸⁸-Kompetenzmodell (Rauner/Haasler/Heinemann/Grollmann 2009) skizziert werden, welches zur Erfassung von Kompetenz sowie von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und von Arbeitsmoral konzipiert wurde und dessen Erhebungsinstrument für berufliche Identität und Engagement, der sog. Commitment-Fragebogen, Grundlage für den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit ist.

Das in *Abbildung 4* dargestellte KOMET-Modell zur Messung beruflicher Kompetenzen ist ein berufsübergreifendes Kompetenzmodell mit drei Dimensionen: Anforderungsdimension (Kompetenzniveaus), Inhaltsdimension (Lernbereiche) und Handlungsdimension (vollständige Arbeits- und Lernhandlung). Die Anforderungsdimension bildet vier aufeinander aufbauende Niveaus beruflicher Kompetenz (nominelle, funktionale, konzeptuelle/prozessuale und ganzheitliche Gestaltungskompetenz) ab, welche anhand der acht Kriterien der vollständigen Aufgabenlösung definiert sind (*Abbildung 5*).

⁸⁸ KOMET steht für „Kompetenzentwicklung und -erfassung in Berufen des Berufsfeldes Elektrotechnik-Informationstechnik“.

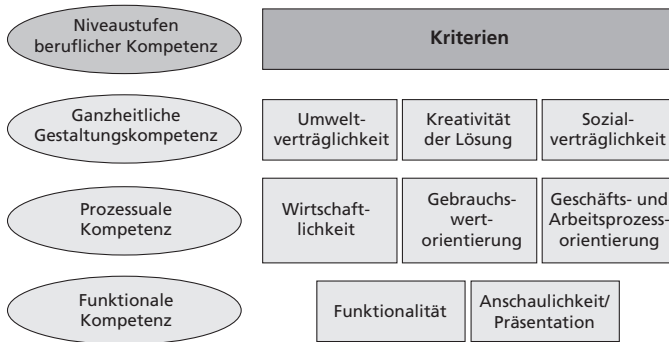


Abb. 5: Niveaus und Kriterien beruflicher Kompetenz (Rauner u. a. 2011, 56, Abb. 8)

Die Inhaltsdimension umfasst Lehr-/Lerninhalte, die für den jeweiligen Lernbereich charakteristisch und unabhängig von nationalen oder regionalen Bildungsplänen sind. Grundlage für die Einordnung der beruflichen Aufgaben sind die vier Stufen des Novizen-Experten-Schemas. Die Handlungsdimension schließlich basiert auf dem Konzept der vollständigen Lern- und Arbeitshandlung, welche eine vollständige Handlung in sechs Handlungsschritte differenziert (vgl. Rauner/Heinemann/Martens/Maurer 2011, 51–65). Das KOMET-Kompetenzmodell ermöglicht Längsschnittuntersuchungen zur Messung beruflicher Kompetenzentwicklung. Das Untersuchungsverfahren gestaltet sich so, dass den Auszubildenden im ersten Schritt schriftliche, offene Testaufgaben – basierend auf den Lernbereichen – gestellt werden, welche unterschiedliche Lösungsvarianten ermöglichen. Die Lösungen werden anhand von acht Kriterien – jeweils operationalisiert zu fünf Items – mithilfe einer bipolaren Ratingskala beurteilt. Die Bewertung der Lösungen basiert auf dem Konzept der holistischen Aufgabenlösung (vgl. Haasler u. a. 2009, 103–145).

Im zweiten Schritt werden mittels eines Fragebogens, der sog. Commitment-Skala (vgl. hierzu auch Heinemann/Rauner 2008), die berufliche Identität, das berufliche bzw. betriebliche Engagement, die Arbeitsmoral sowie Kontextdaten der Auszubildenden erhoben (vgl. Haasler u. a. 2009, 123–133). KOMET-Kompetenzdiagnostik wird seit mehreren Jahren in verschiedenen Ländern und an unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt.⁸⁹ Eine Anpassung der Kriterien an die Erfordernisse personenbezogener Dienstleistungsberufe und die

⁸⁹ Vgl. hierzu ausführlich: Rauner, Felix u. a. (2011): Messen beruflicher Kompetenzen Band III, Berlin: Lit

Anwendung des Instrumentariums innerhalb der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt aktuell im Rahmen internationaler Projekte.⁹⁰

2.2.5 Berufliche Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege hat im Bereich Berufsbildung in Deutschland eine Sonderstellung inne: Die Angehörigen der Pflegeberufe sowie die Schulen des Gesundheitswesens sind Teil des deutschen Gesundheitssystems. Im Schuljahr 2010/2011 belief sich die Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege auf 59.172 Personen.⁹¹

2.2.5.1 Einordnung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in das deutsche Berufsausbildungssystem

Es gibt auf Sekundarstufe II zahlreiche Bildungswege, die zu einer abgeschlossenen Berufsausbildung führen. Beispiele hierfür sind das duale System, die Ausbildung an Berufsfachschulen und die Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens, an denen nichtakademische Gesundheitsberufe wie z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Physiotherapeut/-innen und medizinisch-technische Assistent/-innen ausgebildet werden.

Duales System

Der größte berufliche Bildungsbereich ist das sog. duale System, in dem die anerkannten Ausbildungsberufe nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) erlernt werden.

Das duale System folgt dem Grundsatz der Verknüpfung von Arbeiten und Lernen; die Ausbildung findet an den miteinander vernetzten Lernorten Betrieb und Berufsschule statt. In der dualen Berufsausbildung in Deutschland wirken der Bund in seiner Zuständigkeit für die Wirtschaft und die Bundesländer in ihrer Zuständigkeit für das Schulwesen zusammen. Mehr als 60 % der Jugendlichen eines Jahrgangs (2011: 63 %, vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2012, 28) werden nach diesem System in einem der aktuell 344 staatlich anerkannten Ausbildungsberufe in Betrieb und Berufsschule ausgebildet.

Der betriebliche Teil der dualen Berufsausbildung ist in Ausbildungsordnungen gemäß dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. der Handwerksordnung (HwO)

90 Beispiele hierfür sind die Projekte „KOMET Pflegeausbildung Schweiz“ (I:BB Universität Bremen gemeinsam mit Höheren Fachschulen für Gesundheit und Soziales aus sechs Schweizer Kantonen, Laufzeit 2012–2014) sowie das europäische Leonardo-da-Vinci-Projekt „Erheben und Vermitteln beruflicher Kompetenz, beruflicher Identität und beruflichen Engagements in den Pflegeberufen in Spanien, Norwegen, Polen und Deutschland“, welches im November 2012 gestartet ist.

91 Auskunft des Statistischen Bundesamts

geregelt. Der Berufsschulunterricht erfolgt nach Lehrplänen auf der Grundlage der Schulgesetze der Länder, die nach dem Gemeinsamen Ergebnisprotokoll betreffend dem Verfahren bei der Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen im Bereich der beruflichen Bildung vom 30.05.1972 (in der jeweiligen Fassung) zwischen Bund und Ländern abgestimmt worden sind (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2006).

Vollqualifizierende Berufsausbildung an Berufsfachschulen

Neben der dualen Berufsausbildung gibt es in den Bundesländern die vollqualifizierende Berufsausbildung an Berufsfachschulen, die einen Abschluss nach Länderrecht außerhalb BBiG/HwO (z. B. Assistentenberufe, Erzieher/-innen) sowie in staatlich anerkannten Berufen nach BBiG/HwO vermitteln (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2012, 213–214).

Schulen des Gesundheitswesens

Für die Schulen des Gesundheitswesens findet das Berufsbildungsgesetz (BBiG), z. B. lt. § 22 des Krankenpflegegesetzes (wie auch lt. § 28 des Altenpflegegesetzes) keine Anwendung. Ausbildungs- und Prüfungsprozedere sind in den entsprechenden Berufsgesetzen bzw. den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt. Die Schulen des Gesundheitswesens bedürfen einer staatlichen Anerkennung.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist berufsrechtlich im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) geregelt; die Zuständigkeit hierfür liegt beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG), während die Fachaufsicht den obersten Gesundheitsbehörden der Länder obliegt. Den Bundesländern steht es frei, die schulische Ausbildung entsprechend der Schulgesetze landesrechtlich zu ordnen, wie dies z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen der Fall ist.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung wird, wie auch die duale Berufsausbildung, bildungssystematisch dem Sekundarbereich II zugeordnet.

2.2.5.2 Rechtlicher Rahmen und Finanzierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003, welches zuletzt durch Art. 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 geändert wurde, regelt die Zugangsvoraus-

setzungen⁹² zum Beruf, die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen für die dreijährige Ausbildung sowie für die Abschlussprüfungen und die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung.

Aktuelles Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

In § 3 (Ausbildungsziel) wird darüber hinaus indirekt der Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege definiert:

„(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.

Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,

92 § 5 Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung:

- Gesundheitliche Eignung,
- Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder sonstige zehnjährige allgemeine Schulausbildung oder
- Hauptschulabschluss, zusammen mit einer abgeschlossenen, zweijährigen Berufsausbildung oder einer Erlaubnis als Krankenpflegehelfer(in) oder einer landesrechtlich geregelten mind. einjährigen Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflegehilfe.

- d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

Eine sog. Modell- bzw. Erprobungsklausel in § 4 ermöglicht außerdem die Erprobung alternativer Ausbildungsmodelle, z. B. der integrativen Ausbildung, einer Ausbildung zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten (siehe Kap. 1.2.1) oder der Ausbildung an Hochschulen mit ggf. verlängerter Ausbildungsdauer.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt an staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind und wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen. Das Prüfungszeugnis ist Grundlage für die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (vgl. § 4 KrpflG). Die Ausbildung kann sowohl als Vollzeit- als auch als Teilzeitausbildung absolviert werden. Sie umfasst mindestens 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens. In der Vollzeitform dauert die Ausbildung drei Jahre, als Teilzeitausbildung fünf Jahre.

Die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts wie auch der praktischen Ausbildung trägt lt. § 4 des Krankenpflegegesetzes die Schule. In den meisten Schulen ist die Ausbildung blockweise organisiert, d. h. Unterrichtsblöcke und Praxiseinsätze wechseln einander ab; an manchen Einrichtungen werden die Praxiseinsätze von wöchentlichen Studientagen unterbrochen.

Die Ausgestaltung der bundesweit verbindlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003,

zuletzt geändert durch Art. 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I, 2515), ergibt ein sehr heterogenes Bild. Dies gilt sowohl in Hinblick auf die curriculare Umsetzung der in der KrPflAPrV vorgegebenen Themenbereiche als auch hinsichtlich des Prozederes der Abschlussprüfungen. Es gibt weder ein verbindliches Rahmencurriculum für alle Bundesländer noch zentrale Prüfungsaufgaben. Auch innerhalb der einzelnen Bundesländer haben die Schulen mehr oder weniger viel Gestaltungsfreiraum. Von einer Vergleichbarkeit der Abschlüsse innerhalb Deutschlands kann somit keine Rede sein, und der Wechsel in ein anderes Bundesland gestaltet sich für Auszubildende eher schwierig. Auch in der Praxis ist eine Vergleichbarkeit nicht gegeben; Ausbildung findet in Krankenhäusern der unterschiedlichsten Versorgungsstufen (Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung und Fachkrankenhäusern, z. B. für Psychiatrie) statt, die alleine durch ihr Leistungsspektrum ein weit voneinander abweichendes Lernangebot in der Praxis aufweisen.

Auf Länderebene ist die – bislang geringe – Durchlässigkeit in das tertiäre Ausbildungssystem geregelt. So ist z. B. in Rheinland-Pfalz mit dem Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege auch die allgemeine Fachhochschulreife (nur) für Rheinland-Pfalz verbunden (Zweite Landesverordnung zur Änderung der Landesverordnung über den Erwerb der Fachhochschulreife nach § 65 Abs. 3 des Hochschulgesetzes vom 29. August 2008). Für die Pflegeausbildung an Hochschulen gibt es bislang keine über die Modellklausel im Krankenpflegegesetz § 4 hinausgehende gesetzliche Regelung.

Finanzierung der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege haben den Status von Arbeitnehmern. Sie erhalten eine nach Ausbildungsjahren gestaffelte, tariflich geregelte Ausbildungsvergütung (z. B. TVöD, AVR oder Haustarifverträge), welche für den Arbeitgeber im Verhältnis von 9,5 Auszubildenden auf eine Vollzeitpflegeperson refinanzierbar ist. Die Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen⁹³ ist in § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelt. Die Kosten der Ausbildung gehören zu den Leistungen der Krankenversicherung und sind Bestandteil des DRG-Entgeltsystems.⁹⁴ Sie werden als Zuschlag auf die Fallpauschalen von allen Krankenhäusern mit den Krankenkassen abgerechnet und in einen Ausbildungsfond eingezahlt. Das

93 Siehe hierzu ausführlich: Tuschen, Karl Heinz/Trefz, Ulrich (2010): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, 161–162.

94 DRG = Diagnosis-Related-Groups; das DRG-Entgeltsystem ist ein Vergütungssystem für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. Eine DRG basiert im Wesentlichen auf der Diagnose und beschreibt einen Patientenfall mit vollständigem Ressourcenverbrauch von der Aufnahme bis zu Entlassung (vgl. Dinter 2008, 212).

Geld wird von den Landeskrankenhausgesellschaften an die auszubildenden Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland verteilt (vgl. Dinter 2008, 216).

2.2.5.3 Weiterbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Aufbauend auf die dreijährige Berufsausbildung findet sich eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten; zu unterscheiden sind hier Fach- und Funktionsweiterbildungen sowie diverse Studiengänge.

Konventionelle Weiterbildungen

Die Fachweiterbildungen, welche zur Vertiefung und Erweiterung vorhandener Kenntnisse dienen, sind berufsbegleitend organisiert und dauern i. d. R. zwei Jahre. Fachweiterbildungen werden z. B. angeboten für die Anästhesie- und Intensivpflege, die Endoskopie, den Operationsdienst, die Palliativpflege, die psychiatrische Pflege und die Dialysepflege. Funktionsweiterbildungen haben das Ziel, die Pflegenden für bestimmte Funktionen zu qualifizieren. Hierzu gehören Weiterbildungen zur Leitung einer Station, eines Wohnbereichs oder einer Funktionsabteilung sowie die Weiterqualifikation zum Praxisanleiter.

Weiterqualifizierende Studiengänge

Neben den konventionellen Weiterbildungsangeboten existieren zahlreiche Hochschulstudienangebote für Wissenschaft, Management und Lehre bis hin zum pflegewissenschaftlichen Promotionsstudium. Voraussetzung für das Studium sind i. d. R. eine abgeschlossene Ausbildung in der Pflege, eine Hochschulzugangsberechtigung und mindestens ein Jahr Berufserfahrung. Der Bachelor (Bachelor of Arts oder Bachelor of Science) ist ein eigenständiger, berufsqualifizierender Abschluss und kann in einer Regelstudienzeit von sechs bis acht Semestern erworben werden.

Aufbauend auf einem Bachelor- oder Diplom-(FH)-Abschluss kann ein Master-Abschluss erworben werden. Zu unterscheiden sind konsekutive Masterstudiengängen, welche inhaltlich auf das Bachelor-Studium aufbauen sowie nicht-konsekutive Masterstudiengänge, die fachlich unabhängig vom vorangegangenen Studium sind. Ein Masterstudium dauert zwei bis vier Jahre und führt in der Pflege zu den Abschlüssen Master of Arts oder Master of Science.

2.2.5.4 Pflegeausbildung im Hochschulbereich

Als Reaktion auf die gesteigerten Anforderungen an die Pflegenden etablieren sich auch in Deutschland zunehmend primärqualifizierende Studiengänge. Zu unterscheiden sind hierbei zwei Formen:

- duale Studiengänge, die es Auszubildenden mit Hochschulzugangsberechtigung ermöglichen, parallel zu ihrer regulären Ausbildung einen Bachelor-Studiengang zu absolvieren und
- rein akademische Studiengänge, in denen die Ausbildung insgesamt als Hochschulstudium organisiert ist.

In einem dualen Studium erwerben die Auszubildenden im Lauf ihrer Ausbildung sowohl an der Hochschule als auch an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Credits. Nach meist drei bis dreieinhalb Jahren wird zunächst der Berufsabschluss erworben, nach weiteren – je nach Hochschule – ein bis drei Semestern dann der erste akademische Abschluss zum Bachelor of Science bzw. Arts.

Möglichkeiten eines grundständigen Pflegestudiums werden ebenfalls von verschiedenen Fachhochschulen bzw. Hochschulen angeboten. Hier sind jedoch noch grundlegende Unterschiede zu verzeichnen: So gibt es zum einen generalistische Bachelorstudiengänge, welche in sechs Semestern Regelstudienzeit zwar zum akademischen Abschluss Bachelor of Science, jedoch nicht zu einem staatlich anerkannten Berufsabschluss führen. Eine Tätigkeit in Bereichen, in denen dieser Voraussetzung ist, ist den Absolventen somit nicht zugänglich; hierzu muss ein ergänzender Abschluss an einer staatlich anerkannten Schule nachgeholt werden.

Andere Modellstudiengänge hingegen führen in acht Semestern sowohl zum Ausbildungsabschluss im gewählten Schwerpunkt der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege als auch zum akademischen Grad Bachelor of Science. Damit sind den Absolventen alle Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt sowie in ein weiterführendes Studium offen.

Wenn auch noch viele Unsicherheiten bezüglich der künftigen Arbeitsfelder akademisch qualifizierter Pflegenden herrschen und auch Fragen der Vergütung bislang nicht zufriedenstellend geregelt sind – das Interesse bei Bewerbern mit Hochschulzugangsberechtigung ist da. Zunehmend bewerben sich

Schulabsolventen explizit mit dem Ziel eines ausbildungintegrierten Bachelorstudiums.⁹⁵

2.2.5.5 Pflegeausbildung im europäischen Vergleich

Grundlage für den Vergleich der pflegerischen Ausbildung ist die Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Hier ist in Art. 21 festgelegt, dass jeder Mitgliedsstaat der Europäischen Union Ausbildungsnachweise zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger, welche den Mindestanforderungen genügen, anerkennt. Diese Mindestanforderungen (vgl. Art. 31) sind (momentan noch) eine zehnjährige allgemeine Schulbildung und eine mindestens dreijährige oder 4.600 Stunden umfassende Ausbildung, von der mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung und mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung entfallen. Inhaltlich muss das im Anhang V Nr. 5.2.1 beschriebene Programm erfüllt werden. Die Schweiz und die EU anerkennen gegenseitig die Ausbildungsabschlüsse für jene Berufe, die in einzelnen Mitgliedstaaten reglementiert sind.⁹⁶

Ein Blick auf die Umsetzung der EU-Richtlinie zeigt jedoch ein heterogenes Bild. LANDENBERGER (vgl. 2005b, 177–178) weist explizit darauf hin, dass die häufiger zu lesende Darstellung, Deutschland, Österreich und Luxemburg seien die einzigen EU-Länder ohne durchgängig akademische pflegerische Erstausbildung, nicht zutrifft. Sie erläutert am Beispiel Großbritanniens, dass die „Höheren Bildungseinrichtungen“ hier sowohl Aufgaben der vorakademischen als auch der akademischen Ausbildung bzw. Weiterbildung übernehmen.

An dieser Stelle die Ausbildungsmodalitäten aller 24 EU-Länder und der Schweiz darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher werden exemplarisch die Ausbildungsstrukturen in Großbritannien als Vertreter des weltweit verbreiteten „angelsächsischen Systems“ und die in der Schweiz näher beleuchtet, welche in der deutschen Diskussion um Pflegebildung vielfach als vorbildhaft dargestellt werden (vgl. z. B. Landenberger 2005a, 13 u. Linke 2012, 84–87).

95 Die Aussage entspricht den persönlichen Erfahrungen der Verfasserin mit Bewerbern für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.

96 Siehe: www.bbt.admin.ch > Themen > Internationale Diplomanerkennung (Zugriff 18.10.2012)

Pflegeausbildung in Großbritannien

In Großbritannien⁹⁷ gibt es zwei Möglichkeiten der Pflegeausbildung, die beide zur Berufsberechtigung und damit zur Registrierung (RN = Registered Nurse) führen: zum einen als dreijähriges, vorakademisches Undergraduate-Studium mit dem Abschluss des Diploma in Higher Education (Dip HE RN) und zum anderen in Form eines ebenfalls dreijährigen akademischen Studiums mit dem Abschluss Bachelor of Nursing (BSc RN). Beide Studienformen sind an einer Schulform, der Higher Education Institution (HEI) angesiedelt, und zahlreiche dieser Einrichtungen bieten gleichzeitig Diploma- und Bachelor-Degree-Kurse an (vgl. Filkins/Landenberger 2005, 89 u. Landenberger 2005b, 177).

In beiden Ausbildungsvarianten sind Abschlüsse in den Schwerpunkten Erwachsenenpflege (RN Adult), Kinderpflege (RN Child), Psychiatrie (RN Mental Health) und Lernbehindertenpflege (RN Learning/Intellectual Disabilities) zu erwerben. Das erste Ausbildungsjahr ist hierbei generalistisch ausgerichtet, die Spezialisierung erfolgt erst im zweiten und dritten Studienjahr (vgl. Filkins/Landenberger 2005, 88–89).

Diploma-Absolventen haben die Möglichkeit, in einem verkürzten Aufbaustudium einen Bachelor-Degree zu erwerben. Mit diesem kann in einem einjährigen Aufbaustudium an der Universität ein Masterabschluss erworben werden. Masterabsolventen wiederum ist der Weg in ein Promotionsstudium, z. B. zum Ph.D. Nursing, offen.

Um zur Pflegeausbildung zugelassen zu werden ist üblicherweise der mit der deutschen Fachhochschulreife vergleichbare Abschluss des General Certificate of Secondary Education (GCSE) notwendig. Die in der Regel mindestens 17–17,5 Jahre alten Bewerber müssen fünf selbst gewählte Prüfungsfächer mit der Mindestnote Grade-C-Level bestanden haben. Individuell werden von manchen Schulen für Bewerber, welche diese Qualifikationen nicht erfüllen, jedoch auch Einstellungstests angeboten. Einige Universitäten verlangen von Studienbewerbern auch höhere Qualifikationen⁹⁸ (vgl. ebd., 2005, 92). Ergänzend wird die berufliche Eignung mithilfe von Assessment-Centern einrichtungsindividuell überprüft.

97 Die hier zusammen getragenen Informationen beruhen neben der angegebenen Literatur auf einer Sichtung der Homepages von Universitäten, welche Pflegeausbildung anbieten, insbesondere der Napier-University in Edinburgh (www.napier.ac.uk), der Thames Valley University in London (www.tvu.ac.uk) und der University of Nottingham (www.nottingham.ac.uk), Stand Oktober 2012.

98 Z.B. die Thames Valley University in London erwartet Englische Sprache, Mathematik und Naturwissenschaften unter den fünf GCSE-Fächern, formuliert für Bewerber jedoch kein Mindestalter (Anm. d. Verf.).

Die Pflegestudierenden sind keine Angestellten des Krankenhauses, sondern haben in der Praxis den Status von Praktikanten. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen sich um den Einsatz von Studierenden bewerben und bestimmte Kriterien, z. B. eine ausreichende Anzahl an Mentoren und Bereitstellung von Pflegefachliteratur, erfüllen. Nach dem Praxiseinsatz beurteilt nicht nur das Stationsteam die Studierenden, sondern auch die Studierenden beurteilen das Lernangebot im Einsatzbereich.⁹⁹

Die Praktikumseinsatzplanung erfolgt ausschließlich nach fachlich-didaktischen Kriterien durch die Schule (vgl. ebd., 93). Als Studierende erhalten die Lernenden keine Ausbildungsvergütung; Diploma-Studierende werden mithilfe eines Stipendiums¹⁰⁰ gefördert (vgl. Thames Valley University 2013), Bachelor-Studierende können vom National Health Service steuerfreie Darlehen erhalten. Die Studiengebühren werden vom National Health Service getragen.¹⁰¹

Pflegeausbildung in der Schweiz

Auch in der Schweiz¹⁰² existieren zwei Möglichkeiten – beide auf dem Tertiärniveau angesiedelt – eine Berufszulassung in der Pflege zu erwerben: das dreijährige Studium an einer Höheren Fachschule (HF) und das ebenfalls dreijährige Studium an einer Fachhochschule (FH).

Die Ausbildung zur Pflegefachperson HF unterliegt dem Schweizerischen Bundesgesetz über die Berufsausbildung vom 13.12.2002 und ist dem Department für Bildung, Kultur und Sport unterstellt. Die Verantwortung für den Lernbereich Schule liegt bei den Bildungsanbietern, für den Lernbereich Praxis bei den Praktikumsbetrieben, und für den Lernbereich Training und Transfer sind Bildungsanbieter und Praktikumsbetriebe gemeinsam verantwortlich. Die Praktikumsorte sind an die inhaltlichen Vorgaben des jeweiligen Bildungsanbieters gebunden.

99 Diese Aussage basiert auf persönlichen Erfahrungen der Verfasserin aus einem Praktikum im Jahre 1998 an der Napier-University im schottischen Edinburgh.

100 Siehe hierzu: http://www.health-old.uwl.ac.uk/brochures/FHHS_TVU_pre-reg_nursing_brochure.pdf (Zugriff 12.01.2013)

101 Die Höhe der Stipendien (Bursaries) variiert je nach Studienort und nach persönlicher Lebenssituation. Sie wird ausführlich erklärt auf den Seiten des National Health Service. <http://www.uwl.ac.uk/nursing/Welcome.jsp> und http://www.nhsbsa.nhs.uk/Students/Documents/Students/FHfHCS_20112012_NEW_scheme_v2.1.pdf (Zugriff 31.01.2013)

102 Die hier zusammengetragenen Informationen gründen u. a. auf einer Sichtung der Homepages von Höheren Fachschulen und Fachhochschulen in der deutschsprachigen Schweiz, welche ein Pflegestudium anbieten. Insbesondere berücksichtigt wurden die Höhere Fachschule für Gesundheit und Soziales in Aarau (www.hfgs.ch), das Careum Bildungszentrum in Zürich (www.careum.ch), die Fachhochschule St. Gallen (www.fhsg.ch), und die Zürcher Fachhochschule (www.zfh.ch), Stand Oktober 2012.

Das HF-Studium soll gewährleisten, dass die Studierenden in allen Arbeitsfeldern der Pflege selbstständig arbeiten können. Eine vertiefende Einarbeitung in eines der sechs möglichen Arbeitsfelder¹⁰³ während der Ausbildung ist jedoch möglich und eher die Regel als die Ausnahme. Theorie- und Praxisphasen wechseln einander ab. Die Studierenden haben die Möglichkeit, sich entweder direkt von der Höheren Fachschule oder von einem Betrieb ihrer Wahl anstellen zu lassen und erhalten in beiden Fällen eine kantonal festgelegte Ausbildungsvergütung. Für Lehrmaterial ist jährlich ein Kostenbeitrag zu entrichten. Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung sind die abgeschlossene Sekundarstufe II (abgeschlossene Berufslehre mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis, Fachmittelschulabschluss oder Matura), physische und psychische Gesundheit sowie eine bestandene Eignungsabklärung, an der man ab dem 17. Lebensjahr teilnehmen kann. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht ein Anrecht auf einen Studienplatz im jeweiligen Kanton.

Für das Studium an einer Fachhochschule variieren die Zugangsvoraussetzungen je nach Hochschule. In der Regel werden eine gymnasiale Maturität, eine berufliche Maturität oder eine Fachmaturität Gesundheit sowie eine bestandene Eignungsabklärung, eine abgeschlossene pflegerische Berufsausbildung oder ein strukturiertes pflegerisches Praktikum vorausgesetzt. Auch inhaltlich unterscheiden sich die Schweizer Fachhochschulstudiengänge: So gibt es Fachhochschulen, die ein generalistisches Studium anbieten und wiederum Schulen, in denen im dritten Studienjahr eine Vertiefung gewählt wird. Die Praktikumszeiten entsprechen der EU-Richtlinie mit der Vorgabe von 2.300 Praxisstunden. Die Fachhochschulen erheben Studiengebühren und Gebühren für Lernmaterialien in unterschiedlicher Höhe.

2.2.6 Zusammenfassung und Fazit für die vorliegende Arbeit

Beruf und Bildung sind zwei sich wechselseitig beeinflussende Faktoren: Nicht nur die berufsbezogene Bildung wird durch die Anforderungen der Arbeitswelt geprägt und bestimmt – über berufliche Aus- und Weiterbildung werden auch neue Erkenntnisse in die Praxis transferiert, Veränderungsprozesse in der Praxis initiiert und dauerhaft implementiert. Wie intensiv und vor allem wie produktiv diese gegenseitige Beeinflussung ist, hängt entscheidend von der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Bildungsträgern und Betrieben ab.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Ziel beruflicher Bildung die Entwicklung von Handlungskompetenz im Sinne von Gestaltungskompetenz darstellt. Um diese zu modellieren, ist die duale Berufsausbildung ein Weg, der

¹⁰³ Arbeitsfelder der Pflege: Pflege und Betreuung von: Menschen mit Langzeiterkrankungen, Kinder-Jugendliche-Familien und Frauen, psychisch Erkrankten, Menschen in der Rehabilitation, somatisch Erkrankten, Menschen zu Hause.

allen anderen Formen der beruflichen Bildung gegenüber entscheidende Vorteile aufweist: Er verknüpft praktisches mit theoretischem Wissen, bietet Auszubildenden die Chance des situierten Lernens durch die Bewältigung realer Arbeitsaufgaben, lässt durch reflektierte Arbeitserfahrung Arbeitsprozesswissen generieren und initiiert das Hineinwachsen in die berufliche Praxisgemeinschaft. Dies wiederum fördert die Entwicklung beruflicher Identität, die – so die Hypothese – mit beruflicher Kompetenzentwicklung einhergeht.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bietet prinzipiell gute Voraussetzungen zum Erwerb beruflicher Handlungskompetenz: Die Ausbildung ist von der Struktur her dual organisiert, und die Gesamtverantwortung der Schulen – sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung – bietet gute Rahmenbedingungen für eine gelingende Lernortkooperation. Allerdings drängt sich hier die Frage auf, ob sich das in der theoretischen Ausbildung zu vermittelnde Wissen tatsächlich primär an Problemen und Aufgaben der beruflichen Praxis orientiert ist oder nicht vielmehr an der Überlegung, welche Inhalte aus dem Pflegewissen selbst und den Bezugswissenschaften um die Pflege herum für eine qualifizierte und patientenorientierte Handlungsweise „wissenswert“ sind.

Der zweite fragliche Aspekt ist, ob in der praktischen Ausbildung genügend Wert darauf gelegt wird, die Auszubildenden mit Tätigkeiten zu betrauen, die eine vollständige Aufgabenlösung verlangen, oder ob Auszubildende nicht doch vorwiegend mit aus dem Gesamtpflegeprozess herausgelösten Einzeltätigkeiten beauftragt werden. Auch Hol- und Bringedienste durch Auszubildende in Ermangelung dafür zuständigen Personals sind weder einer beruflichen Kompetenz- noch Identitätsentwicklung zuträglich, aber in vielen Kliniken gängige Praxis.

Für die Frage nach Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Ausprägung von beruflicher Identität und Engagement ist daher von besondere Interesse, inwieweit die Lehrinhalte der Ausbildung praxisorientiert sind, ob die Auszubildenden ihre Ausbildung an den Lernorten Schule und Praxis als Einheit erleben und mit welcher Art von Arbeitsaufgaben sie konfrontiert werden.

2.3 Berufliche Identität

2.3.1 Begriffsbestimmung „Berufliche Identität“

Identität bedeutet völlige Übereinstimmung, Gleichheit, Wesenseinheit und ist vom lateinischen „idem“ abgeleitet, was „ebendasselbe“ heißt. *Identifizieren* ist das zugehörige Verb und bedeutet die Identität feststellen bzw. einander gleichsetzen (vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 2010, 570).

2.3.1.1 Definition Identität

Die Identität des Individuums ist Gegenstand sowohl der soziologischen als auch psychologischen Forschung. Beide Disziplinen gehen indessen von der gleichen Grundannahme aus, nämlich dass Identität nicht statisch, sondern dynamisch ist. Ebenso wie soziologische Ansätze Identität als nie abgeschlossen, sondern gar als stets gefährdet, betrachten, sieht auch die Psychologie Identität als ein sich im Rahmen der sozialen Umwelt veränderndes und entwickelndes Selbst-System (vgl. Krappmann 2004, 715).

Die Frage, welches Identitätsverständnis im Zusammenhang mit beruflicher Identität dieser Arbeit zugrunde gelegt werden soll, führt zu den Ausführungen des Soziologen ABELS (2010), der Identität definiert als (ebd., 258):

„das Bewusstsein, ein unverwechselbares Individuum mit einer eigenen Lebensgeschichte zu sein, in seinem Handeln eine gewisse Konsequenz zu zeigen und in der Auseinandersetzung mit Anderen eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und sozialen Erwartungen gefunden zu haben.“¹⁰⁴

Identität wird von ABELS als lebenslanger, situativ immer wieder veränderlicher Prozess gesehen, dessen Gelingen von vielen, teils widersprüchlichen Bedingungen abhängt (vgl. ebd., 254).

Auch der Psychologe HAUßER (1995) betont den prozesshaften Charakter von Identität. Er grenzt zunächst Identität, welche vom Individuum selbstkonstruiert ist, ab von den Begriffen *Rolle* (als Bündel von Verhaltenserwartungen der Gesellschaft an das Individuum) und *Persönlichkeit*, was die Gesamtheit aller psychischen Merkmale der Person meint (vgl. ebd., 3). Identität definiert HAUßER als (ebd., 66):

„die Einheit aus Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung eines Menschen, die er aus subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen über Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und personale Kontrolle entwickelt und fortentwickelt und die ihn zur Verwirklichung von Selbstansprüchen, zur Realitätsprüfung und zur Selbstwertherstellung im Verhalten motivieren.“

Sowohl die soziologische als auch die psychologische Definition spiegeln die Grundannahme der folgenden Ausführungen wider: Identität ist etwas Dynamisches, Veränderliches, was die Person höchstpersönlich und individuell gestaltet.

104 Hervorhebung im Original

Diese Sichtweise erscheint im Zusammenhang mit sich schnell verändernden privaten und beruflichen Lebensumständen als Grundlage für Fragestellungen zur beruflichen Identität geeigneter als z. B. das Konzept des amerikanischen Psychoanalytikers ERIKSON (1994), der Identität zwar ebenfalls als lebenslangen Entwicklungsprozess beschreibt, aber davon ausgeht, dass sie sich nach einem epigenetischen Prinzip entwickelt (vgl. ebd., 57). Dennoch finden sich gerade auch in ERIKSONs Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung wichtige Hinweise hinsichtlich der Problematiken des Jugend- und frühen Erwachsenenalters, die Phasen, in der üblicherweise die Weichen für die Berufswahl – zumindest des Erstberufes – gestellt werden.

2.3.1.2 Berufliche Identität als Teilaspekt der Gesamtidentität

Identität beinhaltet, entsprechend seiner Wortbedeutung, stets den Aspekt des „Anderen“, mit dem es identisch zu sein gilt. In Bezug auf berufliche Identität ist es der Beruf, zu dem die Person in Relation gesetzt wird (vgl. auch Haußer 1995, 3).

Die wechselseitige Beziehung zwischen Mensch und Beruf, welche sich in beruflicher Identität widerspiegelt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die von HEINEMANN und RAUNER (vgl. 2008, 4–5) wie folgt beschrieben werden (*Abbildung 6*):

- die Auswirkungen der Arbeitssituation auf den Beschäftigten und die Reaktion des Beschäftigten auf seine Arbeitssituation,
- die subjektiven Ansprüche des Beschäftigten an seine Arbeit (z. B. Sinn) und wie diese in der Arbeitssituation verwirklicht werden,
- die generelle Einstellung zur Arbeit in der Gesellschaft bzw. in Gruppen der Gesellschaft.

Berufliche Identität ist als ein wichtiger Teil der Gesamtidentität einer Person zu betrachten. Diese Perspektive lässt sich u. a. den Ausführungen des FAME-Consortiums (2007) entnehmen: Die Autoren beschreiben berufliche Identität als eine von zahlreichen miteinander konkurrierenden Identitäten, welche die Gesamtidentität eines Individuums ergeben (vgl. ebd., 36). Die Sichtweise von beruflicher Identität als einer eigenen Teilidentität wird indirekt auch von den Ergebnissen einer niederländischen Studie gestützt, in der die Identität 300 Jugendlicher untersucht wurde. In der Arbeit zeigte sich kein Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und anderen relevanten Lebensbereichen wie z. B. die Fähigkeit, die Freizeit zu genießen oder die Anzahl guter Freunde. Offenbar, so schlossen die Forscher aus ihren Ergebnissen, entwickelt sich berufliche Identität unabhängig von sozialer Identität (vgl. Meeus 1993, 815–816).

Berufliche Identität ist somit der Teil der Gesamtidentität einer Person, welche sich spezifisch auf den Lebensbereich Arbeit und Beruf bezieht. RAEDER und GROTE (2005, 337) definieren berufliche Identität – in Anlehnung an HOFF (1994) – als

„Produkt eines sich lebenslang vollziehenden Prozesses der Wechselwirkung zwischen Arbeit und Beruf einerseits und Person andererseits.“

Der Begriff *Produkt* impliziert, dass berufliche Identität zwar Wandlungen unterworfen ist, die jeweils aktuell vorhandene berufliche Identität trotzdem jedoch als Ergebnis des jeweils aktuellen Entwicklungsprozesses zu sehen ist. RAEDER und GROTE (2005) betonen hierbei, dass Stabilität und Kontinuität im Beruf nicht notwendig sind, sondern Optionen offen sein müssen, die persönliche berufliche Identität immer wieder neu zu definieren (vgl. ebd., 338).

Zur Untersuchung und Messung beruflicher Identität im Sinne der vorliegenden Arbeit bedarf es der weiteren Konkretisierung des Begriffs. Hierzu erscheint der Ansatz von KIRPAL (2003) zielführend, welche bei ihren Untersuchungen im Rahmen des FAME-Forschungsprojektes¹⁰⁵ berufliche Identität implizit gleichsetzt mit der Identifikation mit dem Beruf (ebd., 14):

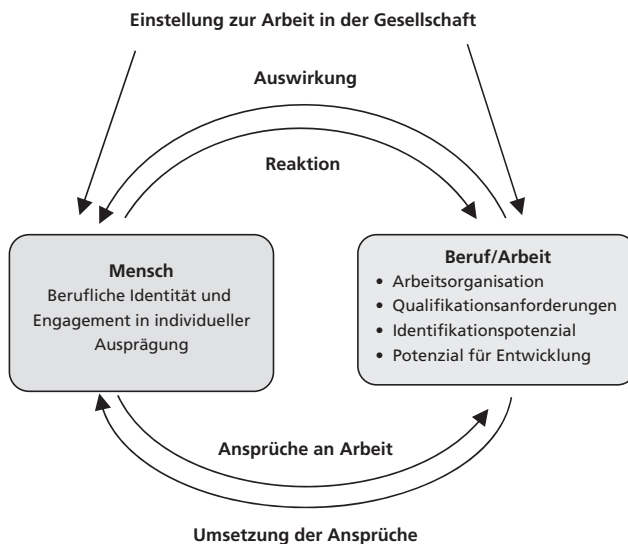


Abb. 6: Wechselwirkung Mensch – Beruf (in Anlehnung an Heinemann/Rauner 2008, 4–5)

¹⁰⁵ FAME – Vocational Identity, Flexibility and Mobility in the European Labour Market (Laufzeit Februar 2000 bis Mai 2003), unter: <http://www.itb.uni-bremen.de/projekte/fame/fame.htm> (Zugriff 11.01.2013)

„The interviews with nurses for the elderly in Germany may reveal how relatively unimportant the initial vocational training can become for developing an occupational identity. The level of identifying with their work did not vary between the nurses who underwent a 7-weeks retraining course and the ones who trained under the new curriculum from a duration of three years.“

Gerade, um Probanden qualitativer Forschungsverfahren (z. B. in Interviews) nach der Entwicklung ihrer beruflichen Identität zu befragen, erscheint dieser Ansatz sinnvoll.

HEINEMANN und RAUNER (2008) beschreiben in ihrem Commitment-Fragebogen – einem für die quantitative Erfassung beruflicher Identitäts- und Engagemententwicklung konzipierten Instrument der KOMET-Forschung – berufliche Identität als „Dispositionen zur erfolgreichen Übernahme der Berufsrolle“ (ebd., 17). Diese spiegeln sich in einer Orientierung am Gesamtzusammenhang, an Interesse zur Mitgestaltung sowie in Qualitätsbewusstsein wider (vgl. ebd., 12, siehe auch Kap. 4.3.1).

Insbesondere aus dem Qualitätsbewusstsein erwächst das Engagement zur hochwertigen Ausführung beruflicher Aufgaben. Für die Erbringung qualitativ hochwertiger Arbeit ist wiederum berufliche Handlungskompetenz unabdingbar.

2.3.2 Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz

Die Entwicklung beruflicher Kompetenz und die Entwicklung beruflicher Identität werden von zahlreichen Autoren als untrennbar miteinander verbunden angesehen: Wegweisend ist hier der Hinweis von BLANKERTZ (1983), der im Zusammenhang mit der Problematik doppeltqualifizierender Bildungsgänge am Beispiel des nordrhein-westfälischen Kollegs schulversuchs feststellte, dass Kompetenzentwicklung ohne eine Identifikation mit der Berufsrolle nicht denkbar ist (vgl. ebd., 139). Auch LEMPERT (2009) beschreibt einen direkten Zusammenhang zwischen Kompetenzentwicklung und berufsbezogener Persönlichkeitsentwicklung (vgl. ebd., 120–121).

Die Annahme von der Untrennbarkeit von Kompetenz- und Identitätsentwicklung findet sich indessen ebenfalls im pflegewissenschaftlichen Kontext wieder. So verbindet die Pflegeforscherin CASSIER-WOJDASKY (2007) die Begriffe Handlungskompetenz und professionelle Identität insofern, als dass Handlungskompetenz konstituierender Bestandteil von Identität ist: In ihrer Forschungsarbeit zum Zusammenhang zwischen professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung präzisiert sie den Begriff *professioneller Identität* speziell von Pflegenden in Anlehnung an FAGERMOEN (1997) wie folgt (ebd., 2007, 105):

„Professionelle Identität beschreibt also die professionelle Handlungskompetenz mit dem Bewusstsein über die eigene Kompetenz bzw. das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die für Pflegenden wesentlichen und handlungsleitenden Werte und Überzeugungen im Bereich ihrer beruflichen Praxis, wie sie sie selber wahrnehmen und in Interaktionen mit anderen vermitteln, in diesem Fall mit Patienten, mit anderen Berufsgruppen sowie in weiteren gesellschaftlichen Bezügen.“

Auch TAUBERT (1992) sieht in ihrer Arbeit zum beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden einen Zusammenhang zwischen der Identifikation der Pflegenden mit ihrem Beruf und der Qualität – nach HEINEMANN und RAUNER (2008) Indikator für berufliche Identität und Kompetenz – der pflegerischen Versorgung der Patienten (vgl. ebd., 23–24).

Die KOMET-Forschung erlaubt durch die Kombination der beiden Forschungsstränge Kompetenzforschung und Commitmentforschung eine empirische Untersuchung der sehr plausibel erscheinenden Hypothese vom Zusammenhang beruflicher Identitäts- und Kompetenzentwicklung. Im Begründungsrahmen für das KOMET-Modell formulieren HEINEMANN und RAUNER (2009, 69) zusammenfassend:

„Berufliche Identität ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der auf das Engste mit der Entwicklung beruflicher Kompetenz verknüpft ist. Genau genommen ist die Entwicklung beruflicher Identität eine Dimension der beruflichen Kompetenzentwicklung.“

In den bisher gewonnenen Ergebnissen durch Auszubildende elektrotechnischer Berufe¹⁰⁶ konnte ein Zusammenhang zwischen Identitäts- und Kompetenzentwicklung noch nicht dargestellt werden. Aber auch, wenn der empirische Nachweis bisher aussteht – der Rollenübergang vom Lernenden zum vollwertigen Mitglied der beruflichen Praxisgemeinschaft erfordert die Bereitschaft des Berufstätigen, berufliche Aufgaben qualitätsbewusst und verantwortungsvoll zu bearbeiten: „Ohne eine solche Entwicklung würde berufliche Kompetenz entwertet“ (Rauner/Heinemann 2011a, 225). Daher steht die Frage nach beruflicher Identitätsentwicklung im Fokus beruflicher Bildung: sowohl im Blickpunkt der beruflichen Grundausbildung als auch in dem der beruflichen Fort- und Weiterbildung.

106 Elektroniker für Betriebstechnik, Elektroniker FR Energie- und Gebäudetechnik sowie Fachschulstudierende aus Hessen, Bremen und Peking.

RAUNER, HAASLER und HEINEMANN (vgl. 2009, 50) ordnen berufliche Identitätsentwicklung den vier Lernbereichen zur Kompetenzentwicklung zu (siehe Kap. 2.2.3.2, *Abbildung 3*):

- bei den berufsorientierenden Aufgaben im ersten Lernbereich geht es darum, sich der Berufsrolle anzunähern,
- bereits im zweiten Lernbereich – dem Zusammenhangswissen – kann sich eine reflektierte berufliche Identität entwickeln,
- in Stufe drei – Detail- und Funktionswissen – erwächst, so die Autoren, „aus der beruflichen Identität berufliche Verantwortung als Voraussetzung für Leistungsbereitschaft und Qualitätsbewusstsein als einer wesentlichen Bedingung für die Wahrnehmung von vollständigen Arbeitshandlungen in problematischen Arbeitszusammenhängen“ (ebd., 50). Die berufliche Identität entwickelt sich über das Ausbildungsunternehmen hinaus und
- im vierten Lernbereich – erfahrungsbasiertes fachsystematisches Vertiefungswissen – schließlich stützt sich die berufliche Kompetenz auf einen mit dem erlernten Beruf eröffneten Karrierepfad.

Das Modell integriert somit die Lernbereiche beruflicher Kompetenzentwicklung und beruflicher Identitätsentwicklung.

2.3.3 Entwicklung beruflicher Identität

Berufliche Identität entsteht nicht von selbst, sondern ist ein aktiver Entwicklungsprozess. HEINEMANN und RAUNER (2008) gehen soweit, zu sagen, dass berufliche Identität die Bereitschaft benötigt, diese auch entwickeln zu wollen (vgl. ebd., 11). Die Entwicklung beruflicher Identität wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, deren Erforschung auch Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist.

Nachfolgend werden in der Literatur bereits beschriebene Einflussfaktoren auf berufliche Identitätsentwicklung insgesamt sowie potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung beruflicher Identität speziell in der Gesundheits- und Krankenpflege dargestellt.

Sozialisation für den Beruf

Der Prozess beruflicher Identitätsentwicklung beginnt nicht erst mit der Berufsausbildung. Die Entwicklungsaufgabe der Berufsfindung wird von vielerlei Ein-

flüssen im Sozialisationsprozess¹⁰⁷ beeinflusst, die im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert thematisiert, jedoch auch nicht vollständig ausgeblendet werden können. So sprechen die Soziologen von einer „Sozialisation für den Beruf“, was meint, dass die Sozialisation in der Familie die Aneignung von Interessen und Fähigkeiten für bestimmte Berufsfelder fördert oder eben begrenzt, so dass zwischen sozialer Herkunft und dem gewählten Ausbildungsberuf meistens eine Nähe besteht (vgl. Heinz 1995, 42 u. 130).

Berufliche Identität ist demnach zumindest in Ansätzen bereits vor Ausbildungsbeginn vorhanden. Auch das Erleben des eigenen Leistungsvermögens im Jugendalter stellt einen potenziellen Faktor der beruflichen Identitätsentwicklung dar. So stellte MEEUS (1993) in seiner Studie fest, dass die Entwicklung beruflicher Identität mit dem Erfolg in der Schule zusammenhängt: Schulischer Erfolg stellt attraktive berufliche Möglichkeiten in Aussicht und reduziert so bei Jugendlichen Unsicherheit. Dies wiederum ermutigt die Jugendlichen, sich beruflich zu orientieren (vgl. ebd., 816).

Ähnliche Erkenntnisse in diesem Zusammenhang zeigte die Schweizer Sozialwissenschaftlerin STUHLMANN (2009) auf, die in ihrer Dissertation zur Bedeutung der Identitätsentwicklung im Jugendalter für die berufliche Laufbahn Erwachsener zu dem Ergebnis kam, dass die Identitätsentwicklung in der Adoleszenz eine ganz eigene Bedeutung für den beruflichen Werdegang aufweist (vgl. ebd., 199).

Bedeutung der beruflichen Praxisgemeinschaft

Während der Ausbildung hängt es wiederum von verschiedenen Faktoren ab, ob die berufliche Identität sich stabilisieren kann und tatsächlich zum Anteil der Gesamtidentität des Individuums wird oder eben nicht – was im Zweifelsfall zu einem Ausbildungsabbruch, zu einem späteren Berufswechsel oder zu dauerhafter Unzufriedenheit im Berufsleben führen kann.

Voraussetzungen für eine gelingende Stabilisierung und Weiterentwicklung beruflicher Identität werden vom FAME-Consortium, basierend auf Ausführungen von BROWN (1997) formuliert: Dem Individuum als Konstrukteur seiner eigenen beruflichen Identität müssen Veränderung und Entwicklung sowie die Interaktion und Zusammenarbeit mit anderen (soziale Dimension) ermöglicht werden. Als ein entscheidender Faktor wird somit die Existenz beruflicher Praxisgemeinschaften angesehen (vgl. FAME-Consortium 2007, 35). Übertragen

107 Siehe hierzu ausführlich z. B. Heinz, Walter R. (1995): Arbeit, Beruf und Lebenslauf, Eine Einführung in die berufliche Sozialisation, Weinheim u. München: Juventa und Stoll, Francois/Vannotti, Marco/Schreiber, Marc (2011): Einstieg in die Berufswelt: Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer gelingenden Berufswahl – eine empirische Studie, Glarus: Rüeegger

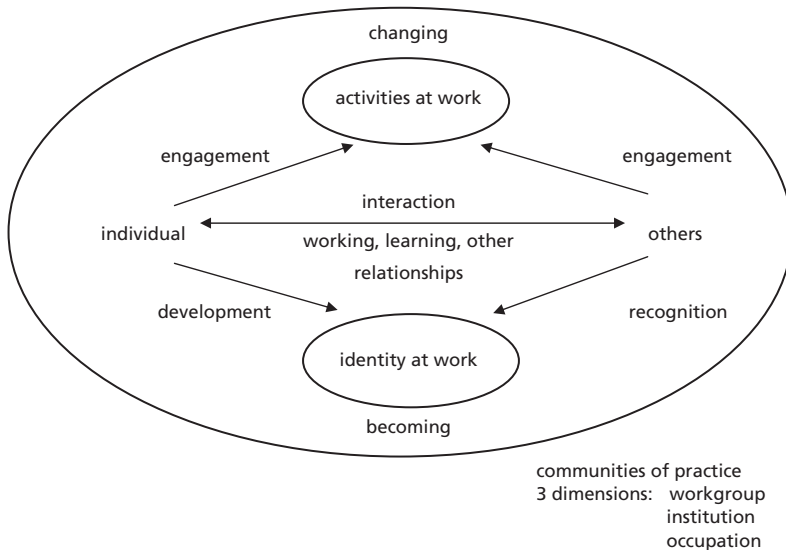


Abb. 7: Model of occupational identity formation (Brown 1997, 61, Abb. 1)

auf berufliche Ausbildung kommt hier dem Lernort Praxis offensichtlich eine besondere Rolle zu.

Die Interdependenzen zwischen dem Individuum und den „Anderen“ stellt BROWN in seinem „Model of occupational identity formation“ dar (Abbildung 7) und macht damit vor allem das Lernen als sozialen Prozess im Mittelpunkt des Modells und den dynamischen Entwicklungsprozess, der von vielerlei Faktoren abhängig ist, deutlich.

Die Bedeutung der beruflichen Praxisgemeinschaft im Hinblick auf Identitätsentwicklung bestätigen auch HEINEMANN und RAUNER, welche als Ziel beruflicher Identitätsentwicklung „den gelungenen Rollenübergang vom Lernenden zum vollwertigen Mitglied der community of practice“ (Rauner/Heinemann 2011a, 225) formulieren. Aus den Forschungsergebnissen, die bei 1.560 Auszubildenden aus über 40 Berufen in Bremerhaven erhoben wurden¹⁰⁸, ließen sich darüber hinaus zwei Komponenten ableiten, aus denen sich das Niveau beruflicher Identität, welches Auszubildende während ihrer Ausbildung erreichen, zusammensetzt (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 13): das Identifikationspotenzial des Berufs an sich und die lokalen Gegebenheiten in der Ausbildungssituation, d. h. sowohl die am Lernort Schule als auch die am Lernort Praxis.

¹⁰⁸ Die Untersuchung wird nachfolgend als „Bremerhaven-Studie“ bezeichnet.

Berufswahl Pflege

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der für die Entwicklung beruflicher Identität in den Blick zu nehmen ist, ist die Frage nach den Gründen, die Jugendliche zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege motivieren.

DECI und RYAN (1993) bezeichnen motivierte Handlungen als Handlungen, die intentional sind und von der Person ausgehen – im Gegensatz zu amotivierten Handlungen, welche kein erkennbares Ziel verfolgen. Die Intention ist demnach das definierende Merkmal einer motivierten Handlung (vgl. ebd., 224). In die gleiche Richtung zielt die Definition RHEINBERG's (2008, 16):

„Genauer bezeichnen wir mit Motivation die aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzuges auf einen positiv bewerteten Zielzustand.“

Ergänzend zu dieser Definition führt RHEINBERG aus, dass es sich bei einem „positiv bewerteten Zielzustand“ nicht nur um eine Aufsuchungsmotivation handeln kann, sondern auch um die Motivation zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Ebenso ist zu beachten, dass der Anreiz nicht nur im angestrebten Ziel, sondern auch in der Tätigkeit an sich liegen kann. Im Hinblick auf die Vorzeichen von Anreiz und Ziel können sowohl attraktive als auch aversive Tätigkeiten zum erwünschten Ziel führen; ebenso ist es möglich, dass sowohl attraktive wie auch aversive Tätigkeiten ein unerwünschtes Ereignis vermeiden sollen (vgl. Rheinberg 2006, 331–332).

Hieraus lässt sich auch eine Unterscheidung der Begriffe *intrinsische* bzw. *extrinsische Motivation* ableiten: Liegt der Anreiz im Vollzug der Tätigkeit, handelt es sich um intrinsische Motivation, ist der beabsichtigte Zielzustand bzw. der erwünschte Effekt der Anreiz, wird von extrinsischer Motivation gesprochen. RHEINBERG erklärt in Bezug auf WOODWORTH (1918), der – so der Autor – als Erster zwischen intrinsischen und extrinsischen Motiven unterschieden hatte¹⁰⁹, dass sich die Art der Motivation im Verlauf der Tätigkeit ändern kann. So kann eine Tätigkeit, die aufgrund extrinsischer Motive begonnen wurde, durchaus aus intrinsischen Anreizen fortgeführt werden (vgl. Rheinberg 2006, 333). Anzumerken ist hierzu, dass es in der Literatur eine Vielzahl von Verständnissen des Begriffs *intrinsische Motivation* gibt. Um die Motivation zur Berufswahl Pflege zu erkunden, erscheint die Definition RHEINBERG's zielführend, da es nicht um qualitative Unterschiede in der Motivation, auch nicht um die Motivationsstärke, sondern um die Frage der Intention geht. Insofern lässt die definitorische Unterscheidung intrinsischer und extrinsischer Motivation

109 „It is only when an activity is running by its own drive that it can run thus freely and effectively; for as long as it is being driven by some extrinsic motive, it is subject to the distraction of that motive.“ (Woodworth, 1918, 70)

RHEINBERGs in Bezug auf die Motivation zur Berufswahl Pflege zwei Schlussfolgerungen zu:

1. Mögliche Intentionen zum Pflegeberuf bzw. zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sind demzufolge:
 - Gesundheits- und Krankenpflege wird als ein attraktiver Beruf angesehen (positiv bewerteter Zielzustand),
 - Alternativen, z.B. kaufmännische oder technische Berufe oder ein Studium erscheinen im Vergleich dazu unattraktiv (Vermeidung unerwünschter Ereignisse),
 - die Pflegetätigkeit an sich wird als attraktiv angesehen (intrinsische Motivation),
 - der Pflegeberuf bietet Möglichkeiten (z. B. sicherer Arbeitsplatz, gute [Ausbildungs-]Vergütung, vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten), die als attraktiv angesehen werden (extrinsische Motivation).
2. Die ursprüngliche Motivation kann sich im Verlauf der Ausbildung bzw. der Berufstätigkeit verändern, d. h. Personen, die ursprünglich extrinsisch motiviert waren, können im Verlauf der Ausbildung bzw. der Berufstätigkeit eine hohe intrinsische Motivation entwickeln – und umgekehrt.

Weiterhin erscheint in diesem Zusammenhang die Theorie der menschlichen Selbstbestimmung (Self-Determination-Theory, SDT) von DECI und RYAN (2000) interessant, nach deren Verständnis intrinsische Motivation auf angebotenen Bedürfnissen nach Kompetenz, Selbstbestimmung und sozialer Eingebundenheit beruht. DECI und RYAN greifen in ihrer Theorie auf das Autonomiebedürfnis von DeCHARMS (1968) und auf das Kompetenzbedürfnis von WHITE (1959) zurück (vgl. Deci/Ryan 2000, 228–233). Die Autoren sehen in extrinsischer und intrinsischer Motivation keine Gegensätze, sondern betonen, „dass auch extrinsisch motiviertes Verhalten durchaus selbstbestimmt sein kann“ (Deci u. Ryan 1993, 226) und „extrinsisch motivierte Verhaltensweisen [...] durch die Prozesse der Internalisation und Integration in selbstbestimmte Handlungen überführt werden“ (ebd., 227). So führen die Bedürfnisse des Menschen nach sozialer Eingebundenheit und Autonomie dazu, dass Ziele und Verhaltensnormen aus einem akzeptierten sozialen Milieu übernommen und in das Selbstkonzept einer Person internalisiert werden (vgl. ebd., 227). Die ursprüngliche Fremdbestimmung geht so in Selbstbestimmung über. Das wiederum lässt die Schlussfolgerung zu, dass junge Menschen in ihrer Berufswahl von ihrer Sozialisation in der Familie bzw. im Freundeskreis geleitet werden, sich möglicherweise unbewusst die Meinung von Eltern oder Freunden zu ei-

gen machen und so das Gefühl einer selbstbestimmten Berufswahlentscheidung haben.

Zur Frage nach möglichen Motiven zur Berufswahl Pflege finden sich diverse Forschungsergebnisse: Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahre 2005 identifizierte direkte Kontakte zum jeweiligen Berufsfeld (Praktika, Gespräche mit Berufsangehörigen) sowie die Tätigkeit der Eltern als die wichtigsten Einflussgrößen zur Berufswahl von Jugendlichen (vgl. Prager/Wieland 2005, 9).

Ende der 1980er Jahre führten SCHAEFER, BRÖNNER und BITZIGEIO (1990) vor dem Hintergrund sinkender Schülerzahlen, einer zunehmenden Unzufriedenheit während der Ausbildung und hoher Berufsfluktuation eine Untersuchung an 19 hessischen Krankenpflegeschulen durch. Sie befragten mithilfe von standardisierten Fragebögen Schüler zu Ausbildungsbeginn, ca. ein dreiviertel Jahr später sowie kurz vor Ausbildungsende. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die Hauptbeweggründe zur Berufswahl ethischer Art sind: der Wunsch, Menschen – auch in Notsituationen – zu helfen, Menschenleben zu retten, für Menschen eine nützliche Arbeit zu tun, soziale Probleme lösen zu helfen und dabei selbstständig und verantwortungsbewusst arbeiten zu können. Gründe, wie das Ansehen des Berufs in der Gesellschaft, eine krisensichere Tätigkeit und Pflege als ein Beruf mit viel Freizeit sind für die Berufswahl hingegen nicht entscheidend (vgl. Schaefer/Brönner/Bitzigeio 1990, 492–494).

Helfen zu wollen als häufig geäußertem Beweggrund in Bewerberauswahlgesprächen wird auch von TAUBERT (1992) bestätigt. Sie stützt diese Aussage u. a. auf ihre eigenen Erfahrungen aus Vorstellungsgesprächen (vgl. ebd., 32).

VEIT (1996), die insgesamt 267 Krankenpflegeschüler mithilfe von Fragebögen hinsichtlich ihrer Gründe für die Berufswahl untersucht und miteinander verglichen hat, unterscheidet zwischen intrinsischen, extrinsischen und ambivalenten Motiven. Sie bestätigt die hohe intrinsische Hilfsmotivation der Befragten, stellt jedoch fest, dass extrinsische Gründe wie Bezahlung und Arbeitsbedingungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Auch die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung spielt als Grund zur Berufswahl eine Rolle (vgl. ebd., 61). Im Vergleich zu männlichen Auszubildenden, die „die Krankenpflege eher als einen Beruf wie jeden anderen betrachten“ (ebd., 66), sehen Frauen in der Pflege häufig einen besonderen Beruf, bei dem Motive wie „Helfen“, „Gebraucht werden“ und „für die Gesellschaft wichtig sein“ bedeutsam sind (vgl. ebd. 66). Jüngere Berufsanfänger haben eher traditionelle Vorstellungen von ihrem Beruf als ältere Berufsausbildungsanfänger – zu denen VEIT auch die Abiturienten zählt –, für die die Berufsausbildung in der Pflege eher eine Kompromisslösung darstellt. VEIT stellte außerdem fest, dass Pflegepersonen, die in ihrer Ver-

wandtschaft Krankenpflegepersonal haben, bereits in der Kindheit ihren Berufswunsch entwickeln und sich dadurch sowohl stärker mit dem Beruf identifizieren als auch über ein realistischeres Berufsbild verfügen (vgl. ebd., 70).

Die Untersuchung von LINKE-WINTER und PFEIFFER (1999) kam hinsichtlich der intrinsischen Motive zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Forscherinnen befragten zunächst 48 Krankenpflegeschüler im ersten Halbjahr ihrer Ausbildung mittels eines Fragebogens zu deren Lebensläufen, Zielen und Einstellungen und führten anschließend 15 Interviews durch (vgl. ebd., 131). In den Ergebnissen zeigte sich, dass sich das Bewusstsein, „etwas Gutes, Richtiges und Wertvolles“ zu leisten und dadurch selbst „von Wert“ zu sein, bei allen Befragten wieder fand. Als Hauptmotivation für die Berufswahl kristallisierte sich auch hier der Wunsch heraus, helfen zu wollen. Ferner wurde ein Zusammenhang zwischen der Berufswahl und dem familiären Einfluss festgestellt: Bei 56 % der Befragten befürworteten die Familien die Berufswahl ausdrücklich, 35 % der Familien akzeptierten sie; nur 9 % lehnten die Berufsentscheidung ab. Auch bei den Eltern fanden sich gehäuft soziale Berufe. Die Forscherinnen schlussfolgern daraus, dass Kinder im Prinzip zu sozialen Berufen erzogen werden. Die Befragten empfanden sich jedoch nicht durch die Eltern in ihrer Berufswahl beeinflusst (vgl. ebd., 133), was wiederum die Theorie von DECI und RYAN bestätigt.

Im Vergleich dieser drei an deutschen Krankenpflegeschulen durchgeführten Untersuchungen mit einer von POWELL (1972) veröffentlichten Studie aus Kingston (Jamaika), lässt sich feststellen, dass im Hinblick auf die Motivation zur Berufswahl große Ähnlichkeiten bestehen: Auch hier wurde Pflege eher als Berufung als ein Beruf wie jeder andere betrachtet, und die Entscheidung für ein Pflegestudium war nur selten eine spontane Entscheidung, sondern eher ein langfristiger Prozess. So gaben 51,5 % der Befragten an, bereits im Alter unter 12 Jahre über die Berufswahl Pflege nachgedacht zu haben (vgl. ebd., 289–290). POWELL konnte drei Arten von Gründen für die Wahl des Pflegeberufs herausarbeiten: Die einen schätzen die Eigenschaften des Berufs, andere haben altruistische Motive und die letzte Gruppe schließlich unterliegt Einflüssen von außen oder trifft ihre Wahl aufgrund persönlicher Erlebnisse (vgl. ebd., 293).

Eine qualitative Studie von THIEKÖTTER (2006), welche die Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik untersuchte, zeigt auf, dass die Pflegeausbildung hier oft nicht die erste Berufswahl darstellte (ebd., 285):

„Aufgrund der familialen Herkunft und der staatsideologischen Orientierung konnte der ursprüngliche Berufswunsch nicht realisiert werden, und hier

entstanden z.T. lange bis zu mehrjährige Wartezeiten auf einen Studien- oder Berufsausbildungsplatz. Dadurch erschien der Pflegeberuf als Berufsalternative an staatlichen oder konfessionellen Einrichtungen.“

Auch, wenn die besonderen Bedingungen in der DDR berücksichtigt werden müssen, ist davon auszugehen, dass auch aktuell für einen Teil der Auszubildenden die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nicht die erste Wahl darstellt. Insbesondere bei Abiturienten findet sich erfahrungsgemäß nicht selten der Arztberuf als ursprünglicher Berufswunsch. Bei Nicht-Erreichen des erforderlichen Numerus clausus wird die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege genutzt, um sich fachlich bereits im gewünschten Berufsfeld zu betätigen und gleichzeitig sog. Wartesemester zu sammeln.

Ganz aktuell sind die Ergebnisse des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP). Mit dem Ziel, auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten Empfehlungen für eine Imagekampagne geben zu können, ermittelte die Forschergruppe Einstellungen von Schülern zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs. Zusätzlich wurden 156 Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege nach den Kriterien ihrer Berufswahl befragt. Als wichtige Einflussfaktoren kristallisierte sich der gewünschte Kontakt mit Menschen, anderen zu helfen, Teamarbeit und die Erwartung einer interessanten und sinnvollen Tätigkeit heraus. Unbedeutend waren hingegen Gründe wie die Erfüllung eines Kindertraums, die Möglichkeit der Teilzeitarbeit zur Vereinbarung von Familie und Beruf sowie der Wunsch, in einem bewunderten, anerkannten und geachteten Beruf zu arbeiten (vgl. Bomball u. a. 2010, 45–46).

Nicht zuletzt muss auch davon ausgegangen werden, dass einige Auszubildenden zum entscheidenden Zeitpunkt einfach noch nicht wissen, welchen Beruf sie ergreifen sollen und dann – möglicherweise auf Drängen der Eltern oder aus anderen Gründen – eine Pflegeausbildung beginnen.

Um die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement in Bezug zu möglichen Motiven zur Berufswahl setzen zu können, wurden aus diesen Forschungsergebnissen die Antwortoptionen auf die Frage nach den Motiven zur Berufswahl generiert (siehe Fragebogen im Anhang).

Berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis

Zwei weitere potenzielle Einflussfaktoren auf berufliche Identitätsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege sind berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis.

Abgeleitet von der Bedeutung des Begriffes *Selbstverständnis* als „Vorstellung von sich selbst, mit der eine Person, eine Gruppe o. Ä. lebt und sich in der Öff-

fentlichkeit darstellt“¹¹⁰ kann berufliches Selbstverständnis entsprechend definiert werden als die Vorstellung, welche die Pflegenden von sich selbst und ihren Aufgaben haben und wie sie sich selbst in der Öffentlichkeit darstellen. *Pflegeverständnis* hingegen ist, so eine Definition des Begriffs bei KAMPMEYER und SCHULTE (1986), die sich in ihren Ausführungen auf ROPER u. a. (1980) beziehen, etwas anderes (Kampmeyer/Schulte 1986, 15):

„Das Pflegeverständnis, das in den meisten Fällen unausgesprochen vorliegt, beinhaltet das Konzept von Pflegepersonen über den Sinn von Krankenpflege Tätigkeit und über die Art und Weise, wie diese auszuführen ist.“

KAMPMEYER und SCHULTE weisen dem Pflegeverständnis damit eine qualitative Bedeutung zu und führen weiter dazu aus (ebd., 15–16)¹¹¹:

„Das Pflegeverständnis leitet mehr oder weniger bewusst die Auswahl der Daten, die die Krankenschwester für pflegerelevant hält, und beeinflusst auf diese Weise die durchzuführenden Maßnahmen und die Art der Durchführung.“

Die beiden Begriffe unterscheiden sich auch hinsichtlich des Kontextes, in dem sie verwendet werden, voneinander: In der Pflegefachliteratur wird der Begriff Pflegeverständnis in Verbindung mit Pflege beeinflussenden Faktoren wie dem Menschenbild der Pflegenden, der Patienten-Pflegeperson-Beziehung, theoretischen Modellen, Inhalten, ethischen Werten, Erfahrungen, Rahmenbedingungen der Pflege und der Qualität pflegerischer Arbeit verwendet. Berufliches Selbstverständnis hingegen wird vorwiegend im Zusammenhang mit berufsständischen und berufspolitischen Zielen thematisiert (vgl. Werner 1997, 92).

Formen beruflichen Selbstverständnisses

Den Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und beruflichem Selbstverständnis stellt TAUBERT (1992) in ihrer Dissertation über das berufliche Selbstverständnis der Pflege her. Sie unterscheidet in ihrer Arbeit zwischen zwei Formen beruflichen Selbstverständnisses und stellt dazu die professionelle Ausübung originär krankenschwesterlicher Tätigkeiten der Durchführung von ärztlich delegierten, medizinischen Assistenzaufgaben gegenüber (*Abbildung 8*).

110 Siehe: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstverstaendnis> (Zugriff 11.01.2013)

111 Unterstreichung im Original

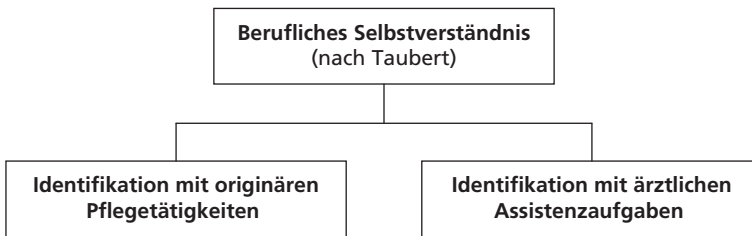


Abb. 8: Berufliches Selbstverständnis (in Anlehnung an Taubert 1992)

Diese Unterscheidung zielt darauf hin, aus welchen Tätigkeiten Pflegende ihr berufliches Selbstwertgefühl schöpfen und ob es ihnen gelingt, ihre Tätigkeit den Aufgaben anderer Berufsgruppen gegenüber abzugrenzen (vgl. ebd., 35). TAUBERT beklagt die Berufsgruppe der Pflegenden in einer „unangemessenen untergeordneten Position in der Krankenhaushierarchie“ (ebd., 35), die mit dadurch verursacht sei, dass Pflegende die Durchführung ärztlich verordneter Tätigkeiten präferieren.¹¹²

Darüber hinaus stellt sie fest, dass Pflegepersonal Berufszufriedenheit und Prestige aus der Anerkennung ihrer Arbeit durch die Ärzte bezieht (vgl. ebd., 30) und sieht in der Übernahme ärztlicher Aufgaben eine Abwertung der pflegerischen Tätigkeiten (ebd., 31):

„Durch das bestehende Statusgefälle erlaubt sich der Arzt, die ihm zugeordneten Tätigkeiten an das Pflegepersonal abzuschieben. Die pflegerische Arbeit wird dadurch entwertet, und Pflegende, die bereitwillig, gutmütig und stolz diese Aufgaben übernehmen, helfen teure Ärzte sparen.“¹¹³

TAUBERT kommt in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass eine patientenorientierte Pflege ein berufliches Selbstverständnis erfordert, bei dem die originäre Pflegetätigkeit – und nicht die Durchführung ärztlicher Assistenzaufgaben – sowie ein Verständnis, bei dem der Mensch – und nicht seine Krankheit – im Mittelpunkt stehen (vgl. ebd., 118).

Formen von Pflegeverständnis

112 Taubert beschreibt in diesem Zusammenhang die ebenfalls zunehmende Tendenz der Pflegenden, Aufgaben, die eigentlich pflegerische Kernaufgaben sind, an andere Berufsgruppen abzugeben. Sie macht das an der Pflegeethik fest, die sehr häufig von Theologen unterrichtet wird (vgl. 1992, 34). Aktuelle Beispiele für diesen Trend sind die Hinzuziehung von „Wundexperten“, „Berater für Sondenernährung“ etc. für Problemstellungen, welche die Pflegenden aufgrund ihrer Ausbildung durchaus selbst lösen könnten.

113 Taubert bezieht sich in dem Zitat auf Ridder, Paul (1980): Patient im Krankenhaus. Personenbezogener Dienst auf der Station. Band 2: Die Teilung der Arbeit. Stuttgart: Enke, 190 sowie auf Ostner, Ilona/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf – Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt: Campus, 106f.

KAMPMEYER und SCHULTE (1986) unterscheiden in Anlehnung an ROPER u. a. (1980) zwei Formen von Pflegeverständnis: Zum einen sehen die Autoren ein generelles Pflegeverständnis, welches z. B. Teil einer Pflegetheorie als Erklärungs- und Begründungszusammenhang für Pflege ist. Davon zu unterscheiden ist das individuelle oder gruppenspezifische Pflegeverständnis, welches vom generellen Pflegeverständnis abweichen kann (vgl. Kampmeyer/Schulte 1986, 15–16).

Die individuelle Komponente des Pflegeverständnisses findet sich auch in den Forschungsergebnissen von WERNER (1997), denen zufolge Pflegeverständnis im Zusammenhang mit dem „Verstehen der Patienten sowie dem Verstehen der Pflege“ (ebd., 138) verwendet wird und von Pflegenden in der Auseinandersetzung mit Kenntnissen aus ihrer Ausbildung sowie Erfahrungen in der pflegerischen Praxis erworben wird (vgl. ebd., 138). Die Entwicklung eines Pflegeverständnisses ist demzufolge ein sehr persönlicher Prozess, dessen Ergebnis auch als Alltagstheorie über Pflege bezeichnet werden kann, wie MISCHO-KELLING (1996, 10) ausführt:

„Die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander erfolgt normalerweise im Sinn von Alltagstheorien. Man spricht aus bestimmten **persönlichen Einstellungen** heraus und ausgehend von einem bestimmten **individuellen Wissensstand** über die **eigenen Erfahrungen** mit dem Patienten oder seine Haltung zu ihm.“¹¹⁴

Zwei gegensätzliche Auffassungen von Pflegeverständnis unterscheidet die Schweizer Krankenschwester und Ordensschwester JUCHLI (1987). JUCHLI, deren 1973 erstmals erschienenen Lehrbuch seit mehr als dreißig Jahren die Pflegeausbildung in Deutschland prägt¹¹⁵, differenziert zwischen einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung und einem Pflegeverständnis medizinisch orientierter Auffassung (*Abbildung 9*).

Beim medizinisch orientierten Pflegeverständnis stehen der Körper und seine Funktionen im Mittelpunkt; Krankheit wird als Störung angesehen. Die Pflege orientiert sich an Symptomen, Diagnostik und Therapie des Patienten und verhält sich gefühlsmäßig eher neutral. Ein Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung hingegen sieht den Menschen als Individuum, bei dem Körper, Seele und Geist zusammen gehören. Die Pflege erfolgt in einem Prozess und orientiert sich nicht an der Krankheit, sondern an der Bedeutung der Krankheit für den betroffenen Menschen. Die Beziehung der Pflegeperson zum Patienten ist Teil dieses Prozesses (vgl. Juchli 1987, 58).

114 Hervorhebungen im Original

115 Seit der 9. Aufl. 2004 wird das von Juchli begründete Lehrbuch als „Thiemes Pflege“ weiter geführt und ist 2012 in der 12. Aufl. unter der Herausgeberschaft von Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann und Lothar Ullrich erschienen.

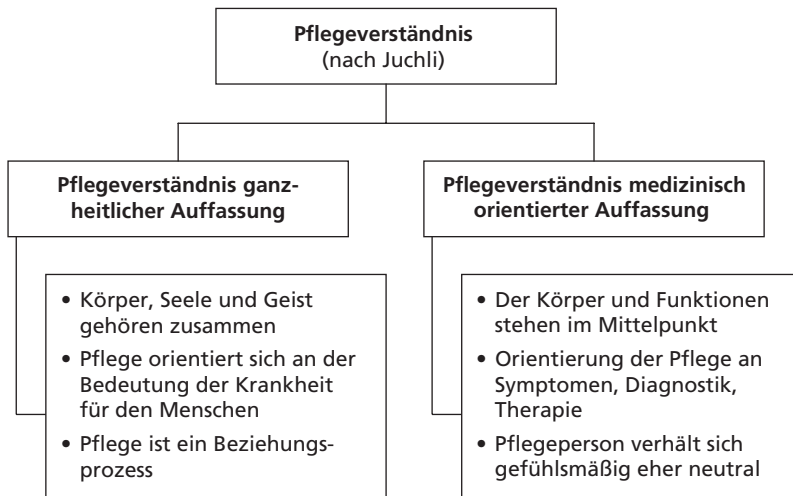


Abb. 9: Pflegeverständnis (in Anlehnung an Juchli 1987)

JUCHLIs Unterscheidung darf an dieser Stelle und im Sinne der vorliegenden Arbeit nicht so verstanden werden, als sei für eine patientenorientierte, ganzheitliche Pflege die Kenntnis medizinischer Zusammenhänge verzichtbar¹¹⁶ – ganz im Gegenteil: Ohne diese ist eine professionelle Pflege gar nicht denkbar. Hierauf verweist in aller Deutlichkeit auch WITTNEBEN (2003) in ihren Ausführungen zur Dimension der Krankheitsorientierung in der Patientenorientierung (ebd., 30):

„Die durch pflegerisches Zählen, Messen, Verabreichen und vor allem durch wachsameres Verstehen kleinster Phänomene im Erscheinungsbild von Patienten/Patientinnen gewonnenen Wissensbestände tragen über die aktuelle Sicherung der Qualität der Pflege zur Festigung der medizinischen und zum Aufbau einer pflegerischen Wissenschaft bei.“

Es geht stattdessen um die Perspektive der Pflegenden; die beiden Formen von Pflegeverständnis und die dazugehörigen Kriterien im Sinne JUCHLIs können als zwei Pole gesehen werden, zwischen denen sich das individuelle Pflegever-

116 Dies gilt aus Sicht der Verfasserin auch und unbedingt für die Pflegeausbildung: Naturwissenschaftliche und medizinische Inhalte sind unverzichtbar, um Pflegehandeln an den Bedürfnissen *kranker* Menschen überhaupt ausrichten zu können. Es geht nicht darum, mehr Pflege statt Medizin zu unterrichten, sondern um die Perspektive des Unterrichts: Der kranke, pflegebedürftige *Mensch* mit seinen medizinisch *und* persönlich bedingten Erfordernissen sollte im Zentrum des Unterrichts stehen. Kenntnisse aus der Medizin, der Pharmakologie etc. sind – wie das Wissen aus den Sozialwissenschaften auch – wichtige Bestandteile des handlungs begründenden und handlungsreflektierenden Wissens der Pflege.

ständnis einer Pflegeperson – individuell und durchaus veränderlich – positionieren lässt.

Mit dem Ziel, das Pflegeverständnis von Pflegenden mit abgeschlossener Berufsausbildung in seiner Vielfältigkeit darzustellen, führte WERNER (1997) eine qualitative Studie durch. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Pflegeverständnis drei Komponenten umfasst (vgl. ebd., 141):

- Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten,
- Selbstverständnis der Pflegenden und
- das Verständnis von Pflege.

In den insgesamt 17 Unterkategorien zeigt sich ein Pflegeverständnis, welches im Sinne von JUCHLI als ganzheitlich bezeichnet werden kann: „Pflegende verbinden ihre eigene Berufszufriedenheit mit einer individuellen bedürfnisorientierten Pflege“ (Werner 1997, 139). Die befragten Pflegepersonen schilderten ihr Anliegen, Vertrauen zum Pflegebedürftigen aufzubauen, auf seine Emotionen einzugehen, sich an seinen Wünschen zu orientieren, seine sozialen Kontakte zu fördern und ihn zu verstehen – insgesamt also patientenorientiert zu pflegen (vgl. ebd., 139–140).

Das Ziel, die Pflege an den individuellen Gewohnheiten und Bedürfnissen des Pflegebedürftigen zu orientieren und gleichzeitig fachliche Standards zu beachten, stellt sich manchmal als problematisch dar und wird von Pflegenden als Konflikt erlebt (ebd., 140):

„Bei einem Teil der Pflegenden ist die korrekte Durchführung der Pflegemethode vorrangig. Für andere steht die Beachtung der Sichtweise des Patienten im Vordergrund.“

An dieser Stelle zeigt sich auch, dass eine klare Abgrenzung des Pflegeverständnisses zum Begriff des beruflichen Selbstverständnisses nicht immer möglich ist, denn analog dazu unterscheidet auch TAUBERT (1992) im Zusammenhang mit beruflichem Selbstverständnis eine krankheitsorientierte Pflege von patientenorientierter Pflege, bei der die Person des Kranken mehr im Vordergrund steht, ohne dass andere Aspekte vernachlässigt werden. Ihrer Ansicht nach setzt eine ganzheitliche, patientenorientierte Pflege ein berufliches Selbstverständnis voraus, bei dem die pflegerische Tätigkeit und die Beziehung zum Patienten wechselseitig voneinander abhängig sind (vgl. ebd., 117–118), was wiederum sehr dicht an den Ausführungen JUCHLIs und WERNERs zum Pflegeverständnis liegt. Tatsächlich scheint das Pflegeverständnis der Berufstätigen dennoch individueller und sehr persönlich konstruiert zu sein, während das berufliche Selbstverständnis etwas ist, was im Laufe der Berufsentwicklung ge-

wissen berufspolitischen Strömungen unterworfen ist, die Entwicklung des Pflegeverständnisses jedoch beeinflusst.

Lernmotivation

Die Pflegeausbildung ist mit 2.100 Stunden theoretischem Unterricht, der Konfrontation mit existenziellen Erfahrungen in der beruflichen Praxis und einer umfangreichen, aus sieben Prüfungsteilen bestehenden Abschlussprüfung¹¹⁷, eine ausgesprochen lern- und arbeitsintensive Ausbildung. Neben der Frage, welche Gründe Schüler zur Berufswahl Pflege motivieren – ein Prozess, der vor Ausbildungsbeginn erfolgt, wenn die tatsächlichen Anstrengungen der Ausbildung nur antizipiert werden können – interessiert auch, woraus die jungen Menschen, wenn sie dann *im* Ausbildungsprozess stehen, schlussendlich ihre Motivation zum Lernen beziehen. Auch hier finden sich möglicherweise Anknüpfungspunkte für Einflussfaktoren auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung. Ebenso ist die Einstellung von Absolventen gegenüber ihrer beruflichen Weiterentwicklung von Interesse. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Beruf, der unregelmäßige Arbeitszeiten mit einer körperlich wie psychisch anstrengenden Tätigkeit, oft im Dreischichtsystem, verbindet. Berufliche Weiterqualifizierung findet häufig, sofern es sich nicht um hausinterne Fort- und Weiterbildungsangebote handelt, in der Freizeit der Berufstätigen statt und muss nicht selten auch von diesen selbst finanziert werden (siehe Kap. 2.1.8). Fort- und Weiterbildung erfordert somit eine hohe Motivation der Berufstätigen und ist für Fragen des Zusammenhangs der Fort- und Weiterbildungsbereitschaft mit Identitäts- und Engagemententwicklung ebenfalls relevant.

2.3.4 Forschungsergebnisse zur Entwicklung beruflicher Identität in der Pflege

Aus Sicht sowohl der Berufsbildung als auch der Personalentwicklung ist es eine ganz entscheidende Frage, inwieweit sich berufliche Identität bereits während der Ausbildung entwickelt bzw. entwickeln lässt und wie diese Entwicklung sich nach Ausbildungsabschluss fortsetzt. Zu dieser Frage liegen divergierende Forschungsergebnisse, sowohl aus der Pflegewissenschaft als auch aus den Sozialwissenschaften, vor:

117 Bestandteile der Abschlussprüfung sind eine praktische Prüfung von höchstens sechs Zeitstunden, drei Aufsichtsarbeiten, die in jeweils 120 Min. bearbeitet werden und drei mündliche Prüfungen von jeweils 10–15 Min. Alle Prüfungsteile müssen bestanden werden, d. h. ein „Ausgleichen“ von Noten ist nicht möglich; nicht bestandene Prüfungsteile können höchstens einmal wiederholt werden (vgl. KrPflAPrV vom 10.11.2003).

So beschäftigte sich u. a. TAUBERT (1992) mit der Frage nach domänenspezifischer beruflicher Identitätsentwicklung und ging in ihrer Dissertation der Frage nach, wie es zu einem so geringen beruflichen Selbstverständnis der Pflegepersonen kommen konnte, welche Möglichkeiten die (Religions-)Pädagogik zur Identitätsstabilisierung von Pflegenden aufweist und ob sich die Pflege in der Praxis durch ein gestärktes berufliches Selbstverständnis verändert (vgl. ebd., 213). TAUBERT konzipierte zur Klärung dieser Fragen ein Fortbildungsprojekt zum Thema „patientenorientierte Krankenpflege“ für examinierte Pflegepersonen mit mindestens einjähriger Berufserfahrung. Hierbei absolvierten die Teilnehmer Praktika, welche durch Supervision und Fortbildung begleitet wurden. TAUBERT kam zu dem Schluss, dass zumindest die Weichen für die Entwicklung beruflicher Identität bereits in der Ausbildung gestellt werden (vgl. ebd., 33), berichtet jedoch auch über den Erfolg der Fortbildungsmaßnahme mit identitätsstabilisierenden Methoden für Berufserfahrene (vgl. ebd., 215–218).

Dass berufliche Identitätsentwicklung von der (hier: pflegerischen) Berufsausbildung zumindest beeinflusst ist, bestätigt die Untersuchung CASSIER-WOLDASKYS (2007), welche den Zusammenhang zwischen professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung untersuchte. Die Interviewpartner der Pflegeforscherin reflektierten, wie während ihrer Berufsausbildung von ihren Vorgesetzten die Wertigkeit von Pflgetätigkeiten und Patientennähe als grundlegender Aspekt professioneller Identität vermittelt wurde und welche Funktion Vorbilder für sie hatten (vgl. 2007, 215–218).

Eine geringere Bedeutung für die berufliche Identitätsentwicklung misst WERNER (1997) der Berufsausbildung zu. In ihrer Arbeit „Das Pflegeverständnis als eine Grundlage zur Entwicklung der Pflegepraxis“, vermutete sie, dass berufliche Identität bei Abschluss der Ausbildung noch instabil ist und erst dann entwickelt ist, wenn Pflege „sich ihrer eigenen Interessen und Ziele bewusst wird“ (ebd., 142).

Dieser Standpunkt wird von KIRPAL (2003) untermauert, die in ihrer Untersuchung zu beruflicher Identität bei Pflegenden aus vier europäischen Ländern zu dem Ergebnis kam, dass die Berufsausbildung eine vergleichsweise geringe Rolle in der Identitätsentwicklung spielt. Erst, wenn die Berufstätigen auch die Verantwortung für ihre Arbeit übernehmen und volle Mitglieder der beruflichen Praxisgemeinschaft sind, entwickelt sich, KIRPAL zufolge, auch die berufliche Identität (vgl. ebd., 13–14).

Zur Rolle und Bedeutung der Pflegeausbildung in der beruflichen Identitätsentwicklung liegt ferner ein Forschungsbericht aus den USA vor. Hier wurde mithilfe von Beobachtungen von Pflege-Lehrveranstaltungen sowie Tiefeninterviews von Bachelor- und Masterstudierenden die Entstehung beruflicher

Identität erforscht. Es zeigte sich, dass die Lehrer (konform mit Richtlinien der Universität und den Zielen und Inhalten des Curriculums) versuchen, ihre Pflegestudierenden in Richtung Professionalität mit Betonung der wissenschaftlichen und technischen Grundlagen der Pflege zu sozialisieren. Die Studierenden, hauptsächlich Frauen aus der Mittelschicht mit traditionellen Erwartungen an den Pflegeberuf und Werten, die sie damit verbinden, halten entgegen dieser Bemühungen den – geschlechtsspezifisch weiblich geprägten – Fürsorgeaspekt als zentralen Bestandteil ihrer Identität aufrecht (vgl. Apesoa-Varano 2007, 249–274).

Um die Rolle von Clinical Teachers¹¹⁸ in der Entwicklung beruflicher Identität von Bachelor-Studierenden geht es in einer australischen Studie von BROWN, STEVENS und KERMODE (2011). Die Forscher interviewten, ausgehend von der hohen Fluktuation und Anzahl von Studienabbrechern in Pflege-Studiengängen, hierzu jeweils sieben Clinical Teachers einer und Absolventen zweier australischer Universitäten. Sowohl die Absolventen als auch die Clinical Teachers bestätigten die wichtige Rolle, welche ebendiese im Prozess der beruflichen Identitätsentwicklung von Pflegenden innehaben (ebd., 608).

Die Berufsgruppe Pflege im Gesamten hat in der Entwicklung beruflicher Identität jedoch – so LEUFGEN (2010) – noch ein ganz anderes Problem: die fehlende Eigenständigkeit im Tätigkeitsbereich Krankenhauspflege. Trotz im Krankenpflegegesetz zugestandener Eigenständigkeit und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung formuliertem Ausbildungsziel würde Pflege zumindest im Krankenhaus, so LEUFGEN mit Bezug auf BRUNS u. a. (1999) und BARTHOLOMEYCZIK (1997), kein eigenverantwortliches Betätigungsfeld zugestanden; stattdessen sei es üblich, pflegerische Tätigkeiten für die Zu- und Nacharbeit für andere Berufsgruppen permanent zu unterbrechen. Raum zur Entfaltung sei jedoch notwendig, um gesundheitspflegeberufliche Identität überhaupt erst entwickeln zu können (vgl. Leufgen 2010, 750 u. 753).

Es lässt sich also festhalten, dass die Frage nach dem Einfluss der Berufsausbildung auf berufliche Identitätsentwicklung bisher zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt hat und diese allesamt auf qualitativen Untersuchungen beruhen. Quantitative Erhebungen, insbesondere aus Deutschland, fehlen bislang. Die aufgezeigten Ergebnisse geben jedoch wichtige Hinweise darauf, welche Aspekte in einer solchen Erhebung erfragt werden sollten.

118 Die Ausbildung zum Clinical Teacher ist in Australien als Postgraduierten-Zertifikat organisiert, welches ein einjähriges Teilzeit-Studium an einer Universität erfordert. Der Begriff ist daher nicht 1:1 mit dem deutschen „Praxisanleiter“ zu übersetzen. Siehe z.B. <http://www.hotcourses.com.au/australia/course/postgraduate-certificate-of-nursing-science-clinical-teaching-james-cook-university/41081/72219/coursedetail.html> (Zugriff 07.01.2013)

2.3.5 Commitment – berufliches und betriebliches Engagement

Commitment bedeutet übersetzt u. a. Engagement, Hingabe, Verpflichtung, Bindung¹¹⁹ und ist eine wichtige Voraussetzung für qualitätsbewusstes und verantwortliches Arbeitshandeln.

Das Commitment von Arbeitnehmern wurde vorwiegend in den USA seit den 1950er Jahren im Rahmen der Management- und Verhaltensforschung empirisch untersucht.

Der anfängliche Fokus des Interesses galt der Bindung der Arbeitnehmer an die Unternehmen, das sog. Organizational Commitment. So übersetzt VAN DICK (2004) in der Tradition der nordamerikanischen Commitmentforschung den Begriff *Commitment* als „Organisationsbindung“ (ebd., 3):

„Organisationales Commitment oder synonym Organisationsbindung beschreibt, in wieweit sich Menschen ihrer Organisation oder Teilen der Organisation (z. B. der Abteilung oder Arbeitsgruppe) zugehörig und verbunden fühlen.“

Das Organizational-Commitment-(OC-)Konzept entstammt ursprünglich der Human-Relations-Bewegung, welche über den Auf- und Ausbau einer positiven, vertrauensvollen Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Betrieb eine höhere Arbeitsleistung der Angestellten angestrebt hatte (vgl. Heinemann/Rauner 2008, 8–9). Commitment wurde also als Quelle für Anstrengungsbereitschaft eingeordnet, sich für den Betrieb zu engagieren und eine hohe Arbeitsleistung zu erbringen.

Wie HEINEMANN und RAUNER (vgl. 2008, 8–9) mit Bezugnahme auf Arbeiten von BARUCH (1998), COHEN (1991) und RANDALL (1990) feststellen, kam es seit den 1970er Jahren sowohl zum Nachlassen des Organizational Commitment überhaupt als auch zu einem rückläufigen Zusammenhang zwischen Organizational Commitment und Arbeitsleistung. Die Stabilität in der Beziehung zwischen Unternehmen und Arbeitnehmern ließ offensichtlich nach. Als Ursachen für das Phänomen des Niedergangs von Organisational Commitment identifiziert BARUCH – der sich ebenfalls auf die Metaanalysen von COHEN und RANDALL bezieht – die Veränderungen, die sich durch den internationalen Wettbewerb, verbunden mit der Auflösung und Neugründung von Unternehmen vollziehen; die damit verbundenen Kündigungen führten bei den Mitarbeitern zu nachlassender Loyalität sowie fehlendem Vertrauen dem Unternehmen gegenüber, welches letztlich in einem Auseinanderdriften von Organizational und Individual Commitment endete. Er weist jedoch auch auf die Problematik fehlender starker empirischer Ergebnisse und methodischer

119 <http://www.dict.cc/?s=commitment> (Zugriff 11.01.2013)

Mängel vieler diesbezüglicher Untersuchungen hin (vgl. Baruch 1998, 139–140).

Ein Forschungsansatz, welcher erst durch die nachlassende Bindung der Arbeitnehmer an ihr Unternehmen zunehmend an Bedeutung gewann, ist die Frage nach der Bindung von Personen an ihren Beruf, nach dem beruflichen (occupational) Commitment. MEYER, ALLAN und SMITH (1993) definieren Occupational Commitment als „Engagement für eine bestimmte Art von Arbeit“¹²⁰ (ebd., 540), was mit „berufliches Engagement“ übersetzt werden kann. Berufliches Engagement basiert auf dem Ausmaß, in dem sich Menschen mit ihrem Beruf an sich identifizieren und damit auf der Anstrengungsbereitschaft, die nicht aus der Bindung an den Betrieb, sondern aus der Bindung und Verpflichtung durch den Beruf selbst erwächst.

Dieser Ansatz geht auf BECKER und CARPER (1956) zurück, welche eine Untersuchung zur Fragestellung der beruflichen Identifikation an Studierenden durchführten und vier Aspekte der Identifikation mit dem Beruf unterschieden (vgl. ebd., 341):

- die Berufsbezeichnung und die mit ihr verbundene Ideologie,
- die Bindung an die berufliche Aufgabe an sich,
- die Bindung an bestimmte Institutionen und
- die mit dem Beruf verbundene Bedeutung der eigenen Person in der Gesellschaft.

Die meisten Forschungsarbeiten beschäftigen sich indessen mit dem Effekt von Commitment auf das Arbeitsergebnis; einige Ergebnisse liegen jedoch auch zur Beziehung zwischen Organizational und Occupational Commitment vor (vgl. Cohen 2007, 3–9 u. Heinemann/Rauner 2008, 14).

2.3.5.1 Begriffliche Abgrenzung Commitment

Die Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Commitment sind vielfältig und zum Teil nicht eindeutig voneinander zu trennen. Nachfolgend soll daher ein kurzer Überblick über die Begriffsverwendung in den hier relevanten Forschungszusammenhängen gegeben werden.

Die Definition VAN DICKS (2004) (siehe Kap. 2.3.5) entspricht im Prinzip der Begrifflichkeit des Organizational Commitment bzw. des betrieblichen Engage-

120 Im Original: „Because we were interested in assessing commitment to a particular line of work, we felt that the term *occupation* was more appropriate.“ (Meyer/Allen/Smith 1993, 540).

ments bei RAUNER und HEINEMANN (2008), welches ebenfalls Engagement aufgrund der emotionalen Bindung an das Unternehmen meint – im Gegensatz zum Occupational Commitment bzw. beruflichen Engagement, bei dem es um Engagement durch die Bindung einer Person an ihren Beruf an sich geht (vgl. ebd. 8–9).

MEYER und ALLEN (1997) operationalisieren in ihrem Konzept drei Komponenten von Commitment, die jedoch alle auf der Bindung des Berufstätigen an ihren Betrieb, also auf Organizational Commitment, basieren (vgl. ebd., 23–24):

- Affective Commitment, welches vor allem die emotionale Bindung an die Organisation und die persönliche Bedeutung der Organisation für den Einzelnen meint,
- Continuance Commitment, das die Bindung an die Organisation beschreibt, die aufgrund der Kosten (z. B. Verlust der erreichten Position, Standortwechsel) zustande kommt, die mit einem Verlassen der Organisation verbunden wären und
- Normative Commitment, wo es darum geht, dass der Einzelne sich der Organisation aus moralisch-ethischen Gefühlen heraus verbunden fühlt.

Identifikation

Identifikation wird häufig synonym zum Begriff des Commitment verwendet. Eine mögliche Unterscheidung der Begriffe trifft VAN KNIPPENBERG (2000), nach dessen Ausführungen sich die Bezeichnungen insofern unterscheiden, als dass Commitment eher die affektive Einstellung einer Person *gegenüber* der Organisation bezeichnet und Identifikation vor allem meint, wie sehr sich eine Person dadurch *selbst* definiert, dass sie Mitglied der Organisation ist (vgl. ebd., 366). Beide Begriffe beziehen sich hier indessen wiederum auf Organizational Commitment.

Diese Begriffsverwendung von Identifikation entspricht nicht der in der vorliegenden Arbeit: Entsprechend der Wortbedeutung der Begriffe *Identität* und *identifizieren* (siehe Kap. 2.3.1) und in Anlehnung an die Ausführungen von KIRPAL (vgl. 2003, 14) wird hier „Berufliche Identität“ gleichbedeutend mit „Identifikation mit dem Beruf“ verwendet.

Involvement

Der Begriff Involvement wird in einigen der zitierten Forschungsarbeiten verwendet und daher erläutert.

Als „das Ausmaß, in dem sich Menschen mit ihrer Arbeit identifizieren“ wird *Involvement* von MOSER (1996, 49) definiert. Involvement kann entweder als

Hinweis auf die Qualität der Arbeit gedeutet werden, andererseits auch als Motivator für Leistungsbereitschaft. Damit liegt die Involvement-Definition nahe am Occupational Commitment, aber auch in der Nähe des Begriffs der beruflichen Identität. Nach MOSER bezieht sich Commitment mehr auf die Organisation, Involvement hingegen auf die Arbeit an sich. Involvement könne somit auch im Hinblick auf selbstständige (d. h. nicht organisationsabhängige) Arbeit untersucht werden. Weiterhin unterschieden werden können Job Involvement, welches sich auf den spezifischen Arbeitsplatz bezieht, und Work Involvement, was den Stellenwert der Arbeit im Leben beinhaltet (vgl. Moser 1996, 49–50).

2.3.5.2 Berufliche Identität als Quelle von Commitment und Arbeitsmoral

HEINEMANN und RAUNER (2008) identifizieren in ihrem Instrument zur Beschreibung und Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität neben beruflichem und betrieblichem Engagement die Arbeitsmoral als Quelle für Leistungsbereitschaft. Die Autoren beziehen sich beim Begriff Arbeitsmoral auf die kategoriale Unterscheidung zwischen Arbeitsmoral und Berufsethik der Schweizer Forschungsgruppe um JAEGER (1989) (siehe Kap. 2.1.4) und gehen davon aus, dass bei der Arbeitsmoral weniger die Inhalte der Arbeit als vielmehr die Arbeit an sich eine Rolle spielen (vgl. Heinemann/Rauner 2008, 6–8). Das JAEGERsche Konzept von Arbeitsmoral und Berufsethik weist eine Analogie zum Konzept von Organizational und Occupational Commitment auf. HEINEMANN und RAUNER (2008) zeigen die vergleichbaren Bedeutungsfelder von Berufsethik und Occupational Commitment auf und merken an, dass sowohl Arbeitsmoral als auch Organizational Commitment weniger durch die Inhalte der Arbeit als vielmehr durch die Arbeit selbst bzw. die Bindung an den Betrieb motiviert sind (vgl. ebd., 8).

Abbildung 10 stellt den Zusammenhang zwischen beruflicher Identität auf der einen Seite und Engagement und Arbeitsmoral auf der anderen Seite, der Verhaltensebene, dar. Berufliche Identität beinhaltet diesem Modell zufolge auch die Bindung an den Betrieb, so dass Engagement letztlich zwei Quellen entspringt: der Identifikation mit dem Beruf an sich – der beruflichen Identität – und der Bindung an den Betrieb. Engagement, welches der Bindung an den Beruf entspringt, wird als berufliches Engagement bzw. Occupational Commitment bezeichnet; Engagement, welches aus der Bindung an den Betrieb entspringt, als betriebliches Engagement bzw. Organizational Commitment. Beide Formen des Engagements sowie die Arbeitsmoral haben wiederum Rückwirkungen auf die Bildung von Identität und den Erwerb von Kompetenz (vgl. Haasler u. a. 2009, 123–124).

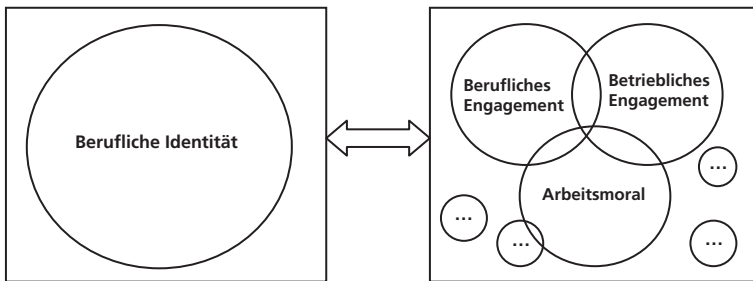


Abb. 10: Berufliche Identität und Bezugsfelder von Engagement (Heinemann/Rauner 2008, 11, Abb. 1)

Die bisherigen Ergebnisse der KOMET-Forschung geben nähere Hinweise über die Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität und Commitment: So hängt berufliches Engagement eng mit beruflicher Identität zusammen, der Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und betrieblichem Engagement stellt sich etwas schwächer dar. Je höher dabei das Engagement ist, desto höher ist auch die berufliche Identität der Auszubildenden (vgl. Rauner/Heinemann 2011a, 225).

2.3.5.3 Entwicklung von Commitment

Da es in der vorliegenden Arbeit sowohl um die Entwicklung von beruflicher Identität als auch von Engagement geht, stellt sich die Frage nach den Einflussfaktoren auch für die Entwicklung von Commitment.

Hierzu finden sich Hinweise in einer Übersichtsarbeit von MEYER und ALLEN (1997), deren Ergebnisse sich jedoch allesamt auf die Entwicklung von Organizational Commitment beziehen: Hinsichtlich des *Affective Commitment* hängt das Niveau der emotionalen Bindung an den Betrieb von drei Faktoren ab:

- Organizational Characteristics, z. B. Gerechtigkeit im Hinblick auf Regeln,
- Person Characteristics, z. B. Beschäftigungsdauer im Betrieb,
- Work Experiences, z. B. der Grad an Arbeitsautonomie und Einbezug in Entscheidungen.

Je gerechter die Mitarbeiter also die Regelungen im Betrieb empfinden, je länger sie im Betrieb beschäftigt sind und je selbständiger sie entscheiden können bzw. je mehr sie in Entscheidungen einbezogen werden, desto höher ist das Niveau der emotionalen Bindung an die Organisation (vgl. Meyer/Allen 1997, 42–46). Haupteinflussfaktoren für *Continuance Commitment* sind *Investments* und *Alternatives*. Investments sind z. B. Zeit, Geld und Aufwand, die ein Be-

schäftigter investieren müsste, wenn er die Firma verlasse und die damit sein Continuance Commitment stärken oder schwächen würden. Alternatives bezeichnen die Wahlmöglichkeiten des Mitarbeiters, die – sofern es nur wenige sind – das Continuance Commitment stärken und – wenn es viele sind – das Continuance Commitment schwächen. Hier geht es also um den „Marktwert“ des Beschäftigten, der z. B. abhängig ist von seinen Qualifikationen. MEYER und ALLEN (1997) weisen jedoch darauf hin, dass der Einfluss von Investments und Alternatives auf Continuance Commitment entscheidend davon abhängt, inwiefern die Person sie selbst wahrnimmt. So können zwei Mitarbeiter in der objektiv gleichen persönlichen Situation zwei völlig verschiedene Stärken von Continuance Commitment aufweisen – je nachdem, wie sie ihre persönliche Situation wahrnehmen (vgl. ebd., 56–58).

Ausschlaggebende Faktoren für das *Normative Commitment* sind nach MEYER und ALLEN (1997), die sich in dieser Aussage auf WIENER (1982) beziehen, der Druck und die Erwartungen, welche die Mitarbeiter aus der Zeit ihrer frühen Sozialisation – sowohl privat als auch als Berufsanfänger in einem Betrieb – an sich gerichtet fühlen: z. B. „People should not job hop“ (Meyer/Allen 1997, 61). Ein weiterer Punkt sind Investitionen, welche der Betrieb in den Mitarbeiter macht und die für ihn schwierig zu vergelten sind. Hierzu zählt z. B. eine Einstellungspolitik, die Angehörige von Mitarbeitern bevorzugt; der Mitarbeiter fühlt sich aus diesen Gründen dem Arbeitgeber gegenüber verpflichtet, im Betrieb zu verbleiben. Letztlich kann normatives Commitment auch auf der Basis von sog. *Psychological Contracts* zwischen Mitarbeiter und dem Betrieb bestehen. Solche „Verträge“ können von beiden Parteien durchaus verschieden bewertet werden und basieren auf der Vorstellung gegenseitiger Verpflichtungen. Zu unterscheiden sind zwei Formen von Psychological Contracts: *Transactional Contracts* beinhalten mehr den wirtschaftlichen Austausch, während *Relational Contracts* mehr die soziale Komponente meinen. Relational Contracts beeinflussen stärker das Normative Commitment, während der Einfluss von Transactional Contracts mehr in Richtung Stärkung von Continuance Commitment tendiert (vgl. ebd., 61–62).

Den Ausführungen von MEYER und ALLEN ist also zu entnehmen, dass ganz unterschiedliche Faktoren zur Bindung an den Betrieb führen: zum einen sind es die konkreten Arbeitsbedingungen wie z. B. der Einbezug des Mitarbeiters in Entscheidungen, welche die emotionale Bindung festigen. Zum anderen sind es aber auch höchstpersönliche Vorerfahrungen, subjektive Einschätzungen des eigenen „Marktwertes“ sowie persönlich empfundene Verpflichtungen gegenüber dem Arbeitgeber, welche das Organizational Commitment generieren.

In einer Metaanalyse von MEYER u. a. (2002) wurden neben den Beziehungen zwischen den drei Commitment-Formen des Modells von MEYER und ALLEN

(1997) auch Zusammenhänge zu organisations- und mitarbeiterrelevanten Variablen untersucht. Es zeigte sich, dass das Affective Commitment am stärksten mit positiven organisations- und mitarbeiterrelevanten Variablen korreliert: Zu nennen sind hier das OCB (Organizational Citizenship Behaviour) als Bereitschaft, Leistungen freiwillig über das geforderte Maß hin zu erbringen. Negative Zusammenhänge hingegen waren zwischen Affective Commitment und Stress sowie arbeitsbedingten Konflikten innerhalb der Familie zu beobachten (vgl. Meyer u. a. 2002, 36–37).

Neben diesen nordamerikanischen Forschungen liegen auch Ergebnisse aus der deutschen Berufsbildungsforschung vor. HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009) untersuchten in der Bremerhaven-Studie an Auszubildenden mithilfe des Commitment-Fragebogens der KOMET-Forschungsprojekte deren berufliche Identität, berufliches bzw. betriebliches Engagement und Arbeitsmoral. Eines der Ergebnisse der Studie war die Erkenntnis, dass die Entwicklung beruflicher Identität und beruflichen Engagements durch eine vermehrte Einbindung der Auszubildenden in betriebliche Arbeits- und Geschäftsprozesse gestärkt werden kann. Weiterhin schlussfolgern die Forscher aus den ermittelten Ergebnissen, dass jegliches Engagement durch die Ausgestaltung der betrieblichen Ausbildung gefördert werden kann. Zu den Ausbildungsvoraussetzungen kristallisierte sich heraus, dass sowohl Engagement als auch Identitätsentwicklung positiv beeinflusst werden, wenn die Jugendlichen ihren Wunschberuf erlernen und/oder dies in ihrem Wunschbetrieb tun. Für weitere Forschungen in diesem Bereich zogen HEINEMANN, MAURER und RAUNER zwei Schlussfolgerungen: Zum einen sollte die Entwicklung beruflicher Identität berufsspezifisch erfasst werden, ggf. mithilfe qualitativer Verfahren. Zum anderen sollten in die Erhebung der Kontextdaten Lehrer und Ausbilder einbezogen werden (vgl. ebd., 56–57).

Für die vorliegende Forschungsarbeit lässt sich festhalten, dass die Einflussfaktoren auf betriebliches Engagement bereits gut untersucht sind, diese jedoch nicht uneingeschränkt auf die Situation in Deutschland zu übertragen sind. Zu diesem Ergebnis kommt COHEN (2007) in seinem Review über die Dynamik zwischen Occupational und Organizational Commitment. Er gibt u. a. die unterschiedlichen Ausbildungssysteme in den USA, Australien und Europa (hier v. a. Deutschland, Österreich) hierfür an. COHEN identifiziert eine Reihe offener Fragestellungen, welche u. a. die Auswirkungen eben dieser Berufsausbildungssysteme auf Organizational und Occupational Commitment im Fokus haben. Ferner sieht COHEN das Erfordernis, den Prozess der Entwicklung beider Formen von Commitment sowie dessen Einflussfaktoren näher zu beleuchten und schlägt vor, mithilfe einer Längsschnittstudie in verschiedenen Phasen der

Berufsausbildung den Commitment-Level der Auszubildenden zu ermitteln und miteinander zu vergleichen (vgl. Cohen 2007, 11).

2.3.5.4 Forschungsergebnisse zum Commitment bei Pflegepersonen

Innerhalb der Vielfalt der Forschungsergebnisse, die zum Thema Commitment vorliegen, sind im Kontext der vorliegenden Arbeit diejenigen von Interesse, die den Pflegeberuf betreffen.

So untersuchte KNOOP (1995) mithilfe des Organizational Commitment Questionnaire von MOWDAY, STEERS und PORTER (1979) an insgesamt 171 Krankenpflegepersonen und Pflegelehrern die Frage des Zusammenhangs zwischen Job Involvement, Organizational Commitment und beruflicher Zufriedenheit. Er kam zu dem Ergebnis, dass Job Involvement nicht mit allgemeiner beruflicher Zufriedenheit korreliert, jedoch mit den beiden Teilbereichen „Zufriedenheit mit der Arbeit“ ($r = ,29$)¹²¹ und den „Aufstiegschancen“ ($r = ,33$), welche die Tätigkeit bietet. Ebenso konnte ein hoher Zusammenhang zwischen allgemeiner beruflicher Zufriedenheit und verschiedenen Teilbereichen von Zufriedenheit sowie mit Commitment ($r = ,64$) hergestellt werden (vgl. Knoop 1995, 644–646).

Die niederländisch-deutsche Forschergruppe VAN DER HEIJDEN, VAN DAM und HASSELHORN (2009) ging der Frage nach, warum Pflegepersonen ihren Beruf verlassen. Im Vordergrund stand die Frage, ob die Wahrnehmung des Arbeitsklimas, gegenseitiger Beeinflussung von Berufs- und Privatleben und beruflicher Zufriedenheit eine Vorhersage von Kündigungsabsichten und dem Einfluss von beruflichem Engagement ermöglichen würde. Die Ergebnisse wurden mithilfe einer Längsschnittstudie an insgesamt 9.299 Pflegepersonen (erster Befragungszeitpunkt) bzw. 1.187 Pflegenden (zweiter Befragungszeitpunkt), die in niederländischen Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten tätig waren, erhoben. Es zeigte sich, dass hohes Occupational Commitment und Arbeitszufriedenheit negativ mit der Absicht, den Beruf zu wechseln, korrelieren. Unterstützung durch Vorgesetzte, eine kollegiale Arbeitsatmosphäre und hohe Führungsqualität stehen dagegen in positivem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. Eine hohe Vermischung von Berufs- und Privatleben korreliert außerdem mit dem Wunsch, den Beruf zu wechseln (vgl. ebd., 624–626).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie von WANG u. a. (2012), für die 560 Pflegepersonen aus vier großen Krankenhäusern in Shanghai schriftlich

121 r = Korrelationskoeffizient; der Wert zwischen +1 und -1 gibt die Stärke des Zusammenhangs wieder: +1 = stärkster positiver Zusammenhang, 0 = kein statistischer Zusammenhang, -1 = stärkster negativer Zusammenhang.

befragt wurden: Auch hier korrelieren Berufszufriedenheit und Occupational Commitment positiv miteinander. Ebenfalls im Zusammenhang stehen die berufliche Zufriedenheit, Occupational Commitment und die Absicht, am aktuellen Arbeitsplatz zu verbleiben mit dem Alter und der konkreten Stellung der Befragten.

Die Bedeutung des Niveaus von Normative Commitment geht aus der Untersuchung von GAMBINO (2010) hervor, welche im Hinblick auf den Mangel an Pflegepersonen in den USA der Frage des Zusammenhangs zwischen Motivation für den Pflegeberuf, berufliches Engagement und der Absicht, bis zur Berentung beim jeweiligen Arbeitgeber zu verbleiben, nachging. Hierzu befragte sie 150 ausgebildete Pflegepersonen eines gemeinnützigen New Yorker Krankenhauses mit einer ergänzten Version des „Four-dimensional Measure of Occupational Commitment“ von BLAU (2003). Als die stärksten Indikatoren für den Verbleib in der Einrichtung erwiesen sich das Niveau des Normative Commitments sowie das Alter der Pflegenden (vgl. Gambino 2010, 2532–2541).

Es ist zu vermuten, dass aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungs- und Arbeitssituation in der Pflege¹²² länderabhängige Unterschiede im Commitment von Pflegenden bestehen. Bisher liegen keine deutschen Forschungsarbeiten zur Entwicklung und zu Einflussfaktoren von Occupational und Organizational Commitment bei Gesundheits- und Krankenpflegenden vor. Die aufgeführten Forschungsarbeiten geben jedoch Hinweise darauf, welche möglichen Einflussfaktoren in Frage kommen.

2.3.6 Messen von beruflicher Identität und Commitment

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Reihe von Instrumenten zur Erfassung von beruflicher Identität und Commitment entwickelt und in vielfältigen Forschungszusammenhängen eingesetzt. So existieren zur Messung von beruflicher Identität z. B. die Vocational Identity Scale (Holland/Johnston/Asama 1993), das Dellas Identity Status Inventory-Occupation (DISI-O) (Dellas/Jernigan 1981) und die OIS Occupational Identity scale (Melgosa 1987). Zur Erfassung von Commitment wurde von Anfang der 1970er bis Mitte der 1980er Jahre der Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) von PORTER und SMITH (1970) verwendet (vgl. Baruch/Cohen 2007, 244).

Um anstelle der Bindung an den Betrieb nachfolgend die Bindung an den Beruf messen zu können wurde im OCQ der Begriff Organizational Commitment durch Occupational Commitment ersetzt (vgl. Heinemann/Rauner 2008, 14). Sowohl Job Involvement als auch Organizational Commitment werden auch im

122 Z.B. haben Registered Nurses in den USA ein medizinorientierteres Tätigkeitsfeld als dies in Deutschland der Fall ist.

Instrument zur Bedeutung und Messung von Career Commitment von BLAU (1988, 1993) erfasst; dies gilt ebenso für das Instrument von CARSON und BEDEIAN (1994). Eine Skala speziell zur Messung von Occupational Commitment wurde darüber hinaus von MEYER u. a. (1993) entwickelt.

Zur differenzierten und trennscharfen Erfassung von beruflicher Identität, beruflichem Engagement, betrieblichem Engagement sowie von Arbeitsmoral bei Auszubildenden liegt das Instrument von HEINEMANN und RAUNER (2008) vor, in welches u. a. Elemente aus den Skalen von BLAU (1988, 1993), CARSON/BEDEIAN (1994) und MEYER u. a. (1993) mit eingeflossen sind (vgl. Heinemann/Rauner 2008, 14).

Die Erforschung von Commitment wie auch von beruflicher Identität, entspringt – darauf weisen HEINEMANN und RAUNER (2008) hin – nicht einer einzigen Forschungstradition bzw. Forschungslinie. Ihr – im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt KOMET entwickeltes – Instrument zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität basiert im Wesentlichen auf drei Forschungssträngen (vgl. ebd., 2–3):

1. der allgemeinen sozialwissenschaftlichen Diskussion, in der das Verhältnis Arbeitender zu ihrer Arbeit thematisiert wird und das Hauptaugenmerk auf der Rolle der Kontextbedingungen für Engagement- und Identitätsentwicklung liegt,
2. Ergebnissen der Arbeits- und Organisationspsychologie, in der Commitment als quantitative Größe angesehen wird und zu welchem insbesondere aus den USA vielfältige Forschungsergebnisse vorliegen und
3. der berufspädagogischen Frage nach der Entwicklung von Identität und Commitment und den Zusammenhang mit Kompetenzentwicklung.

Als Referenzfelder, auf die sich das Engagement bezieht, benennen HEINEMANN und RAUNER (vgl. ebd., 11) die Beziehung zum Beruf (Occupational Commitment bzw. Berufsethik), die Beziehung zum Betrieb (Organizational Commitment) sowie die Arbeitsmoral. Die Skala Berufliche Identität hebt auf die kognitiven und emotionalen Dispositionen ab, die zu einer beruflichen Handlungsfähigkeit führen (vgl. ebd. 12).

Mithilfe dreier Frageblöcke werden folgende Aspekte ermittelt und können zueinander in Beziehung gesetzt werden:

- die Einstellung der Auszubildenden zu ihrem Beruf und ihrem Betrieb (berufliche Identität, Occupational und Organizational Commitment),
- die Einschätzung der betrieblichen Ausbildungsverhältnisse sowie

- die Einschätzung zum Lernen in der Berufsschule und die Lernortkooperation zwischen Schule und Betrieb.

Die Autoren räumen ein, dass das Instrumentarium „Untersuchungen über das Hineinwachsen in *bestimmte* berufliche Praxisgemeinschaften und damit verbundene Prozesse der Entwicklung beruflicher Identität“¹²³ (Heinemann/Rauner 2008, 3) evtl. nur ergänzen kann.

Das Instrument wurde inzwischen international in unterschiedlichen Berufszweigen angewendet. Ergänzende Informationen zum Commitment-Fragebogen finden sich in Kap. 4.3.1. im Methodenteil der vorliegenden Arbeit.

2.3.7 Zusammenfassung und Einordnung der Forschungsfrage

Die vorangegangene Forschungsdiskussion konnte aufzeigen, dass berufliche Identität ein wichtiger Bestandteil der gesamten persönlichen Identität eines Menschen ist, der als dynamischer Entwicklungsprozess nicht erst mit dem tatsächlichen Eintritt in den Beruf beginnt. Berufliche Identitätsentwicklung hat eine hohe Relevanz, da sie – so die begründete Annahme – eng mit beruflicher Kompetenzentwicklung vergesellschaftet ist. Aus der Ebene beruflicher Identität erwächst auf der Verhaltensebene Engagement als Quelle für Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft im Beruf. Das macht berufliche Identität und berufliches Engagement als Voraussetzungen für Verantwortungs- und Qualitätsbewusstsein zu wichtigen Inhalten der Berufsbildungsforschung.

Im Hinblick auf die einleitend dargestellte Problematik eines steigenden Bedarfs an professioneller Pflege und einem zu antizipierenden Mangel an qualifizierten Pflegepersonen, bleibt die ursprünglich formulierte Frage nach der Entwicklung beruflicher Identität und beruflichen Engagements in der Gesundheits- und Krankenpflege unverändert bestehen.

Die aufgezeigten Forschungsergebnisse zum Commitment bei Pflegenden konnten zwar den Zusammenhang zwischen beruflichem und betrieblichem Engagement einerseits und der Absicht, im Beruf bzw. im jeweiligen Betrieb zu verbleiben andererseits aufzeigen, aber sie beziehen sich vorwiegend auf das betriebliche Engagement und entstammen v. a. dem nordamerikanischen Kulturkreis; damit sind sie nicht uneingeschränkt auf hiesige Verhältnisse übertragbar.

Auch auf die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement liegen bisher wenige Forschungsarbeiten vor, die auf qualitativen Methoden basieren und zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben. Insbesondere fraglich ist der Einfluss der Berufsausbildung auf berufliche Identitätsentwicklung.

¹²³ Hervorhebung im Original

Um berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz jedoch in der Ausbildung und darüber hinaus fokussieren und fördern zu können, müssen genau diese Fragen geklärt werden; und das unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland. Anknüpfend an den Vorschlag COHENs, eine Erhebung zu verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung durchzuführen und an die Ergebnisse der Bremerhaven-Studie, sollten daher Auszubildende und Berufstätige in verschiedenen Stadien ihrer Ausbildung bzw. im Berufsverlauf untersucht werden.

3 Entfaltung der Forschungsfrage

Aus den eingangs geschilderten Überlegungen zur gegenwärtigen Situation der Pflegeausbildung in Deutschland sowie den zu antizipierenden zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen ließ sich folgende forschungsleitende Frage ableiten:

Wie entwickeln sich unter den Voraussetzungen des momentanen Ausbildungssystems und der aktuellen beruflichen Praxis berufliche Identität und berufliches Engagement im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, und welche Faktoren beeinflussen diese Entwicklung?

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass berufliche Identität sich auf der Verhaltensebene durch berufliches und betriebliches Engagement sowie Arbeitsmoral äußert (siehe Kap. 2.3.5.2). Dieser Zusammenhang bedarf der genaueren Untersuchung, denn er gibt Aufschluss darüber, auf welche normativen Felder sich das Engagement der Auszubildenden vorwiegend bezieht; aus diesbezüglichen Erkenntnissen lassen sich wichtige Hinweise auf Einflussmöglichkeiten ableiten. Daraus ergibt sich die erste Frage:

Frage 1. In welchem Zusammenhang stehen berufliche Identität, berufliches bzw. betriebliches Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Berufstätigen in der Gesundheits- und Krankenpflege?

Nach Darstellung des kategorialen Rahmens und Sichtung vorhandener Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit dieser Fragestellung lässt sich die Ausgangsfrage in drei verschiedene Unterkategorien operationalisieren:

- die **Ausprägung** von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral,
- die **Entwicklung** von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral sowie
- die **Einflussfaktoren**, die auf die Ausprägung und die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral einwirken.

Als Ausprägung oder Niveau beruflicher Identität sind im Sinne des verwendeten Instrumentes von HEINEMANN und RAUNER (2008) die kognitiven und emotionalen Dispositionen gemeint, welche sich in den Aspekten Orientierung, Gestaltung und Qualitätsbewusstsein widerspiegeln und die zu einer erfolgreichen Übernahme der Berufsrolle erforderlich sind (siehe Kap. 2.3.1).

3.1 Ausprägung beruflicher Identität sowie beruflichen und betrieblichen Engagements in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausprägung beruflicher Identität – und damit in Zusammenhang stehend auch von beruflichem und betrieblichem Engagement – ist ein dynamischer Prozess, der von zahlreichen Einflüssen geprägt ist. Zwei zentrale Faktoren stehen hier im Vordergrund: das Identifikationspotenzial des Berufs an sich und die Gegebenheiten der konkreten Ausbildungssituation (vgl. Heinemann, Maurer und Rauner 2009).

Gesundheits- und Krankenpflege ist aufgrund verschiedener Aspekte von außen betrachtet zunächst einmal ein Beruf mit einem hohen Identifikationspotenzial; das tatsächliche Identifikationspotenzial lässt sich jedoch nur mit den Auszubildenden bzw. Berufsangehörigen selbst erheben. In Bezug auf die konkreten Gegebenheiten der Ausbildungssituation sind diese in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (siehe Kap.2.2.5) weder am Lernort Schule noch am Lernort Praxis auch nur deutschlandweit und noch viel weniger europaweit zu vergleichen. Gerade die Relevanz des Lernortes Praxis in der Ausbildung ist jedoch sehr hoch, wie es aus dem Modell der dynamischen Entwicklung beruflicher Identität (*Abbildung 7*) und aus den Ausführungen zur Bedeutung der beruflichen Praxisgemeinschaft (vgl. FAME-Consortium 2007) hervorgeht. Die Frage, welche Ausprägung die berufliche Identität von Auszubildenden und Absolventen in der Gesundheits- und Krankenpflege hat und wie sie sich in verschiedenen Ausbildungseinrichtungen und -phasen möglicherweise voneinander unterscheidet, ist bislang unbeantwortet.

In Anbetracht des sich zukünftig verschärfenden Personalmangels in den Pflegeberufen steht auch die Frage im Raum, mit welchen Rahmenbedingungen ausgebildete Pflegenden dazu motiviert werden können, in ihrem Beruf und bei ihrem jeweiligen Arbeitgeber zu verbleiben. Erkenntnisse einer Studie von VAN DER HEIJDEN, VAN DAM und HASSELHORN (2009) zeigen den negativen Zusammenhang zwischen einem hohen beruflichen Engagement und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. Die Relevanz des betrieblichen Engagements in diesem Zusammenhang wird aus den Ergebnissen von GAMBINO (2010) deutlich, die zu dem Schluss kommt, dass das Niveau des normativen Commitments neben dem Alter der Pflegenden der stärkste Indikator für einen Verbleib der Pflegepersonen in der Einrichtung bis zur Berentung ist. Dieser Aspekt ist besonders für Krankenhausträger interessant, die in die Ausbildung investieren und qualifizierte Pflegepersonen auch nach deren Ausbildung weiter beschäftigen möchten.

Weder zur Ausprägung von beruflicher Identität noch von beruflichem bzw. betrieblichem Engagement oder von Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege wurden bisher Ergebnisse veröffentlicht. Dies führt zur zweiten Frage:

Frage 2. Wie hoch ist die Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Berufsangehörigen in der Gesundheits- und Krankenpflege?

Seit wenigen Jahren besteht auch die Möglichkeit, Pflege grundständig zu studieren (siehe Kap. 2.2.5.4). Auszubildende und Studierende verfügen oft über unterschiedliche schulische Vorbildungen, und auch die Rahmenbedingungen an Schulen im Gesundheitswesen unterscheiden sich von denen an Hochschulen. Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung mit 2.100 Unterrichtsstunden ist mit zahlreichen zu erbringenden Leistungsnachweisen, Zwischenprüfung und Abschlussprüfung eine sehr stringent organisierte, lernintensive und leistungsorientierte Ausbildung. Darüber hinaus sind deutsche Pflegeauszubildende im Stellenplan mit eingerechnet, und ihre Ausbildung muss in der Praxis hinter den Erfordernissen des Stationsbetriebes nicht selten hintenan stehen. Es stellt sich die Frage, ob bei Lernenden, die ihre Pflegeausbildung als grundständiges Studium absolvieren, und die auch in der Praxis nicht gleichzeitig Angestellte, sondern eben nur Lernende sind, nicht auch eine von den Auszubildenden abweichende Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem wie betrieblichem Engagement und von Arbeitsmoral zu beobachten ist. Daher ist auch der Vergleich der beiden Personengruppen „Auszubildende“ und „Studierende“ von Interesse:

Frage 2.1 Lassen sich Unterschiede in der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem wie betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral zwischen Auszubildenden und Studierenden grundständiger Pflegestudiengänge beobachten?

Ebenso stellt sich die Frage, wie sich ein ausbildungsbegleitendes Bachelorstudium, welches inzwischen zahlreiche Schulen im Gesundheitswesen ihren Auszubildenden mit Hochschulzugangsberechtigung in Kooperation mit Hochschulen anbieten, auswirkt; ob der Perspektivenwechsel, der von den Auszubildenden als Studierende an der Hochschule verlangt wird, die Entwick-

lung beruflicher Identität eher fördert, hemmt oder sich gar nicht bemerkbar macht. Das eröffnet die Frage:

Frage 2.2 Lassen sich Unterschiede in der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem wie betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral zwischen Auszubildenden und Studierenden dualer Bachelor-Studiengänge beobachten?

Aus der Bremerhaven-Studie von HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009) liegen Erkenntnisse über die Ausprägung beruflicher Identität, beruflichen bzw. betrieblichen Engagements und von Arbeitsmoral von Auszubildenden aus 24 Ausbildungsberufen im gewerblich-technischen und kaufmännischen Bereich vor. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die Disposition zur Erlangung beruflicher Identität wie auch beruflichen Engagements, betrieblichen Engagements sowie zur Entwicklung von Arbeitsmoral in den untersuchten Berufen erheblich voneinander abweichen. Als eine wichtige Voraussetzung für ein hohes Niveau konnte die Gestaltung der Ausbildung identifiziert werden.

Die Ausbildung in den staatlich anerkannten Berufen im dualen System unterscheidet sich von der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in vielerlei Hinsicht. So bietet die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege durch die Anbindung der Schulen an Krankenhäuser sehr gute Chancen für eine enge Lernortkooperation, die anderen Ausbildungsberufen durch getrennte Verantwortlichkeiten für theoretische und praktische Ausbildung erschwert ist. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, wo die Pflegeausbildung in Zukunft angesiedelt werden wird. Ein Vergleich zwischen den Ausprägungen von beruflicher Identität und Engagement zwischen den bereits untersuchten Berufen und der Gesundheits- und Krankenpflege könnte hier Aufschluss für diesbezügliche Empfehlungen geben. Daher stellt sich die Frage:

Frage 2.3 Lassen sich Unterschiede in der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral zwischen Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und Auszubildenden aus dem gewerblich-technischen und kaufmännischen Bereich beobachten?

3.2 Verlauf der Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral

Die Ausprägung von beruflicher Identität, Engagement und Arbeitsmoral bei Berufsangehörigen gibt wichtige Hinweise auf den Beruf und die Berufsausbildung an sich. Um möglicherweise gezielt auf die Entwicklung dieser Attribute einwirken zu können, bedarf es der Erkenntnis, welches die kritischen Zeitpunkte der Entwicklung sind.

Wie RAUNER (2010) als Ergebnis eines internationalen Vergleichs ausführt, sind für Jugendliche auf dem Weg von der allgemeinbildenden Schule in das Berufsleben zwei Schwellen zu überwinden: von der Schule in die Berufsausbildung und von der Berufsausbildung in den Arbeitsmarkt. Die „Höhe“ der Schwellen ist hierbei abhängig vom Ausbildungssystem; die niedrigsten Schwellen, so konnte festgestellt werden, sind im Modell der dualen Berufsbildung zu verzeichnen (siehe Kap. 2.2.3.1). Trotzdem ist zu vermuten, dass die beiden Übergänge wichtige Phasen in der beruflichen Identitätsentwicklung darstellen.

Die Frage, ob sich Identität bereits während der Ausbildung maßgeblich entwickelt oder erst nach Ausbildungsabschluss, wird bislang kontrovers diskutiert (siehe Kap. 2.3.4): Während die Forschungsergebnisse von TAUBERT (1992) und CASSIER-WOJDASKY (2007) darauf hindeuten, dass die Pflegeausbildung einen großen Einfluss auf berufliche Identitätsentwicklung hat, kamen WERNER (1997) und KIRPAL (2003) eher zu dem Ergebnis, dass die Entwicklung erst dann erfolgt bzw. sich stabilisiert, wenn die Berufsangehörigen selbst die volle Verantwortung für ihre Tätigkeit übernehmen. Einen interessanten Impuls zu dieser Frage gibt auch APESOA-VARANO (2007), die den Stellenwert des schulischen Teils der Ausbildung für die Identitätsentwicklung als eher gering identifiziert.

Alle genannten Forscherinnen haben ihre Ergebnisse aus qualitativen Untersuchungen bezogen – eine quantitative Untersuchung zu dieser Fragestellung aus dem Bereich der Pflegeberufe liegt bisher nicht vor. Durch den direkten Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral ist auch die Entwicklung, welche Auszubildende und Berufstätige auf der Verhaltensebene zeigen, von Belang. Da auch hierzu bislang keine Forschungsdaten vorliegen, ergeben sich folgende Fragen:

Frage 3. Wie verläuft die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung?

Frage 3.1 Wie verläuft die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral nach Ausbildungsabschluss?

Die bereits ausgeführten unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Berufsausbildung Gesundheits- und Krankenpflege versus Pflegestudium lassen vermuten, dass auch hier Unterschiede im Entwicklungsverlauf zwischen Auszubildenden und Studierenden zu beobachten sind. Daher ist auch der Vergleich der beiden Personengruppen „Auszubildende“ und „Studierende grundständiger Pflegestudiengänge“ von Interesse:

Frage 3.2 Unterscheiden sich die Entwicklungsverläufe von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege von Pflegestudierenden?

3.2.1 Einflussfaktoren auf die Entwicklung und die Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral

Sowohl die Forschungsergebnisse von MEEUS (1993) als auch die von STUHL-MANN (2009) deuten darauf hin, dass der Prozess beruflicher Identitätsentwicklung bereits vor der Berufsausbildung beginnt (siehe Kap. 2.3.3).

In der Frage nach den Einflussfaktoren auf berufliche Identitätsentwicklung darf demnach auch die Phase vor der Berufsausbildung nicht gänzlich ausgeklammert werden. Es ergeben sich somit drei Zeiträume, die für Einflussfaktoren auf Identitäts-, Engagement und Arbeitsmoralentwicklung bedeutsam sind:

- vor Ausbildungsbeginn,
- während der Ausbildung,
- nach Ausbildungsabschluss.

Das führt zur Frage:

Frage 4. Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral vor Ausbildungsbeginn, während der Ausbildung und nach Ausbildungsabschluss?

In den Phasen vor und während der Ausbildung ist auch der Vergleich mit Pflegestudierenden von Interesse, da diese von der Pflegeausbildung abweichenden Einflussfaktoren ausgesetzt sind. Um nach der Entwicklung von Absolventen eines grundständigen Pflegestudienganges im Vergleich zu Ausbildungsabsolventen zu fragen, erscheint der Zeitpunkt momentan im deutschen Sprachraum noch zu früh – die meisten Hochschulen mit grundständigen Pflegestudiengängen haben bislang noch gar keine oder erst wenige Absolventen in die Berufstätigkeit entlassen.

3.2.1.1 Einflussfaktoren vor Ausbildungsbeginn

Die Frage nach den Einflussfaktoren auf berufliche Identitätsentwicklung vor Ausbildungsbeginn ist aus mehrerer Perspektiven relevant: Falls sich Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung finden lassen, die mit einer besonders gelingenden Identitätsentwicklung im Zusammenhang stehen, sollte darauf bereits bei der Bewerberauswahl geachtet werden – nicht nur im Hinblick darauf, die „richtigen“ Auszubildenden für die eigene Einrichtung auszuwählen, sondern gerade auch hinsichtlich der Beratung ausbildungsinteressierter Jugendlicher mit dem Ziel, für diese den „richtigen“ Beruf zu finden. Es kommt nicht selten vor, dass Auszubildende – auch nach absolviertem, obligatorischem Pflegepraktikum – ihre Ausbildung vorzeitig freiwillig beenden. Ausbildungsabbruch bedeutet aber nicht nur für den Jugendlichen einen möglicherweise zu vermeidenden Umweg, sondern auch einen verlorenen Ausbildungsplatz für die Schule und einen verlorenen pflegerischen Mitarbeiter für die Praxis. Die beiden Pflegewissenschaftler und Pflegelehrer BARBIAN und VAN DE LOO (2011) befragten 13 ehemalige Auszubildende der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege, die ihre Ausbildung vorzeitig beendet hatten, in Experteninterviews nach ihren Gründen für den Ausbildungsabbruch. Als Hauptmotiv gaben die Befragten an, dem Druck entkommen zu wollen (vgl. ebd. 91–93). Gleiches schilderten auch Ausbildungsabbrecher, deren individuelle Neigungen und Fähigkeiten den beruflichen Anforderungen entsprachen; zu inneren Konflikten kam es immer dann, wenn „persönliche Werte und Einstellungen konträr zu den Anforderungen der beruflichen Umwelt waren“ (ebd.,

93). Insgesamt zeigte sich, dass die Entscheidung, den Ausbildungsvertrag aufzulösen, auf einem prozesshaften Geschehen gründete und nicht, wie vorher vermutet, auf konkreten Konflikten (vgl. ebd., 95). In diesen Fällen gelang es offenbar nicht, auf der Schwelle von der allgemeinbildenden Schule in die Berufsausbildung eine stabile berufliche Identität zu entwickeln, die es den betreffenden Personen ermöglicht hätte, innere Konflikte und Krisen positiv zu verarbeiten.

Anknüpfungspunkte für die Frage, nach welchen konkreten Einflüssen für eine gelingende berufliche Identitätsentwicklung im Vorfeld der Berufsausbildung zu suchen ist, gibt die Forschungsarbeit von MEEUS (1993), welche den Einfluss von Schulbildung und Schulerfolg aufzeigt (siehe Kap. 2.3.3). Zwei weitere Hinweise auf diesbezügliche Zusammenhänge finden sich auch bei VEIT (1996), die eine Untersuchung mit 267 Auszubildenden zu den Motiven und Erwartungen an den Beruf durchführte und unter anderem zu dem Ergebnis kam (ebd., 70):

„Die Auszubildenden mit Krankenschwestern/-pflegern in der Verwandtschaft identifizieren sich stärker mit dem gewählten Beruf.“

VEIT schlussfolgerte daraus, dass diese Personengruppe offensichtlich bereits in der Kindheit Gelegenheit hatte, ihren Berufswunsch auszubilden und nahm an, dass diese Gruppe auch über ein realistischeres Berufsbild verfüge (vgl. ebd., 70). Damit stellte sie nicht nur den Zusammenhang zwischen Berufswunsch und Identitätsentwicklung, sondern auch den zwischen familiären Vorerfahrungen und beruflicher Identitätsentwicklung her.

Schließlich ist in Anlehnung an die Theorie der menschlichen Selbstbestimmung von DECI und RYAN (1993 u. 2000) zu vermuten, dass auch die Meinung von Familie und Freundeskreis zur Berufswahl einen Einfluss auf berufliche Identitätsentwicklung nimmt, da Jugendliche, die sich unbewusst die Meinung nahestehender Personen zu eigen machen, durchaus der Ansicht sein können, selbstbestimmt ihre Berufswahl getroffen zu haben (siehe Kap. 2.3.3); die selbstbestimmte bzw. als selbstbestimmt empfundene Berufswahl ist möglicherweise ebenfalls ein Einflussfaktor für eine gelingende berufliche Identitätsentwicklung.

Darüber hinaus konnten HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009) im Rahmen der Bremerhaven-Studie zeigen, dass eine Ausbildung im gewünschten Beruf positive Auswirkungen auf die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement hat.

Neben diesen Aspekten interessiert im Hinblick auf die Ausgangsproblematik auch die Frage, ob es Einflussfaktoren dafür gibt, dass Auszubildende nach der

Ausbildung im Beruf verbleiben wollen. Ein möglicher Einflussfaktor ist hier der Schulabschluss. Aus der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren, deren vollständige Erfragung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, werden daher zunächst vier Aspekte zur Untersuchung ausgewählt, was zu folgenden Forschungsfragen führt:

Frage 4.1 Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral vor Ausbildungsbeginn?

Frage 4.2 Stehen Art der Schulbildung und Schulerfolg im Zusammenhang mit der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

Frage 4.3 Stehen die Meinung und Unterstützung des sozialen Umfeldes zur Berufswahl im Zusammenhang mit der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

Frage 4.4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement sowie Arbeitsmoral und dem Umstand, dass die Eltern bzw. ein Elternteil der Auszubildenden im Gesundheitswesen tätig sind?

Frage 4.5 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Begründung des Berufswunsches Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

3.2.1.2 Einflussfaktoren während der Ausbildung

Die konkrete Ausbildungssituation ist – so HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009) – einer der beiden Faktoren, welche das Niveau beruflicher Identität während der Berufsausbildung, und damit indirekt auch das von Engagement und Arbeitsmoral, bestimmen. Für Bildungseinrichtungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, die sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung verantwortlich zeichnen, wie auch für den Arbeitgeber der Auszubildenden bzw. später der Absolventen, ist es wichtig zu wissen, welche Faktoren die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement positiv wie negativ maßgeblich beeinflussen.

Ergebnisse hierzu liegen bereits aus der Bremerhaven-Studie vor: Zusammenhänge mit einem hohen Maß an beruflicher Identität und Engagement konn-

ten für folgende Einflussfaktoren aufgezeigt werden (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 49–55):

- gutes Arbeitsklima,
- Unterstützung der Auszubildenden und ihre Behandlung als neue Mitarbeiter,
- Vielfalt der Arbeitsaufgaben, Einbettung in betriebliche Arbeitszusammenhänge,
- hohes Anforderungsniveau der Arbeitsaufgaben im Zusammenhang mit der Anwendung erlernter Fähigkeiten.

Auf den Einfluss gerade auch der Ausbilder in der Praxis (Clinical Teachers) auf die berufliche Identitätsentwicklung bei Pflegestudierenden weist eine australische Studie – allerdings nur mit einer kleinen Stichprobe von insgesamt 14 Personen – von BROWN, STEVENS und KERMODE (2011) hin.

Aus dem pflegerischen Berufsfeld in Deutschland gibt es dazu bisher keine Erkenntnisse; sie wären jedoch wichtig, um Identität und insbesondere betriebliches Engagement gezielt fördern und einen Verbleib der Auszubildenden im Beruf bzw. in der Einrichtung bewirken zu können. Diese Überlegungen führen zu folgender Frage:

Frage 4.6 Welche Ausbildungsbedingungen am Lernort Praxis stehen im Zusammenhang mit der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

Im Gegensatz zu den Einflussfaktoren am Lernort Praxis werden zu denen des Lernortes Berufsschule auf Identitäts- und Engagemententwicklung in den Ergebnissen der Bremerhaven-Studie keine Aussagen gemacht.

In der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist der Anteil an Zeit, den die Auszubildenden in der Schule verbringen, ungleich höher als in den gewerblich-technischen und kaufmännischen Berufen. Dem Aspekt beruflicher Identitätsentwicklung wird bisher in der Ausbildungsplanung und -durchführung nur wenig Beachtung geschenkt; aus den gesetzlichen Vorgaben zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Relevanz dieses Themas bisher nicht ersichtlich. So enthält die aktuelle Ausbildungs- und Prüfungsordnung zwar den Themenbereich „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen“; die Ausgestaltung dieses Themas beläuft sich – am Beispiel des Rahmenlehrplans für Rheinland-Pfalz – auf gerade einmal 2 % der insgesamt 2.100 Unterrichtsstunden mit Themen

wie Geschichte der Pflegeberufe, Qualifizierungsmöglichkeiten, Berufsverbände, aktuelle Gesundheitsgesetzgebung und Folgen für Berufsbildung und Aufgabenprofil sowie Strategien zur Bewältigung berufsbedingter Belastungen und Arbeitssicherheit (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2005, 104). Diese Inhalte implizieren zunächst eher den Wissenserwerb als Entwicklung beruflichen Rollenverständnisses, bieten jedoch – abhängig von der Ausgestaltung der konkreten Lernsituationen – durchaus auch die Möglichkeit zur Reflexion und Anbahnung beruflicher Identität. Dies ist jedoch eher der Kompetenz und Kreativität einzelner Lehrpersonen überlassen, als dass sie in den Ausbildungsrichtlinien angemessen strukturell verankert wären. Erschwerend kommt hinzu, dass das entsprechende Ausbildungsmodul, Nr. 22, erst im dritten Ausbildungsjahr, also gegen Ende der Ausbildung, vorgesehen ist. Wenn die Entwicklung beruflicher Identität jedoch eine Dimension der Kompetenzentwicklung darstellt und von Seiten der Lehrenden in ihrer Entwicklung zu fördern ist, sollte sie fokussiert werden – und dies von Beginn der Ausbildung an.

Auch, wenn die Ergebnisse APESOA-VARANOs (2007) aus dem US-amerikanischen Bildungssystem eher dagegen sprechen, bleibt die Frage, ob und wie unter den Bedingungen der hiesigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung der Einfluss der Schule sich nicht doch auf die berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung auswirkt:

Frage 4.7 Welche Ausbildungsbedingungen am Lernort Schule/Hochschule stehen im Zusammenhang mit der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

3.2.1.3 Einflussfaktoren nach Ausbildungsabschluss

Hinsichtlich der identitätsfördernden bzw. hemmenden Faktoren nach Ausbildungsabschluss ist ein Blick auf die Verweildauer von Pflegepersonen im Beruf hilfreich; mit Sicht auf eine möglicherweise bevorstehende Zusammenführung der Pflegeberufe sollen hier neben den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch die Altenpflegekräfte mit einbezogen werden. Die momentan aktuellsten Zahlen diesbezüglich liefert eine im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführte Studie (Behrens/Horbach/Müller 2009). Mithilfe von Daten der Gmünder Ersatzkasse wurde hier ermittelt, dass die Wahrscheinlichkeit für Altenpflegepersonal, den Beruf vorzeitig zu verlassen, mehr als dreimal so hoch liegt wie für Gesundheits- und Kran-

kenpflegepersonen. Die Hälfte der Altenpflegekräfte beendet ihre Tätigkeit nach dreieinhalb Jahren, während noch über 70 % der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nach zehn Jahren – sowohl in Rheinland-Pfalz als auch im gesamten Bundesgebiet – in ihrem Beruf tätig sind und damit eine stabile Erwerbstätigkeit aufweisen (vgl. ebd., 30–32). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden im Jahre 2005 auch Daten dazu erhoben, wie viele Absolventen von rheinland-pfälzischen Pflegeschulen nach der Ausbildung tatsächlich in der Pflege arbeiten. Die Ergebnisse zeigten, dass von den 792 Absolventen in der Gesundheits- und Krankenpflege acht Personen der Kindererziehung nachgingen, vier Personen sich für ein Pflegestudium entschieden hatten und neun dazu, das Abitur nachzuholen. Von den 25 Personen (3,2 % gesamt), die aus dem Beruf ausschieden, wollten 24 ein anderes Fach zu studieren. Von den Absolventen der Altenpflegeausbildung nahmen mehr als Dreiviertel der 497 Personen eine Tätigkeit in der Pflege auf (vgl. ebd., 23).

Trotz dieser, zumindest auf die Gesundheits- und Krankenpflege bezogen, prinzipiell erfreulichen Zahlen, geht mit jedem einzelnen Absolventen, der den Beruf verlässt, ein qualifizierter ausgebildeter junger Mensch der Pflege verloren. Wenn – so die Ergebnisse von WERNER (1997), KIRPAL (2003) und TAUBERT (1992) – sich berufliche Identität tatsächlich doch erst nach der Ausbildung entwickelt und stabilisiert, könnte auch hier z. B. ein entsprechendes Fort- und Weiterbildungsangebot zur gezielten Förderung beitragen. Besonders im Hinblick auf den Verbleib qualifizierter und motivierter Mitarbeiter in der Einrichtung – um betriebliches Engagement zu fördern – sind an dieser Stelle gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen bedenkenswert.

Zusammenhänge zwischen Commitment und beruflicher Zufriedenheit bzw. ihrem Verbleib im Beruf und in der Einrichtung sind bei Pflegepersonen bereits gut untersucht. So konnten VAN DER HEIJDEN, VAN DAM und HASSELHORN (2009) den positiven Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, hohem Occupational Commitment und der Absicht, im Beruf zu verbleiben, belegen. Auch KNOOP (2005) kam zu dem Ergebnis, dass Job Involvement mit dem Item „Zufriedenheit mit der Arbeit“ sowie mit den Aufstiegschancen, welche die Arbeit bietet, korreliert und GAMBINO (2010) fand als stärksten Indikator, in der Einrichtung bis zur Berentung zu verbleiben, das Niveau des normativen Commitments und das Alter der Pflegenden (siehe Kap.2.3.5.4). Die Ergebnisse aus den USA und den Niederlanden sind möglicherweise jedoch nicht 1:1 auf die Pflegenden in Deutschland zu übertragen und führen zu der Frage:

Frage 4.8 Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Ar-

Arbeitsmoral nach Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege?

Von besonderem Interesse ist für die Absolventen in diesem Zusammenhang die Einschätzung ihres beruflichen Tätigkeitsfeldes, welches – so ist zu vermuten – entscheidend für die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib in Beruf und Einrichtung verantwortlich zeichnet. Daher stellt sich die Frage:

Frage 4.9 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung des beruflichen Tätigkeitsfeldes von Berufsangehörigen in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

3.2.1.4 Weitere mögliche Einflussfaktoren

Die bisher thematisierten und in Forschungsarbeiten untersuchten Einflussfaktoren auf berufliche Identität, berufliches bzw. betriebliches Engagement und Arbeitsmoral sind prinzipiell auf alle Berufe anwendbar und nicht pflegespezifisch. In den Überlegungen zu pflegeberufsspezifischen Einflussfaktoren auf die Entwicklung beruflicher Identität und Engagement konnten – neben dem bereits in Frage 4.5 berücksichtigten Aspekt der Berufswahl – berufliches Selbstverständnis, Pflegeverständnis und die Lernmotivation als zusätzliche mögliche Einflussfaktoren ausgeführt werden (siehe Kap. 2.3.3). Ferner bleibt die Frage nach dem Zusammenhang zwischen beruflicher Identitäts- und Kompetenzentwicklung offen.

Pflege- und berufliches Selbstverständnis

TAUBERT (1992) stellt in ihrer Dissertation über das berufliche Selbstverständnis der Pflege einen Zusammenhang zwischen dem Selbstverständnis von Pflegenden und ihrer Identifikation mit der Berufsrolle dar und weist damit auf einen Zusammenhang zwischen beruflichem Selbstverständnis und beruflicher Identität hin. Ihre Schlussfolgerungen zum Zusammenhang zwischen einem an pflegerischen Tätigkeiten orientierten beruflichen Selbstverständnis und einer patientenorientierten Pflege führen wiederum zum Pflegeverständnis, welches begrifflich von beruflichem Selbstverständnis zwar nicht immer klar zu trennen ist, aber etwas anderes meint.

Einen Hinweis zum möglichen Zusammenhang zwischen Pflegeverständnis und beruflicher Identität gibt indirekt auch die Arbeit von APESOA-VARANO (2007), deren Probanden den Fürsorgeaspekt ihrer beruflichen Identität gegen die Bemühungen der Lehrenden – die eine technisch und wissenschaftliche Ausrichtung hatten – aufrecht erhielten. Diese formulierten scheinbaren Gegensätze – fürsorglich vs. technisch/wissenschaftlich – erinnern an die Formen des Pflegeverständnisses nach JUCHLI (1987), welche ein Pflegeverständnis medizinisch orientierter Auffassung von einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung unterscheidet. Hieraus leiten sich folgende Fragen ab:

Frage 4.10 Lässt sich ein Zusammenhang zwischen beruflichem Selbstverständnis und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden bzw. Studierenden und Absolventen beobachten?

Frage 4.11 Lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Pflegeverständnis und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden bzw. Studierenden und Absolventen beobachten?

Lernmotivation

Als ein weiterer potenzieller Einflussfaktor auf berufliche Identität und Engagement ist die Lernbereitschaft der Auszubildenden und der Absolventen in Betracht zu ziehen. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht nur ein sehr lernintensiver Beruf, sondern auch ein Beruf, in dem einmal erlerntes Wissen nur eine sehr kurze Halbwertszeit hat. Die sich immer mehr durchsetzende Forderung nach evidenzbasierter Pflege impliziert, dass Pflegepersonen in der Praxis bereit sind, sich mit aktuellen Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen, diese zu bewerten, Veränderungen in die Praxis zu implementieren und die Ergebnisse zu evaluieren. Hierzu sind die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und die Motivation zur permanenten Weiterentwicklung erforderlich. Interessant in dieser Frage ist insbesondere auch, ob Unterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden zu beobachten sind. Die Frage, die sich aus diesem Aspekt ergibt, lautet:

Frage 4.12 Lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Lernmotivation bei Auszubildenden bzw. der Motivation zur Fort- und Weiterbildung bei Berufstätigen und der Ausprägung von beruflicher

Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral beobachten?

Die Fragen müssen aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Auszubildenden, Studierenden und Berufstätigen für diese drei Gruppen jeweils getrennt betrachtet werden.

Kompetenzentwicklung

Berufliche Identitätsentwicklung wird als eine Dimension beruflicher Kompetenzentwicklung angesehen (siehe Kap. 2.3.2), ein Zusammenhang, der bisher empirisch nicht bestätigt ist.

Wenn auch Klausuren und Prüfungen aller Art in der Pflegeausbildung weniger Kompetenzmessungen als vielmehr Lernerfolgsüberprüfungen bzw. Berufsfähigkeitsnachweise darstellen, so ist dennoch davon auszugehen, dass sie einen Hinweis auf den Erwerb von Handlungskompetenz geben können. Dies gilt insbesondere für die praktischen Zwischen- und Abschlussprüfungen und – in eingeschränktem Maße – auch für Beurteilungen der Auszubildenden durch die jeweiligen Einsatzbereiche in der Praxis. Möglicherweise lässt sich ein Zusammenhang zwischen Identitäts-, Engagement- und Arbeitsmoralniveau und dem Leistungsniveau der Auszubildenden und Absolventen, ausgedrückt in Noten für Zwischen-/Abschlussprüfungen und Praxisbeurteilungen, herstellen. Das führt zu der Frage:

Frage 4.13 Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Noten der Zwischenprüfungen und Praxisbeurteilungen der Auszubildenden bzw. Abschlussprüfungen der Absolventen und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

3.2.2 Einschätzung der Lernorte bzw. des Tätigkeitsfeldes

Um all diese möglichen Einflussfaktoren zu ermitteln und mit beruflicher Identität und Engagement korrelieren zu können, bedarf es einer umfassenden Einschätzung der Auszubildenden ihrer Ausbildungssituation an den beiden Lernorten Schule und Praxis und einer Einschätzung der Absolventen ihres Tätigkeitsfeldes.

Die Ergebnisse der Bremerhaven-Studie (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009) zeigten, dass die befragten Auszubildenden ihre Ausbildung insgesamt positiv

einschätzen. Auch mit ihrer Situation und ihren Leistungen an der Berufsschule äußerten sich die Auszubildenden prinzipiell zufrieden. Was von den Auszubildenden eher kritisch gesehen wurde, waren die Orientierung des Unterrichts an der betrieblichen Praxis und die Qualität der Lernortkooperation zwischen Schule und Betrieben (vgl. ebd., 36–46).

Es stellt sich die Frage, ob die Pflegeausbildung mit ihren deutlich vorteilhafteren Möglichkeiten (organisatorische Nähe der Schule zum Krankenhaus und Gesamtverantwortung für die Ausbildung in Hand der Schule) ihre Chance zu einer engen Lernortkooperation nutzt bzw. ob die Lernenden eine Kooperation der beiden Lernorte erleben. Insbesondere mit Blick auf die zukünftige Verortung der Pflegeausbildung ist es auch von Interesse zu erfahren, ob es Pflegestudiengängen gelingt, Lehre an der Hochschule und Ausbildung in der Pflegepraxis zu vernetzen. Daraus schließt sich diese Frage an:

Frage 4.14 Wie schätzen Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege ihre Ausbildung an den Lernorten Schule und Praxis im Vergleich zu Studierenden grundständiger Pflegestudiengänge und zu Auszubildenden in gewerblich-technischen und kaufmännischen Berufen ein?

In die Einschätzung des Tätigkeitsfeldes fließt auch das Ansehen des Berufs in der Gesellschaft ein, einer der Faktoren, welche das Identifikationspotenzial von Berufen bestimmen. Diesbezügliche Erhebungen ergeben ein hohes Ansehen des Berufs in der Gesellschaft (siehe Kap. 2.5.1). Dennoch zeigt die Realität, dass Pflegenden sich häufig nicht entsprechend ihrer Verantwortung und Arbeitsintensität gesellschaftlich wertgeschätzt fühlen, was zur letzten Frage führt:

Frage 4.15 Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ansehen des Berufs Gesundheits- und Krankenpfleger/-in der Gesellschaft und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral?

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Einleitung

Zur Untersuchung der in Kapitel 3 entfalteten Fragestellungen erschien eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren sinnvoll. Einerseits konnten sich so Ergebnisse ergänzen, andererseits war es möglich, verschiedene Facetten der Fragen gezielt zu beleuchten. Diese Vorgehensweise ermöglichte ein tieferes Verständnis des Forschungsgegenstandes.

Die Fragestellung erforderte eine Untersuchung von drei verschiedenen Personengruppen:

- Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege,
- Absolventen der Ausbildung sowie
- Studierende aus grundständigen Pflegestudiengängen.

In Anlehnung an den Vorschlag von COHEN (2007), Auszubildende zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer Ausbildung zu befragen, erfolgte im ersten Schritt eine Querschnittuntersuchung, in der Auszubildende und Studierende in drei verschiedenen Phasen ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums sowie Absolventen mit ein bis dreijähriger Berufserfahrung schriftlich mithilfe eines Online-Fragebogens befragt wurden.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung waren handlungsleitend für die Entscheidung, welche konkreten Personen mithilfe welcher qualitativen Methode nachfolgend untersucht wurden: Zehn Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung wurden hierzu zunächst schriftlich befragt. Im Anschluss an die Auswertung fand eine Gruppendiskussion statt.

4.2 Untersuchungspopulation

Für die Untersuchung an Auszubildenden und Absolventen mit Berufserfahrung standen der Forscherin die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Trier e. V. (BBT-Gruppe) zur Verfügung.

Die Überlegung, eine Hochschule mit grundständigem Pflegestudiengang in die Befragung mit einzubeziehen, die Studierende zum staatlich anerkannten Berufsabschluss führt (siehe Kap. 2.2.5.4) und bereits Studierende im letzten Studienjahr aufweist, führte zu dem Entschluss, die Studie international anzu-

legen. Im Hinblick auf die Vorbildrolle, welche die Schweizer Pflege und Pflegeausbildung innehat, fiel die Entscheidung darauf, Schweizer Studierende eines primärqualifizierenden Studiengangs zu befragen. Dankenswerterweise sagte die Schweizer Fachhochschule St. Gallen (FHS) ihre Teilnahme an der Untersuchung zu. Weitere Fachhochschulen in der Schweiz mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen wurden angefragt, die Teilnahme wurde jedoch aufgrund der hohen Belastung der Studierenden durch zahlreiche interne Untersuchungen abgelehnt. Inhalte und Umfang des Fragebogens wurden nicht als Gründe angegeben. Um die Ergebnisse später besser einordnen zu können, werden die beiden Ausbildungsstätten im Folgenden kurz vorgestellt.

Auszubildende und Mitarbeiter in Einrichtungen der BBT-Gruppe

Der *Barmherzige Brüder Trier e. V.* ist Rechtsträger und Betreiber der Einrichtungen der Ordensgemeinschaft der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf. Die BBT-Gruppe ist eine der großen Träger von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland mit über 8.000 Mitarbeitern und ca. 700 Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Das im Pflegeleitbild der Krankenhäuser der BBT-Gruppe beschriebene Pflegeverständnis basiert auf einem christlichen Menschenbild. Der Patient wird als Partner gesehen; an seinen persönlichen Bedürfnissen orientiert sich das pflegerische Handeln (vgl. BBT e. V. 2013).

In die Studie aufgenommen wurden Schulen bzw. Krankenhäuser der BBT-Gruppe aus drei Bundesländern: Paderborn (Nordrhein-Westfalen), Bad Mergentheim (Baden-Württemberg) Trier, Koblenz und Montabaur (Rheinland-Pfalz). Die Schulen in Paderborn, Trier, Koblenz und Montabaur¹²⁴ bieten ihren Auszubildenden die Möglichkeit, parallel zur Ausbildung den ersten Studienabschnitt eines Bachelorstudiums zu absolvieren. Kooperationspartner der Schulen in Koblenz, Trier und Montabaur ist die Katholische Hochschule Mainz; die Schule in Paderborn kooperiert mit der Hamburger Fern-Hochschule. Mit der Befragung der entsprechenden Auszubildenden konnte so auch Fragen des möglichen Einflusses eines dualen Studiums nachgegangen werden.

Die Befragung der Auszubildenden und Mitarbeiter der BBT-Gruppe ermöglicht Ergebnisse, die unabhängig von regionalen Gegebenheiten und bundes-

124 Bereits seit Oktober 2004 findet die theoretische Ausbildung der Schüler des Krankenhauses Montabaur in Kooperation mit der Schule am Katholischen Klinikum Koblenz gemeinsam am Standort Koblenz statt. Die Praxiseinsätze werden weiterhin überwiegend am Krankenhaus Montabaur absolviert. Dies wurde bei den Auswertungen gesondert berücksichtigt. Im Juli 2011 fusionierten die beiden Krankenhäuser Katholisches Klinikum Koblenz und Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur zum Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur, ebenso die beiden angegliederten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Zu diesem Zeitpunkt war die Befragung jedoch schon abgeschlossen.

länderabhängigen Rahmencurricula sind. Gleichzeitig besteht der gemeinsame Rahmen des Leitbildes der Trägerschaft, der sich in vielen Prozessen im beruflichen Alltag der Einrichtungen widerspiegelt. Besonders hinsichtlich der Fragen nach dem betrieblichen Engagement ist dieser Aspekt für die Geschäftsführung der BBT-Gruppe von großem Interesse.

Zur Befragung der bereits ausgebildeten Pflegenden mit einem bis drei Jahren Berufserfahrung wurde ausschließlich auf Personen zurückgegriffen, die nach ihrer Ausbildung in Schulen der BBT-Gruppe weiterhin in Einrichtungen des Trägers beschäftigt sind. Dadurch waren Einflussfaktoren, die durch den Wechsel zu einem neuen Arbeitgeber auf die Berufsangehörigen einwirken und die berufliche Identitäts- bzw. Engagemententwicklung anderweitig hätten beeinflussen können, ausgeschlossen.

Für die letzte Phase der Datenerhebung, die schriftliche Befragung von Pflegepersonen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung und die anschließende Gruppendiskussion mit eben diesen Personen, wurden – aus organisatorischen Gründen – Pflegenden aus nur einem der Krankenhäuser der BBT-Gruppe rekrutiert. Acht der zehn Personen hatten ihre Ausbildung ebenfalls in einer Einrichtung der BBT-Gruppe absolviert.

Pflegestudierende der FHS St. Gallen

Wie in Kapitel 2.2.5.5 bereits ausgeführt wurde, gibt es in der Schweiz zwei Möglichkeiten, auf Tertiärstufe einen pflegerischen Berufsabschluss zu erwerben: zum einen durch einen dreijährigen Bildungsgang an einer Höheren Fachschule mit dem Abschluss Pflegefachfrau HF/Pflegefachmann HF und zum anderen durch ein ebenfalls dreijähriges Fachhochschulstudium¹²⁵ mit dem Abschluss Bachelor of Science.

Die Fachhochschule St. Gallen (FHS) bietet den Studiengang Bachelor of Science in Pflege an der FHS St. Gallen seit 2006 an. Nach Grund- und Aufbaustudium haben die Studierenden die Möglichkeit, im dritten Studienjahr, entsprechend ihrer Interessen, zwischen den beiden Vertiefungen „Clinical Nursing“ und „Management und Public Health“ zu wählen. Für bereits diplomierte Pflegefachpersonen wird weiterhin ein verkürzter Studiengang angeboten (vgl. Fachhochschule St. Gallen 2013).

Zu dieser Befragung wurden ausschließlich Studierende des primärqualifizierenden Studiengangs herangezogen, da nur diese mit Auszubildenden einer Pflegeberufsausbildung zu vergleichen sind.

¹²⁵ Eine Studiendauer von drei Jahren gilt für ein Vollzeitstudium. Daneben gibt es auch die Möglichkeit eines vierjährigen, berufsbegleitenden Studiums.

4.3 Quantitative Untersuchung

Die quantitative Untersuchung erfolgte mithilfe des Commitment-Fragebogens der KOMET-Forschungsprojekte (siehe Kap. 2.3.6). Zur Ermittlung der pflegeberufsspezifischen Aspekte wurde der Kontextfragebogen ergänzt. In den nachfolgenden Kapiteln werden Erhebungsinstrumente, Datenerhebung und Datenauswertung dargestellt.

4.3.1 Das Instrument zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität von Heinemann und Rauner

Grundlage des Fragebogens für die quantitative Untersuchung war das Instrument von HEINEMANN und RAUNER (2008) zur berufsübergreifenden empirischen Beschreibung von beruflicher Identität, beruflichem und betrieblichem Engagement sowie von Arbeitsmoral (siehe auch Kap. 2.3.6 *Messen von beruflicher Identität und Commitment*). Dieses hat das Ziel, berufliche Identität, berufliches und betriebliches Engagement sowie Arbeitsmoral auf einer Metaebene zu beschreiben, welche berufsspezifische Besonderheiten zunächst außen vor lässt. Die Skalen ermöglichen es insbesondere, Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität bzw. Engagement und möglichen Einflussfaktoren auf deren Entwicklungen wie z. B. die konkrete Ausbildungssituation an den Lernorten Schule und Praxis, zu ermitteln (vgl. Heinemann/Rauner 2008, 3). Die Vorteile des Fragebogens beschreiben HEINEMANN und RAUNER wie folgt (ebd., 3):

„Seine Stärke liegt dagegen eben in der Möglichkeit, Verläufe in der Entwicklung beruflicher Identität und Veränderungen im dominierenden Bezugsfeld von Engagement für unterschiedliche Berufe beschreiben, kontrastieren und mit anderen Faktoren in Beziehung setzen zu können.“

Die Skala zur Erfassung beruflicher Identität dient nicht dazu, zu messen, inwieweit die Übernahme der Berufsrolle bereits erfolgt ist; stattdessen geht es um die kognitiven und emotionalen Dispositionen, welche mit einer Entwicklung vom Anfänger zum Experten einhergehen und sich in drei Aspekten wieder spiegeln: Interesse an der Einordnung der eigenen Arbeit in den betrieblichen Gesamtzusammenhang (Orientierung), an der Mitgestaltung von Arbeit und Technik (Gestaltung) sowie an einer qualitativ hochwertigen Durchführung der Arbeit (Qualität). Diese drei Aspekte sind zu einer erfolgreichen Über-

nahme der Berufsrolle notwendig¹²⁶ (ebd., 12) und weisen auf einen antizipierten Zusammenhang zwischen beruflicher Identitätsentwicklung und beruflicher Kompetenzentwicklung hin.

Die Originalfragen – berufsübergreifend formuliert – wurden für die vorliegende Forschungsarbeit nur in wenigen Ausnahmefällen dem Sprachgebrauch der Gesundheits- und Krankenpflege angepasst. Ebenso mussten einige wenige Fragen dem Schweizer Sprachgebrauch entsprechend umformuliert werden.

Die Befragung von Mitarbeitern und Auszubildenden innerhalb der Einrichtungen der BBT-Gruppe bedurfte der Genehmigung durch die Mitarbeitervertretungen der beteiligten Krankenhäuser sowie der Gesamt-Mitarbeitervertretung. Einzelne Aspekte aus dem Originalfragebogen, die aufgrund des in manchen Krankenhäusern bzw. Schulen überschaubaren Teilnehmerkreises evtl. einen Rückschluss auf einzelne Personen ermöglicht hätten (z. B. die Frage nach dem Alter und dem Geschlecht der Teilnehmer), wurden von der Mitarbeitervertretung nicht genehmigt und daher nicht erhoben.

4.3.2 Kontextbefragung

Um die Frage, mit welchen Einflussfaktoren speziell in der Gesundheits- und Krankenpflege berufliche Identität und Engagement korrelieren, zu erforschen, musste zunächst ermittelt werden, welches diese Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege möglicherweise sein könnten (siehe Kap. 2.3.3).

Vermutete berufsspezifische Einflussfaktoren auf berufliche Identität sind die Motivation zur Berufswahl Pflege, die Motivation zum Lernen bzw. zur Fort- und Weiterbildung, das Pflegeverständnis sowie das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden. Um diese Aspekte erfragen zu können, konnte nicht auf ein standardisiertes Instrument zurückgegriffen werden. Hierfür mussten daher neue Fragenkomplexe entwickelt werden.

Motivation zum Pflegeberuf

Aus den Forschungsergebnissen und diesbezüglichen Überlegungen wurden zur Berufswahl die in Abbildung 11 aufgeführten Statements abgeleitet.¹²⁷

Weiterhin wurde nachgefragt, ob die Eltern bzw. ein Elternteil in einem Gesundheitsberuf arbeitet – und wenn ja, in welchem – aufgenommen. Fragen

126 Diese Sichtweise beruflicher Identität ist sehr nahe am Begriff der beruflichen Sozialisation (vgl. z. B. Lempert 2009, 2). Berufliche Identität im Sinne von Heinemann und Rauner (2008) ist dennoch eher ein Prozess, der vom Individuum aktiv selbst konstruiert wird, während berufliche Sozialisation im engsten Sinne Interaktionen mit der sozialen Umwelt sind, die überwiegend unbewusst oder zumindest unbeabsichtigt ablaufen (vgl. ebd., 3).

127 Die Fragen 1 und 2 sind bereits Bestandteile des Original-Commitment-Fragebogens.

zur Einstellung der Eltern und des Freundeskreises zum (Pflege)beruf sind Bestandteile des Originalfragebogens.

Motivation zur Berufswahl Gesundheits- und Krankenpflege
1. Ich wollte schon immer diesen Beruf ergreifen.
2. Ich wollte eigentlich einen anderen Beruf ergreifen, habe aber nur eine Ausbildungsstelle in diesem Beruf bekommen.
3. Ich wusste nicht, was ich wollte, da habe ich mich für eine Pflegeausbildung/ein Pflegestudium entschieden. Evtl. mache ich danach etwas anderes.
4. Eigentlich wollte ich Medizin studieren, habe aber keinen Studienplatz bekommen.
5. Ich bin in der Pflege tätig, weil ich den Wunsch habe, anderen Menschen zu helfen.
6. Ich bin in der Pflege tätig, weil ich mich damit sozial engagieren und etwas für die Allgemeinheit leisten kann.
7. Ich bin in der Pflege tätig, weil ich einen Beruf haben will, in dem ich mich selbst weiterentwickeln kann.
8. Ich bin in der Pflege tätig, weil ich in diesem Beruf viele Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung/zum Studium habe.
9. Ich bin in der Pflege tätig, weil ich damit die Möglichkeit habe, selbständig und verantwortungsbewusst zu handeln.
10. Ich bin in der Pflege tätig, weil es ein angesehener Beruf ist.
11. Kranke und hilfsbedürftige Menschen wird es immer geben. Ich bin in der Pflege tätig, weil der Beruf krisensicher ist.

Abb. 11: Statements zur Motivation zum Pflegeberuf

Im Zusammenhang mit Berufswahl Pflege rückt auch immer wieder die Frage nach dem sog. Helfersyndrom in den Blickpunkt. Helfersyndrom bezeichnet eine Haltung, „in der die meisten Beziehungen zu anderen Menschen nach dem Muster ‚Helfer-Hilfsbedürftiger‘ gestaltet werden“¹²⁸ (Steinberger 2009, 106), und die geleistete Hilfe selbstbezogene, persönliche Ziele erfüllen soll. Kennzeichnende Merkmale eines Helfersyndroms sind z. B. ein geringes Selbstwertgefühl, das Vernachlässigen eigener Bedürfnisse und das Erwarten von Dankbarkeit von den hilfsbedürftigen Personen (vgl. ebd., 106). Um diese Option beim Thema Berufswahl nicht ausklammern, wurden nachfolgende Statements (*Abbildung 12*) entwickelt:

128 Hervorhebung im Original

Helfersyndrom
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich bin enttäuscht, wenn ich das Gefühl habe, Patienten erkennen nicht an, was wir Pflegende für sie tun. 2. Ehrlich gesagt fällt es mir im Beruf oft schwer, ‚Nein‘ zu sagen – ich merke selbst, dass ich manchmal meine eigenen Bedürfnisse zugunsten beruflicher Erfordernisse vernachlässige. 3. Viele Pflegende versuchen durch ihren übermäßigen beruflichen Einsatz das Gefühl der inneren Leere und Wertlosigkeit zu kompensieren.

Abb. 12: Statements zum Helfersyndrom

Lernmotivation

Zur Erhebung der Lernmotivation der Auszubildenden wurden Items aus den Skalen Instrumentale Motivation, Extrinsische Lernmotivation und Intrinsische Lernmotivation aus den *Skalen zur Schulqualität* von STEINERT, GERECHT, KLIEME und DÖBRICH (vgl. 2003, 131–133) verwendet und ausbildungsbezogen leicht umformuliert.

Um die Lern- bzw. Weiterbildungsbereitschaft der Absolventen erheben zu können, bedurfte es der Formulierung neuer Fragen. Anknüpfend an diesbezügliche Überlegungen wurde ein Fragenkomplex (*Abbildung 13*) formuliert, der auf die Belange der Berufsgruppe Pflege zugeschnitten ist und mit „trifft zu“ bzw. „trifft nicht zu“ beantwortet werden kann. Eine Unterscheidung zwischen „Weiterqualifikation für die Pflege“ oder „Wegqualifizierung“ wurde nicht ge-

Motivation zur Fort- und Weiterbildung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich freue mich, meinen Abschluss zu haben. Vorerst sehe ich keine Notwendigkeit zum Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. 2. Ich habe in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine hausinterne Fortbildungsveranstaltung besucht. 3. Ich habe in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine externe Fortbildungsveranstaltung besucht. 4. Ich nehme an einer Weiterbildungsmaßnahme teil bzw. habe bereits eine Weiterbildung abgeschlossen. 5. Ich absolviere derzeit ein berufsbegleitendes Studium. 6. Ich plane innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn einer Weiterbildungsmaßnahme. 7. Ich plane innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn eines Studiums. 8. Ich bin bereit, an Fort- und Weiterbildungen auch teilzunehmen bzw. ein Studium zu absolvieren, wenn ich die Maßnahme (ggf. zum Teil) selbst bezahlen muss und mit dem Abschluss keine tarifliche Höhergruppierung verbunden ist.

Abb. 13: Statements zur Motivation zur Fort- und Weiterbildung

troffen, da es hier nur um das Engagement zur Fort- und Weiterbildung prinzipiell und um die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen an sich geht.

Berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis

Aus den Ausführungen zum beruflichen Selbstverständnis und Pflegeverständnis wurden drei Themenbereiche identifiziert, aus welchen sich die Einstellung der zu befragenden Personen ableiten lässt und zu denen Aussagen formuliert wurden (*Abbildung 14*): Die bevorzugten beruflichen Tätigkeiten, die Frage, wessen Anerkennung den Pflegenden wichtig ist und die Orientierung pflegerischer Tätigkeit.

Diese Fragen bzw. Statements beziehen sich auf Themen, zu denen es – von Ausbildungseinrichtung zu Ausbildungseinrichtung variierend – zum Teil „erwünschte“ und „unerwünschte“ Antworten gibt. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Bereitschaft zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten.¹²⁹ Um möglichst ehrliche Antworten auf solche Fragen zu erhalten, musste dieser Aspekt bei der Art der Fragestellung beachtet werden. Ebenso können direkte Fragen zu sehr persönlichen Aspekten, z. B. zur Berufs- oder Lernmotivation, die Antwortbereitschaft insgesamt oder die Bereitschaft, aufrichtig zu antworten, verringern.

Die im Originalfragebogen durchgängig verwendete direkte Frageform erschien hier deshalb wenig geeignet, zu diesen Themen aussagekräftige Antworten zu erhalten. Daher wurde für einen Teil der Kontextbefragung eine indirekte Frageform gewählt, bei der die Befragten nicht persönlich angesprochen werden, sondern die Fragen in Dialoge zwischen Berufsangehörigen eingekleidet sind. Bei der Auswertung solch indirekter Fragen ist jedoch zu beachten, so KROMREY (2000), dass eine derartige Frageform zwar die Bereitschaft fördert, überhaupt zu antworten; gleichzeitig fallen die Antworten jedoch anders aus als bei einer direkten Befragung, und es ist nicht sicher, ob die Haltung der Befragten tatsächlich zutreffend erfasst wird (vgl. ebd., 356). Dies muss bei der Auswertung und Interpretation der Antworten Berücksichtigung finden.

Im Kontextteil des Fragebogens stellen sich die Fragenkomplexe zum Pflegeverständnis, zum beruflichen Selbstverständnis und zur Berufswahl so dar, dass sich jeweils zwei oder mehr Pflegepersonen über das zu erfragende Thema unterhalten und ihre voneinander abweichenden Meinungen dazu äußern. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung sollten jeweils ankreuzen, inwieweit sie den Äußerungen der Pflegenden zustimmen.

129 Ein seit Jahrzehnten diskutiertes Beispiel hierfür ist die venöse Blutentnahme, die nicht an allen Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege gelehrt wird.

Statements zum Thema „Bevorzugte berufliche Tätigkeiten“
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeperson A: „Oh, schon wieder so viele venöse Blutentnahmen. Die sollten von anderen Berufsgruppen (z. B. von Ärzten, Arzthelferinnen oder Fachangestellten Gesundheit) übernommen werden. Für mich haben Grund- und Behandlungspflege Priorität.“ 2. Pflegeperson B: „Wirklich? Also ich nehme gerne Blut ab und kümmere mich auch gerne um Infusionen, Transfusionen etc. Ich finde, die Durchführung solcher Tätigkeiten macht den Beruf deutlich attraktiver.“ 3. Pflegeperson C: „Meiner Meinung nach gibt es kein Entweder – Oder. Für mich haben originäre Pflegetätigkeiten und die Durchführung von Blutentnahmen, Infusionen etc. den gleichen Stellenwert.“ 4. Pflegeperson B: „Ich könnte mir durchaus vorstellen, als Pflegenden noch weitere Aufgaben zu übernehmen, die momentan noch dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind.“ 5. Pflegeperson A: „Ich würde mich stattdessen lieber vermehrt um die Information, Schulung und Beratung von Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten kümmern.“
Statements zum Thema „Anerkennung“
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeperson A: „Mir ist am wichtigsten, dass die Patienten mit meiner Arbeit zufrieden sind. Darauf kommt es an. Dann weiß ich, dass ich den richtigen Beruf gewählt habe. Auch wenn Angehörige mich loben, freut mich das sehr.“ 2. Pflegeperson B: „Ich freue mich am meisten über ein Lob meiner Vorgesetzten in der Pflege, z. B. unserer Stationsleitung oder der Pflegedienstleitung. Sie beurteilen ja eher meine fachliche Kompetenz und die ist mir sehr wichtig.“ 3. Pflegeperson C: „In Sachen fachliche Kompetenz freue ich mich am meisten über die Anerkennung durch die Ärzte. Sie tragen die Gesamtverantwortung für den Patienten.“ 4. Auszubildende: „Am wichtigsten ist mir, dass meine Lehrer und Praxisanleiter/Berufsbildner mit meiner Arbeit zufrieden sind. Sie wissen, wie es richtig ist, und ich möchte es richtig machen.“ 5. Pflegeperson A: „Ich muss noch ergänzen, dass auch die Anerkennung meines Berufs durch die Gesellschaft meine berufliche Zufriedenheit beeinflusst.“
Statements zum Thema „Orientierung pflegerischer Tätigkeit“
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeperson A: „Ich finde, Pflege sollte sich vorrangig an Symptomen, Diagnostik und Therapie des Patienten orientieren. Das ist das, was dem Patienten wichtig ist – der Patient liegt bei uns im Krankenhaus/Spital, weil er krank ist.“ 2. Pflegeperson B: „Nein, das sehe ich anders. Pflege sollte sich vorrangig an dem orientieren, was die Krankheit für den Patienten bedeutet. Nur dann sehe ich den ganzen Menschen mit seinen Bedürfnissen.“ 3. Pflegeperson A: „Eigentlich möchte ich das gar nicht. Da komme ich dem Patienten emotional sehr nahe und sehe Probleme mit dem Einhalten meiner professionellen Distanz. Pflegenden sollten dem Patienten gefühlsmäßig eher neutral gegenüberstehen.“ 4. Pflegeperson B: „Das finde ich nicht. Pflegenden sollten ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten haben. Zuwendung, Zuneigung und Vertrauen spielen in der Pflege eine wichtige Rolle.“ 5. Pflegeperson A: „Für mich müssen Patienten in erster Linie darauf vertrauen können, dass ihre Pflege auf der Grundlage fachlich abgesicherter Vorgaben (z. B. ...) ausgeführt wird. Patienten haben einen Anspruch auf Pflege, die auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft beruht.“ 6. Pflegeperson B: „Wissenschaftliche Erkenntnisse sind wichtig, aber wenn sie nicht den Bedürfnissen des Patienten entsprechen, sind sie zweitrangig.“

Abb. 14: Statements zu beruflichem Selbstverständnis und Pflegeverständnis

Die Fragen zum Thema Helfersyndrom wurden ebenfalls indirekt unter dem Punkt „Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“ erfragt.

Da die Fragen zwar etwas heikel waren, gleichzeitig das Lesen der Stellungnahmen aber erhöhte Konzentration erforderte, stellte sich die Frage, wo sie im Fragebogen am besten zu platzieren seien (vgl. Scholl 2009, 175). Es war nicht davon auszugehen, dass die Kontextfragen zu einem Abbruch der Befragung hätten führen können; um Ermüdungseffekten bei der Beantwortung vorzubeugen, wurden sie daher im ersten Drittel des Fragebogens eingesetzt.

4.3.3 Skalierung des Fragebogens

Die Commitment-Skala von HEINEMANN und RAUNER enthält überwiegend eine fünfstufige, unipolar formulierte Ratingskala mit den Antwortoptionen „trifft (stimme) überhaupt nicht zu“ – „trifft (stimme) eher nicht zu“ – „trifft (stimme) teilweise zu“ – „trifft (stimme) eher zu“ – „trifft (stimme) vollkommen zu“.

Diese Skalierung wurde für den gesamten Fragebogen beibehalten, da sie zur Erhebung von Einstellungen, Meinungen und Präferenzen geeignet ist. Eine 5er-Skalierung ermöglicht eine ausreichend präzise Antwortdifferenzierung, ohne dass die Ergebnisse durch zu viele Antwortoptionen ungenau werden (vgl. Scholl 2009, 167 u. Porst 2009, 92). Davon abgesehen hätte eine Veränderung der Skala die Vergleichbarkeit der Antworten mit anderen Berufsgruppen erschwert. Gerade die mittlere Antwortoption „trifft teilweise zu“ ist für Auszubildende, die ihren praktischen Einsatzort häufig wechseln müssen, eine sehr wichtige – sie erleben in der Praxis, abhängig vom jeweiligen Einsatzort, eben sehr unterschiedliche Dinge.

Da es sich bei den gestellten Fragen um reine Einstellungsfragen, nicht aber um Wissensfragen handelt, wurde auf eine Ausweichkategorie wie „weiß nicht“ verzichtet. Denn mit einer solchen wäre zu befürchten, so FAULBAUM, PRÜFER U. REXROTH (vgl. 2009, 180), in Anlehnung an KROSNICK u.a. (2002), dass wenig motivierte Teilnehmer diese häufig nutzen würden. Ihre Antworten gingen damit für eine Auswertung verloren.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden darüber hinaus im Instruktionstext aufgefordert, die Beantwortung von Fragen, zu denen sie tatsächlich keine Meinung haben, auszulassen, anstatt die Mitte zu wählen.

4.3.4 Pretest

Zur Überprüfung der pflegespezifischen Kontextfragen, aber auch der Originalfragen in einem anderen als im bisher untersuchten Berufsfeld, wurde im Januar 2011 ein Pretest durchgeführt. Als Probanden wurden zwei Ausbildungskur-

se unterschiedlicher Jahrgänge mit insgesamt 44 Personen ausgewählt, die sich zu diesem Zeitpunkt im Blockunterricht befanden und erst im Sommer 2011 zur Hauptuntersuchung – also mit größtmöglichem zeitlichem Abstand zum Pretest – erneut befragt wurden. Um die Fragen auch von Absolventen überprüfen zu lassen, konnten zehn Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gewonnen werden, die aufgrund ihres Abschlussjahrganges für die Hauptuntersuchung nicht infrage kamen.

Eine Lehrerkollegin aus der Schweiz überprüfte darüber hinaus die Verständlichkeit der Fragen für die Schweizer Studierenden. Es stellte sich heraus, dass der Sprachgebrauch in der Schweiz vom deutschen zum Teil abweicht. Einige Fragen mussten daher dem Schweizer Sprachgebrauch entsprechend leicht umformuliert werden.

Die Auswertung des Pretests erfolgte entsprechend der Empfehlungen von KURZ, PRÜFER und REXROTH (1999), die in Anlehnung an CONVERSE und PRESSER (1986) folgende Aspekte für relevant halten (Kurz/Prüfer/Rexroth 1999, 85):

- „Verständlichkeit der Fragen
- Probleme der Befragten mit ihrer Aufgabe
- Interesse und Aufmerksamkeit der Befragten bei einzelnen Fragen
- Interesse und Aufmerksamkeit der Befragten während des gesamten Interviews
- Wohlbefinden der Befragten (respondent well-being)
- Häufigkeitsverteilung der Antworten
- Reihenfolge der Fragen/unerwünschte Kontexteffekte
- Probleme der Interviewer mit Fragebogen/Befragungshilfen
- Zeitdauer der Befragung“

Eine zentrale Bedeutung haben hierbei, so KURZ, PRÜFER und REXROTH (1999), das Frageverständnis und etwaige Schwierigkeiten beim Beantworten der Fragen (ebd., 85):

„Nur Fragen, die von den Befragten so verstanden werden, wie vom Forscher beabsichtigt, und zu deren Beantwortung die Befragten in der Lage sind, können zu validen Messungen führen.“

Der Originalfragebogen war bereits an über 1.500 Probanden erprobt worden, und es war davon auszugehen, dass Probleme mit der Verständlichkeit bereits

behothen worden waren. Dennoch unterscheidet sich der Sprachgebrauch in technischen, gewerblichen und kaufmännischen Berufen vom Sprachgebrauch im Gesundheitsbereich, so dass hier potenzielle Probleme vorab identifiziert werden mussten. Im Zentrum des Interesses standen ferner die neuen Kontextfragen.

Deshalb wurde zunächst der gesamte Fragebogen von einer Gruppe Auszubildender mithilfe der „Paraphrasing“-Methode überprüft. Die Befragten mussten hierbei den Fragetext eigenen Worten wiedergeben. Dies ergibt v. a. bei langen und schwierigen Texten Sinn (vgl. Faulbaum/Prüfer/Rexroth 2009, 97–98); somit eignet sich das „Paraphrasing“ auch zur Überprüfung der dialogisch formulierten Kontextfragen. Tatsächlich konnten so mehrere Fragen für die Auszubildenden präzisiert werden.

Das Interesse und die Aufmerksamkeit der teilnehmenden Personen wurden während der Befragung aller drei Gruppen beobachtet. Sowohl die Auszubildenden als auch die Absolventen füllten den Fragebogen konzentriert und ohne Nebengespräche oder Unterbrechungen aus. Einige bekundeten ihr Interesse an den Forschungsergebnissen und äußerten Freude darüber, an der Verbesserung des Fragebogens und an der Hauptuntersuchung mitwirken zu dürfen. Das Ausfüllen der Fragebögen im Pretest dauerte bei den Auszubildenden zwischen 20 und 30 Minuten, die Absolventen benötigten für ihre etwas kürzere Version ca. 15 Minuten. Es zeigte sich, dass die Teilnehmenden die Aufforderung im Instruktionstext gelesen und umgesetzt hatten – einige wenige Personen hatten einzelne Fragen ausgelassen, weil sie hierzu keine Meinung hatten.

Da die Befragung primär¹³⁰ online durchgeführt wurde, musste zudem sichergestellt sein, dass alle Teilnehmenden auch in ihrem häuslichen Umfeld über die notwendigen technischen Voraussetzungen verfügten. Mit ergänzenden Hinweisen im Instruktionstext konnte auch das sichergestellt werden.

Tab. 1: Reliabilität Pretest

Skala	N	Anzahl der Items	Cronbachs Alpha
Berufliche Identität	= 43	6	,694
Berufliches Engagement	= 41	6	,793
Betriebliches Engagement	= 37	6	,835
Arbeitsmoral	= 44	3	,371

¹³⁰ Die Pflegenden mit mehr als 20-jähriger Berufserfahrung wurden aus organisatorischen Gründen nicht online, sondern mithilfe einer Printversion schriftlich befragt.

Weiterhin wurde die interne Konsistenz der Skalen zu beruflicher Identität, berufsbezogenem Engagement, betriebsbezogenem Engagement sowie zur Arbeitsmoral mit Cronbachs Alpha¹³¹ überprüft, um zu testen, ob sich die hohen Werte aus der Befragung der Auszubildenden anderer Berufsgruppen auch in der Gesundheits- und Krankenpflege widerspiegeln. Die Ergebnisse für Engagement und berufliche Identität lagen im positiven Bereich (*Tabelle 1*), wenn auch bei der Skala Berufliche Identität nur knapp. Bei der nur drei Items umfassenden Skala zur Arbeitsmoral konnte vorerst keine interne Konsistenz festgestellt werden.

Um zu ermitteln, ob die Kontextfragen bei erneuter Befragung derselben Personen das gleiche Ergebnis zeigen, wurde zum Schluss der Pretests eine der beiden Gruppen Auszubildender zwei Wochen nach der ersten Befragung ein zweites Mal gebeten, die Kontextfragen zu beantworten. Die neu erstellten Häufigkeitsverteilungen zeigten in der Tendenz gleiche Ergebnisse; lediglich kamen einige Auszubildende zu eindeutigeren Aussagen, d. h. es wurde weniger im mittleren Bereich angekreuzt. Als Gründe nannten die Befragten, dass nach dem ersten Ausfüllen des Fragebogens intensiv in der Gruppe über die Themen diskutiert wurde, was zu klareren Einstellungen geführt hatte. Dies darf als weiterer Hinweis auf das hohe Interesse gelten, welches die Befragten der Studie entgegen brachten.

4.3.5 Datenerhebung

Die Gesamtuntersuchung fand in zwei Phasen statt: In der ersten Phase erfolgte die quantitative Untersuchung der Auszubildenden, Gesundheits- und Krankenpflegenden mit ein- bis dreijähriger Berufserfahrung und der Schweizer Studierenden.

Die zweite Untersuchungsphase umfasste die schriftliche Befragung der Pflegenden mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung und die sich an die Auswertung anschließende Gruppendiskussion.

Online-Befragung

Die Daten der ersten Untersuchungsphase wurden mithilfe eines Online-Fragebogens erhoben¹³². Online-Fragebögen haben den Vorteil, dass es nicht zu

131 Cronbachs Alpha (α) ist ein Koeffizient, welcher zur Bestimmung der internen Konsistenz eines Erhebungsverfahrens berechnet werden kann. Formal entspricht α der mittleren Testhalbierungs-Reliabilität eines Tests für alle möglichen Testhalbierungen. Je mehr Items ein Test enthält, desto größer wird α (vgl. Bortz/Döring 2005, 198).

132 Die Vorlage des Online-Fragebogens für Auszubildende, Studierende und Absolventen befindet sich im Anhang.

Fehlern bei der Datenübertragung kommt; zudem sind die Ergebnisse problemlos in statistische Auswertungsprogramme zu übertragen.

Im Rahmen der Vorgespräche mit Schulleitern bzw. Pflegedirektoren wurde abgeklärt, dass den Auszubildenden die schuleigenen Internetzugänge für die Beantwortung der Fragebögen zur Verfügung stehen. Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde nachgefragt, ob sie privat über einen Internetzugang verfügen; wenn nicht, wurde ihnen alternativ die Printversion angeboten. Von diesem Angebot machte jedoch niemand Gebrauch. Alle Teilnehmer erhielten mithilfe einer Identifikationsnummer Zugang zum Online-Fragebogen. Die Berufsangehörigen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung wurden mithilfe der Printversion des Online-Fragebogens befragt.

Die Befragung von drei unterschiedlichen Personengruppen erforderte Filtervariablen, um die Teilnehmer zu den für ihre Zielgruppe relevanten Fragen zu leiten. Technische Probleme bei der Datenerhebung wurden in keinem Fall rückgemeldet. Durch einen Fehler in der Datenbank wurden jedoch die Antworten zum Schulabschluss der Eltern nicht erfasst; daher konnten diese Informationen später auch nicht ausgewertet werden.

Befragungszeitraum der quantitativen Untersuchung

Aufgrund der primären Fragestellung ergaben sich zunächst vier Befragungszeitpunkte:

1. ca. ein halbes Jahr nach Beginn der Ausbildung, d. h. nach dem ersten Praxiseinsatz¹³³
2. in der Mitte der Ausbildung nach ca. eineinhalb Jahren
3. vor Abschluss der Ausbildung nach drei Jahren
4. ein bis drei Jahre nach Ausbildungsabschluss

Tab. 2: Befragungszeitraum Auszubildende

	Gruppe 1 Ausbildungsbeginn		Gruppe 2 Ausbildungsmitte		Gruppe 3 Ausbildungsende		
Ausbildungsbeginn	01.04. 2011	01.10. 2010	01.04. 2010	01.10. 2009	01.04. 2009	01.10. 2008	01.08. 2008
Befragungszeitraum	08/2011	02–03/ 2011	08/2011	02–03/ 2011	08/2011		02–03/ 2011

¹³³ Die Ausbildung ist blockweise organisiert, Theorie- und Praxisphasen wechseln einander ab.

Durch die von der deutschen Ausbildung abweichende Struktur des sechsemestrigen Pflegestudiums wurden die Schweizer Studierenden wie folgt erfasst:

1. zu Beginn des zweiten Semesters
2. zu Beginn des vierten Semesters
3. zu Beginn des sechsten Semesters

Die Online-Befragungen fanden im Zeitraum zwischen Februar und August 2011 statt.

Da die involvierten Schulen jeweils im April und September mit der Ausbildung beginnen, wurde die erste Hälfte der Auszubildenden im Zeitraum Februar/März, die zweite Hälfte im August befragt (*Tabelle 2*). Die Befragung der Schweizer Studierenden erfolgte im Februar 2011, die der Absolventen im April 2011. Im Februar 2012 fand die schriftliche Befragung der Pflegenden mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung statt, die sich anschließende Gruppendiskussion folgte im Mai 2012.

Die Prozedere der Befragung wurden mit jeder Einrichtung im persönlichen Gespräch mit Pflegedirektoren und Schulleitern (an der FHS St. Gallen mit der Leiterin des Bachelorstudiengangs) unter Miteinbeziehung der Mitarbeitervertretungen der Krankenhäuser sowie der Gesamt-Mitarbeitervertretung aller Einrichtungen der BBT-Gruppe abgestimmt. Auf diese Weise kamen einrichtungsabhängig unterschiedliche Vorgehensweisen zustande, die jeweils Einfluss auf die Rücklaufquote hatten.

Rücklauf

An der Befragung nahmen fünf Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege teil, fünf Krankenhäuser und die FHS St. Gallen teil.

Auszubildende

In vier der fünf Schulen füllten die Auszubildenden die Fragebögen während ihrer Unterrichtszeit aus. Diese Herangehensweise führte zu einem Rücklauf von 90–100 %, denn es fehlten lediglich die Schüler, die am Befragungstag abwesend waren. In einer Schule hingegen wurden die Fragebögen während der Freizeit der Schüler ausgefüllt. Hier lag der Rücklauf bei 40 %.

Von 577 angefragten Auszubildenden schlossen 467 Personen ihren Fragebogen ab; das entspricht einem Rücklauf von 81 %.

Studierende FHS St. Gallen

An der Fachhochschule St. Gallen ergab sich die Gelegenheit, den anwesenden Studierenden aller Semestergruppen das Forschungsprojekt persönlich vorzustellen. Im Anschluss daran stand den Studierenden Zeit zur Verfügung, die Fragebögen sofort auszufüllen. Die an diesem Tag nicht anwesenden Studentinnen und Studenten erhielten das Anschreiben sowie die Bitte zur Teilnahme von der Leiterin des Studiengangs per E-Mail. Diese Studierenden wurden vier Wochen später noch einmal per E-Mail an die Befragung erinnert. Das führte zu einem Rücklauf von 55 %, d. h. von insgesamt 66 Studierenden nahmen 36 Personen an der Befragung teil – im Wesentlichen waren dies die Personen, die am Tag der Information an der FHS anwesend gewesen waren.

Absolventen mit ein- bis dreijähriger Berufserfahrung

An alle infrage kommenden Absolventen mit ein- bis dreijähriger Berufserfahrung wurden in zwei Krankenhäusern die Anschreiben durch die Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleiter überreicht. Dieses Vorgehen führte zu einem eher schwachen Rücklauf mit 22 % bzw. 44 %. In einem Krankenhaus schrieb der Pflegedirektor alle entsprechenden Absolventen drei Monate vor der Befragung an und erfragte ihre Zustimmung zur Herausgabe ihrer Namen und Anschriften. Diejenigen Personen, die sich einverstanden erklärt hatten, erhielten ihr Anschreiben dann direkt per Post von der Forscherin. Der Rücklauf betrug auf diese Weise 72 %. Die der Forscherin persönlich bekannten Absolventen in Koblenz und Montabaur wurden in ihren Tätigkeitsbereichen aufgesucht und erhielten dort Informationen zum Forschungsprojekt und das Anschreiben. Erwartungsgemäß war der Rücklauf auf diese Weise mit 94 % am höchsten. Alle Teilnehmenden erhielten darüber hinaus auf dem Postweg oder durch persönliche Übergabe ca. vier Wochen nach dem Erstanschreiben ein Erinnerungsschreiben. Insgesamt schlossen von 168 infrage kommenden Absolventinnen und Absolventen 113 Personen den Fragebogen ab – dies entspricht einem Rücklauf von 67 %.

Pflegende mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung

Um eine Gruppendiskussion organisatorisch zu ermöglichen, war es notwendig, Berufsangehörige aus *einem* Krankenhaus der BBT-Gruppe für die Untersuchung zu gewinnen. Die ursprünglich geplante Vorgehensweise sah vor, zehn Personen schriftlich zu befragen und aus dieser Personengruppe dann acht Personen für die Gruppendiskussion zu rekrutieren (siehe Kap. 4.4.3).

Die betreffenden zehn Personen wurden von der Forscherin persönlich angesprochen, über das Forschungsvorhaben – insbesondere auch bereits über das ca. zwei Monate später geplante Prozedere der Gruppendiskussion – ausführlich informiert und angefragt, ob sie zur Teilnahme bereit seien. Alle angefragten Pflegepersonen erklärten sich einverstanden, an der schriftlichen

Befragung sowie – falls terminlich möglich – an der Gruppendiskussion teilzunehmen. Die Fragebögen wurden mit einem beschrifteten Rückumschlag ausgegeben, um die Anonymität zu sichern. Innerhalb des vereinbarten Zeitfensters von zwei Wochen wurden alle zehn Fragebögen vollständig zurück gesandt.

Im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Rücklaufquote insgesamt zwar als zufriedenstellend einzuordnen ist, das Zustandekommen der Befragungsgruppen und mögliche Verzerrungen jedoch mitberücksichtigt werden müssen. So ist z. B. nicht zu klären, aus welchen Gründen sich 33 % der angefragten Absolventen und 30 Studierende nicht an der Befragung beteiligt haben. Das Ergebnis des Pretests lässt darauf schließen, dass inhaltliche Gründe des Fragebogens vermutlich nicht ausschlaggebend waren. Möglicherweise hat bei den Absolventen ein gering ausgeprägtes betriebliches Engagement zu der Entscheidung geführt, nicht teilzunehmen – die Ergebnisse der Einrichtungen mit geringem Rücklauf müssen daher sehr vorsichtig interpretiert werden.

4.3.6 Datenaufbereitung

In die Auswertung wurden alle Fragebögen aufgenommen, die ordnungsgemäß abgeschlossen worden waren. Die Daten der schriftlichen Befragung wurden manuell in die Auswertungssoftware eingegeben. Das Datenmaterial wurde mit der Statistiksoftware SPSS 18 PASW Statistics bzw. IBM SPSS Statistics ausgewertet.

Im ersten Schritt wurde eine Analyse der fehlenden Werte („Missings“) durchgeführt. Der Einschätzung der *Missings* wurden die Faustregeln von ROST (2007) zugrunde gelegt, die besagen, dass Items mit über 15 % *Missings* von der Auswertung ausgeschlossen werden sollten; gleichzeitig sollten Probanden, die mehr als 20 % der Fragen nicht beantwortet haben, ebenfalls nicht in die Auswertungen mit einbezogen werden (vgl. ebd., 175). Es zeigte sich, dass bei keiner Variablen mehr als 10 % fehlende Werte zu verzeichnen waren; in der überwiegenden Anzahl der Variablen lag die Anzahl fehlender Werte unter 1 %. Es wurde daher keine Variable aus der Untersuchung ausgeschlossen. Auch gab es keine Fälle, bei denen mehr als 20 % Antworten fehlten, so dass alle Datensätze in der Auswertung verblieben.

Da es ein Ziel der Arbeit war, die erhobenen Daten aus der Gesundheits- und Krankenpflege mit den Ergebnissen der Bremerhaven-Studie, d. h. den Daten aus dem dualen Berufsbildungssystem, zu vergleichen, wurde der weitere Umgang mit fehlenden Werten dem Verfahren der Bremerhaven-Studie angepasst. Entsprechend wurden lediglich in den Items, aus denen die Skalensummen „Berufliche Identität“, „Berufliches Engagement“, „Betriebliches

Engagement“ und „Arbeitsmoral“ berechnet wurden, fehlende Werte ersetzt. Als Imputationsverfahren wurde das in SPSS als „Median aller Nachbarwerte“ bezeichnete Verfahren verwendet, d. h., es wurde der Median der Gesamtstichprobe zum jeweiligen Item bestimmt und der Wert dann manuell eingesetzt. Das Problem dieses Imputationsverfahrens, über eine Verringerung der Varianz die Ergebnisse zu verzerren, ist aufgrund der geringen Anzahl ergänzter Werte nicht relevant.¹³⁴ Datensätze mit mehr als zwei fehlenden Werten in den Skalen zu beruflichem Engagement, betrieblichem Engagement und zur beruflichen Identität wurden nicht ergänzt; sie fallen somit aus der Auswertung heraus. Bei der nur drei Items umfassenden Skala Arbeitsmoral führte mehr als ein fehlender Wert zum Ausschluss aus der Summenberechnung. Die Probanden waren im Einführungstext explizit aufgefordert worden, bei fehlender Meinung zu einer Frage die Beantwortung dieser offen zu lassen; demzufolge wurde auf weitere Imputationen verzichtet.

Mithilfe von Boxplotdiagrammen der Skalensummen wurde ein Datensatz (Absolvent) mit Extremwerten identifiziert. Die Ansicht des Datensatzes ließ darauf schließen, dass der Fragebogen nicht ernsthaft beantwortet worden war – alle Kreuze fanden sich durchweg im ganz negativen Bereich, auch die der Kontrollfragen. Dieser Datensatz wurde aus der Auswertung ausgeschlossen. Alle anderen Datensätze, auch die mit Ausreißer-Werten, wurden nach differenzierter Betrachtung des Antwortverhaltens der Probanden belassen, denn es ist davon auszugehen, dass auch diese Einstellungen der Realität entsprechen. Sie können sowohl durch individuelle Ansichten oder durch aktuelle Erfahrungen (z. B. Ärger am Arbeitsplatz) des Probanden geprägt sein. Es könnte auch durchaus sein, dass die Angaben zu einem anderen Zeitpunkt anders ausfallen würden, aber dies lässt sich bei dieser Art der Befragung nicht eruieren. Ausreißer-Werte prinzipiell zu entfernen, würde daher die Ergebnisse und die Darstellung der Realität verzerren (vgl. Akremi/Baur/Fromm 2011, 158).

Um das Informationspotenzial der vorliegenden Daten auszuschöpfen, wurden die ordinalskalierten Daten in der Auswertung wie intervallskalierte Daten behandelt – eine Vorgehensweise, die kontrovers diskutiert wird. AKREMI, BAUR und FROMM (vgl. 2011, 214) gehen mit Bezug auf SCHULZE (2000) davon aus, dass das Fehlerrisiko, wenn man ordinalskalierte Daten interpretiert wie metrische Daten, aber sehr gering ist. Gleichzeitig empfehlen die Autorinnen jedoch, die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren und bei Resultaten, die im deutlichen Widerspruch zu vorhandenem Wissen über den Gegenstandsbe-
reich stehen, kritisch die Datenanalyse zu hinterfragen (vgl. ebd., 220). Die Ergebnisse der zur Ergänzung und Vertiefung durchgeführten Gruppendiskussi-

¹³⁴ Insgesamt wurden sieben Datensätze durch Imputation ergänzt und die unvollständigen Skalen in vier Datensätzen von den Berechnungen ausgeschlossen.

on geben darüber hinaus wichtige Hinweise zur Interpretation der ermittelten Daten.

Aufgrund der Vielzahl der insgesamt 332 Variablen, die – um die Forschungsfragen zu beantworten – gleichzeitig betrachtet werden mussten, wurden im ersten Schritt für mehrere Variablenblöcke Faktoren gebildet. Der Begriff *Faktor* bezieht sich dabei immer auf eine Gruppe von Items. Für jeden der angeführten Faktoren wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Es wurden nur solche Faktoren in die Analyse einbezogen, die sich nach aktuellen psychometrischen Standards sowie inhaltlichen Erwägungen dafür eigneten. Zur Beurteilung, ob die Daten für eine Faktorenanalyse geeignet sind, wurden der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient (KMO-Koeffizient) und der Bartlett-Test auf Sphärizität berücksichtigt. Das KMO-Maß beruht auf den sog. MSA-Werten (measure of sampling adequacy) und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Der Bartlett-Test testet die Nullhypothese, dass alle Korrelationen gleich Null sind, und ist abhängig von der Stichprobengröße (vgl. Schendera 2010, 263).

Für die Beurteilung der Höhe des KMO-Koeffizienten existieren die folgenden Richtwerte (vgl. Kaiser und Rice 1974, 112):

- $MSA \geq 0,9$ marvelous
- $MSA \geq 0,8$ meritorious
- $MSA \geq 0,7$ middling
- $MSA \geq 0,6$ mediocre
- $MSA \geq 0,5$ miserable
- $MSA < 0,5$ unacceptable

Die entsprechenden Werte für die angeführten Faktoren befinden sich in *Tabelle a*¹³⁵.

Für die näher analysierten Faktoren fiel der Bartlett-Test stets signifikant aus, entsprechend lagen für jeden der berechneten Faktoren substantielle Korrelationen vor. Im Zuge der durchgeführten Faktorenanalysen kam es ausschließlich zu eindeutigen Faktorenstrukturen. Ein eindeutiges Ergebnis bedeutet eine klare Faktorstruktur, möglichst wenige Items, die auf mehr als einen Faktor laden und Itemladungen über ,3 (vgl. Costello/Osborne 2005, 3). Diese Bedingungen waren in allen Fällen erfüllt. Beispielhaft wird hier der Faktor Lernortkooperation (*Tabelle 3*) dargestellt: Der KMO-Koeffizient indiziert mit ,852, dass sich die Daten für eine Faktorenanalyse geeignet sind. Je nach Ladungshöhe kann die-

¹³⁵ Die Tabellen a–v sind auf Anfrage als PDF-Datei bei der Autorin erhältlich.

ser Tabelle entnommen werden, inwieweit die Items etwas Ähnliches messen: Alle Items laden hoch auf einem Faktor.

Tab. 3: Komponentenmatrix Faktor Lernortkooperation

Komponentenmatrix „Lernortkooperation“	
	Komponente
Meine Praxiseinsatzorte und die Schule stimmen die Ausbildung miteinander ab.	,670
Zwischen dem Krankenhaus und der Schule werden gemeinsame Projekte durchgeführt.	,665
Das Krankenhaus ist mit der Arbeit der Schule zufrieden.	,606
Die Schule ist mit der Ausbildung in der Praxis zufrieden.	,630
Die Tätigkeiten, die ich in der Praxis durchführe, werden in der Schule behandelt.	,699
Das Lernen in der Schule und das Lernen in der Praxis passen gut zusammen.	,758
Der Unterricht orientiert sich an dem, was ich in der Praxis können muss.	,692
<i>Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse Rotationsmethode: Promax mit Kaiser-Normalisierung 1 Komponente extrahiert</i>	<i>KMO-Maß: ,852</i>

4.4 Qualitative Untersuchung

Im Sinne einer Methodentriangulation war von Beginn der Forschungsarbeit an eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden vorgesehen.

Standardisierte Erhebungsinstrumente wie Fragebögen können die Bandbreite persönlicher Einstellungen und Meinungen niemals vollständig erfassen. Eine im Anschluss an die schriftliche Erhebung durchgeführte mündliche Befragung ermöglicht eine vertiefte Erkenntnis über die bis dahin ermittelten Ergebnisse, Ergänzungen und möglicherweise auch Modifikationen derselben. Zu diesem Zweck erfolgte eine qualitative Vertiefung der vorab gewonnenen Ergebnisse. LAMNEK (2005, 75) weist auf folgende wichtige Einschränkung hierzu hin:

„Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass auch eine Übereinstimmung der Befunde aus verschiedenen Erhebungsverfahren rein logisch noch keinen Wahrheitsbeweis darstellt, obgleich konsistente Befunde sicher ‚wahrheitsähnlicher‘ sein werden“¹³⁶.

136 Hervorhebungen im Original

Dem stimmen auch LOOS und SCHÄFFER (vgl. 2001, 73) zu, die betonen, eine Triangulation verfolge nicht das Ziel der Erhöhung der Validität, sondern der Ergänzung der Perspektiven. SCHULZ (1977) gibt als weitere Chancen, welche eine qualitative Vertiefung quantitativer Ergebnisse bietet, die Überprüfung der Plausibilität statistisch gesicherter Zusammenhänge, die Ergänzung unklar gebliebener Themenkreise, Nachexploration und Erhärtung induktiv gefundener statistischer Zusammenhänge, Hilfe bei der Interpretation der Richtung von Kausalität sowie die Auswahl von Variablen für die Erstellung von Typologien an (vgl. ebd., 65–66) an.

Die Vorgehensweise, die Probanden zuerst mithilfe des Fragebogens schriftlich zu befragen und anschließend zu interviewen, wurde gewählt, um diese Möglichkeiten optimal nutzen zu können. Design und konkrete Fragestellung der qualitativen Untersuchung wurden erst nach Vorliegen der Ergebnisse der quantitativen Untersuchung festgelegt.

4.4.1 Erkenntnisinteresse der qualitativen Untersuchung

Nach Auswertung der Fragebögen zeigte sich in Bezug auf den Verlauf der Identitätsentwicklung ein Anstieg der Mittelwerte sowohl in der beruflichen Identität als auch im beruflichen Engagement und – am stärksten ausgeprägt – im betrieblichen Engagement in der Gruppe der Absolventen mit einem bis drei Jahren Berufserfahrung.

Dieses Ergebnis, welches zunächst sowohl die Einschätzungen von KIRPAL (2003) als auch von WERNER (1997) stützt, führte zu der Frage, wie sich die Entwicklung dieser Faktoren im Laufe des Berufslebens weiter verändert. Antworten auf diese Frage können nur langjährige Berufsangehörige geben. Insbesondere auch die These GAMBINO (2010), dass das Alter einer der wichtigsten Prädiktoren für den Verbleib in der Einrichtung ist, führte zu der Entscheidung, kontrastierend zu den vorhergehend Befragten, Pflegepersonen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung zu interviewen.

Das Ziel des zweiten Teils der Untersuchung war eine Vertiefung der bisher gewonnenen Erkenntnisse. Dementsprechend blieben die Ausgangsfragestellungen bestehen; nach ...

- der **Ausprägung** von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral,
- der **Entwicklung** von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral sowie
- den **Einflussfaktoren**, die auf die Ausprägung und Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral einwirken.

Die Frage nach der Ausprägung konnte bereits nach Auswertung der zehn Fragebögen in der Tendenz beantwortet werden: Berufliches und betriebliches Engagement stiegen weiter an, die berufliche Identität war im Vergleich zur Gruppe „ein bis drei Jahre im Beruf“ wieder leicht abgesunken, lag jedoch immer noch höher als in der Gruppe „Ausbildungsabschluss“ (Abbildung 22). Somit lag der Fokus des qualitativen Ansatzes auf den Einflussfaktoren, welche auf die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement einwirken.

4.4.2 Gruppendiskussion

Dem qualitativen Teil der vorliegenden Forschungsarbeit liegt eine Gruppendiskussion zugrunde. Eine Gruppendiskussion ist „ein *Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema* unter der Anleitung eines *Moderators* unter ‚*Labor-Bedingungen*‘¹³⁷“ (Lamnek 2005, 35). LAMNEK weist darauf hin, dass hinsichtlich der Terminologie weder Einigkeit noch Einheitlichkeit in den Vorstellungsinhalten, die mit dem Begriff Gruppendiskussion verbunden werden, existieren (vgl. ebd., 26). Dennoch können Unterschiede zwischen der Gruppendiskussion und anderen Interviewverfahren identifiziert werden: Bei der Gruppendiskussion werden, im Gegensatz zu anderen Verfahren, Argumente und Meinungen diskursiv ausgetauscht und möglicherweise innerhalb der Diskussion auch modifiziert (vgl. ebd., 35). Dies ist bei anderen Interviewformen nicht der Fall. Gruppendiskussionen können als eigenständige Forschungsmethode wie auch als gleichwertiges komplementäres Erhebungsverfahren im Rahmen einer Methodentriangulation eingesetzt werden, sowohl in der quantitativen – hier für explorative, illustrative oder plausibilisierende Zwecke – als auch in der qualitativen Forschung. Der Schwerpunkt ihrer Anwendung liegt jedoch im qualitativen Paradigma (vgl. ebd., 25).

Prinzipiell können mit der Methode Gruppendiskussion verschiedene Erkenntnisabsichten verfolgt werden. Neben der Ermittlung der Einstellungen und Meinungen einzelner Diskutanten ist es ebenfalls möglich, die Meinungen einer ganzen Gruppe, öffentliche Meinungen, gruppenspezifische Verhaltensweisen sowie Gruppenprozesse zu erfassen. LAMNEK (2005) stellt zwei Erkenntnisabsichten der Gruppendiskussion gegenüber: die ermittelnde und die vermittelnde Form. Im Gegensatz zu ermittelnden Interviews, bei denen die Erfassung von Aussagen der Befragten im Vordergrund steht, geht es bei vermittelnden Interviews darum, bei den Interviewpartnern Verhaltensänderungen zu erwirken (vgl. ebd., 29–31).

Für die qualitative Vertiefung der bisherigen Forschungsergebnisse wären als Alternative zur Gruppendiskussion auch Einzelinterviews denkbar gewesen. Die

137 Hervorhebungen im Original

Methode der Gruppendiskussion, bei der zwar in Anwesenheit des Forschers, jedoch vorwiegend selbstständig durch die Gruppe über die vorgegebene Thematik diskutiert wird, wurde für die Befragung der beschriebenen Personen-Gruppe in diesem Fall als vorteilhafter erachtet. Eine Gruppendiskussionssituation kommt relativ nah an eine alltägliche Gesprächssituation heran (vgl. ebd., 51) und bietet den Vorteil, dass – sofern es gelingt, eine entspannte Diskussionsatmosphäre herzustellen – die Teilnehmer sich gegenseitig zu offenen und ehrlichen Beiträgen zum Thema ermutigen, die in einer asymmetrischen Einzelinterviewsituation so möglicherweise nicht zustande kommen würden (vgl. ebd., 86 u. Dammer/Szymkowiak 2008, 38). Viele Einstellungen sind auch – so MAYRING (1993) – stark in soziale Situationen eingebunden und können daher auch am besten in sozialen Situationen wie Gruppengesprächen erhoben werden (vgl. ebd., 53).

Ein weiterer Beweggrund war die Menge des zu erwartenden Datenmaterials durch diese Art der Befragung. Die Anzahl der Äußerungen bei Gruppendiskussionen wird als deutlich höher als in Einzelinterviews eingeschätzt. So konstatieren DAMMER und SZYMKOWIAK (2008, 66):

„Wenn zehn Personen zusammen befragt werden, stellen sich andere Phänomene ein als in zehn Einzelexplorationen. Die Synergieeffekte von Gruppen sind in aller Munde: Sie versprechen einen spezifischen Erkenntnis-mehrwert, der mit keiner anderen Erhebungsform zu realisieren ist.“

So stand für die qualitative Untersuchung nur eine beschränkte Anzahl an Personen überhaupt zur Verfügung, da die Anzahl an Pflegepersonen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung, die nicht (ausschließlich) in Leitungsfunktionen, nicht ausschließlich im Nachtdienst und nicht in Funktionsbereichen tätig sind, innerhalb eines Krankenhauses begrenzt ist. All diese Argumente wurden als handlungsleitend in der Methodenwahl angesehen und führten zur Entscheidung für die Gruppendiskussion. Die von LAMNEK (vgl. 2005, 84–85) aufgeführten möglichen Nachteile im Vergleich zum Einzelinterview wie das Erfordernis einer hohen Kooperationsbereitschaft der Teilnehmer, höhere Ausfälle, Monopolisierung der Diskussion oder möglicherweise Abschweifungen vom Thema aufgrund inhaltlicher Kontroversen, wogen die erwarteten Vorteile nicht auf.

In der vorliegenden Forschungsarbeit ging es darum, die Einflussfaktoren auf die Entwicklung beruflicher Identität und die von beruflichem bzw. betrieblichem Engagement zu ermitteln. Ziel war es, die Einstellungen und Meinungen der einzelnen Diskutanten hierzu in einem möglichst breiten Spektrum – welches über die Fragebogenitems hinaus geht – zu erfassen und die Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer durch die Diskussionsform zum vertieften und

reflektierten Nachdenken über ihre persönliche Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement zu motivieren. Da dieser Prozess bei der zu befragenden Personengruppe mindestens seit 20 Jahren anhält, war zu erwarten, dass auch bereits ins Unterbewusste gerückte Überlegungen durch die Äußerungen der anderen Gruppenmitglieder wieder erinnert und verbalisiert werden konnten.

Zu beachten ist bei der Auswertung und Interpretation indessen, dass Einzelmeinungen – so LAMNEK unter Bezugnahme auf MORGAN (1997) – „immer im Kontext spezifischer Situationen entstehen und deshalb auch vor diesem situativen Hintergrund betrachtet und gedeutet werden müssen.“ (Lamnek 2005, 33).

4.4.3 Gruppenzusammenstellung

Allgemein wird unterschieden zwischen natürlichen Gruppen und sog. Ad-hoc-Gruppen. Natürliche Gruppen bestehen aus Personen, die auch in der sozialen Wirklichkeit eine Gruppe bilden. Beispiele hierfür sind Familien, Schulklassen oder Teams am Arbeitsplatz. Ad-hoc-Gruppen hingegen werden vom Forscher aufgrund der Fragestellung im Sinne eines *theoretical samplings* gezielt zusammengestellt. Des Weiteren können Gruppen entweder homogen oder heterogen zusammengesetzt sein. Homogene Gruppen sind Gruppen, bei denen sich die Mitglieder bezüglich eines als wichtig erachteten Merkmals, z. B. Geschlecht, formale Bildung, Familienstand, Hautfarbe etc. gleichen – die Mitglieder heterogener Gruppen dagegen unterscheiden sich in relevanten Merkmalen (vgl. Lamnek 2005, 107–109).

Für das hier intendierte Erkenntnisinteresse wurde eine Ad-hoc-Gruppe von Pflegenden verschiedener Stationen eines Krankenhauses der BBT-Gruppe zusammengestellt, die als gemeinsames Merkmal ihre mindestens 20-jährige Berufserfahrung nach ihrem Krankenpflegeexamen vorwiegend im Tagdienst auf Krankenstationen (also nicht in Funktionsabteilungen wie Operationsdienst, Endoskopie oder Ambulanzen) aufwiesen. Die Auswahl erfolgte auf diese Weise, weil davon auszugehen ist, dass sowohl die Arbeit in Funktionsbereichen als auch im Nachtdienst von den Organisationsstrukturen und Tätigkeiten im Stationsbetrieb abweicht. Daraus resultierende unterschiedliche Einstellungen sind somit auch nicht mit anderen Pflegepersonen vergleichbar. Das klassische Arbeitsumfeld, das auch während der Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege im Fokus steht, ist jedoch die Station.

Um ein möglichst charakteristisches Abbild der Pflegepersonen mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung zu gewinnen, wurde die Gruppe aus verschiedenen Fachbereichen, Vollzeit- und Teilzeitkräften sowie Pflegenden in Leitungsfunktionen und ohne Leitungsfunktionen zusammengesetzt. Damit jeder Ein-

zelle ausführlich seine Ansichten äußern konnte, niemand in der Anonymität einer zu großen Gruppe unterging, sich aber auch kein Teilnehmer ständig zu Äußerungen gezwungen fühlte, wurde eine Gruppengröße von acht Personen gewählt. Dies entspricht auch den Empfehlungen in der Literatur, wo die Spanne der empfohlenen Gruppengröße von drei bis 20 Diskutanten reicht (vgl. Lamnek 2005, 109–112 u. Mayring 1993, 54).

In der Gruppenzusammensetzung konnte sichergestellt werden, dass in keinem Fall zwei Beschäftigte einer Station, die in einem Unterstellungsverhältnis zueinander stehen, teilnehmen, um die notwendige Offenheit ohne Angst vor Sanktionen zu gewährleisten. Da alle Teilnehmer in einem Krankenhaus arbeiten, kannten sich die meisten Diskutantinnen untereinander zwar langjährig, aufgrund der Größe der Einrichtung in den meisten Fällen aber eher flüchtig. Zwei Personen hatten bereits gemeinsam ihre Berufsausbildung absolviert, was sich aber erst beim Diskussionstermin herausstellte und von beiden Teilnehmerinnen als völlig unproblematisch beurteilt wurde.

Die zehn potenziellen Teilnehmer wurden nach Auswertung der schriftlichen Befragung erneut persönlich angesprochen und angefragt, ob noch Interesse an einer weiteren Mitwirkung bestehe. Dies wurde von allen Personen bejaht. Danach erfolgte eine schriftliche Einladung (*Abbildung a*)¹³⁸. Aufgrund terminlicher Gründe (nicht zu tauschender Schichtdienst, Urlaub, Krankheit) gelang es nicht, die Diskussionsgruppe ausschließlich aus den Teilnehmenden der schriftlichen Befragung zusammenzustellen. Deshalb wurden kurzfristig drei weitere Personen, auf die die genannten Kriterien ebenfalls zutrafen, eingeladen. Auf diese Weise entstand eine Gruppe, die sich ausschließlich aus Frauen zusammensetzte. Alle acht Teilnehmerinnen, die vorab zugesagt hatten, erschienen pünktlich zum verabredeten Termin. An der Gruppendiskussion nahmen teil:

- Frau **A**: 29 Jahre Berufserfahrung in zahlreichen verschiedenen Arbeitsbereichen, Weiterbildung absolviert, jetzt als Stationsleitung in Vollzeitanzstellung auf einer Station mit vorwiegend onkologischen Patienten tätig,
- Frau **B**: 29 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Krankenhäusern, jetzt als Stationsleitung in Vollzeitanzstellung auf einer operativen Station tätig,
- Frau **C**: 26 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Bereichen und Krankenhäusern, Weiterbildung absolviert, jetzt in Vollzeitanzstellung auf einer internistischen Station tätig,

138 Die Abbildungen a–j sind auf Anfrage als PDF-Datei bei der Autorin erhältlich.

- Frau **D**: 34 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Fachbereichen, jetzt in Teilzeitanstellung auf einer operativen Station tätig,
- Frau **E**: 34 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Krankenhäusern und unterschiedlichen Fachbereichen, Weiterbildung absolviert, jetzt in Teilzeitanstellung auf einer nicht-operativen Station tätig,
- Frau **F**: 20 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Krankenhäusern und unterschiedlichen Fachbereichen, Weiterbildung absolviert, jetzt in Teilzeitanstellung auf einer operativen Station mit vorwiegend onkologischen Patienten tätig,
- Frau **G**: 20 Jahre Berufserfahrung in unterschiedlichen Fachbereichen, Weiterbildung absolviert, jetzt in Teilzeitanstellung auf einer operativen Station mit vorwiegend onkologischen Patienten tätig sowie
- Frau **H**: 20 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Fachbereichen, Weiterbildung absolviert, Leitungserfahrung, jetzt in Teilzeitanstellung tätig.¹³⁹

4.4.4 Durchführung der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion fand im Mai 2012 in den Räumlichkeiten einer der Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege innerhalb der Einrichtungen der BBT-Gruppe statt. Als Uhrzeit erwies sich 14.30 Uhr als geeignet; so konnten alle Teilnehmerinnen ohne Zeitdruck nach dem Frühdienst zur Veranstaltung gelangen. Die Diskussion dauerte ca. eineinhalb Stunden, anschließend wurde bei einem Imbiss der kollegiale Austausch in lockerer Atmosphäre noch eine Stunde lang fortgesetzt. Alle Teilnehmerinnen betonten, wie interessant das Gespräch gewesen sei und bekundeten großes Interesse an den weiteren Forschungsergebnissen.

Das Thema *Entwicklung beruflicher Identität* ist für Pflegepersonen aus der Praxis relativ abstrakt und erklärungsbedürftig. Um zu verhindern, dass individuelle Vorstellungen schon zu den Begrifflichkeiten die Antworten verzerren würden, schien es ratsam, die Teilnehmerinnen ausführlicher in die Thematik einzuführen und sie mit dem notwendigen Hintergrundwissen zunächst vertraut zu machen (vgl. Lamnek 2005, 101). Dies erfolgte mithilfe einer kurzen, visuell durch ein Plakat unterstützten, Präsentation. Die Erläuterung von Begriffen, die zu einem späteren Zeitpunkt erst angesprochen wurden (z. B. Pflegeverständnis und berufliches Selbstverständnis) erfolgte erst zu dem Zeitpunkt

139 Die Angabe des Tätigkeitsbereichs von Frau H. würde eine Identifikation der Teilnehmerin ermöglichen.

der Diskussion, als das Gespräch auf die jeweiligen Themen kam oder gelenkt wurde.

LAMNEK (2005) weist darauf hin, dass der Diskussionsleitfaden an das Erkenntnisinteresse des Forschers flexibel angepasst werden kann (vgl. ebd., 96). Ziel der Untersuchung war es, die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zu vertiefen. Mit dieser Prämisse wurde wie folgt vorgegangen: Um dem Prinzip der Selbstläufigkeit des Diskurses Rechnung zu tragen (vgl. ebd., 131) und über spontane Äußerungen die Einflussfaktoren auf Identitätsentwicklung zu erfassen, startete die Diskussion mit einer eher allgemein formulierten Frage:

„Können Sie sich erinnern, wie die Entwicklung Ihrer beruflichen Identität verlaufen ist und wovon diese Entwicklung beeinflusst wurde?“

Erst als alle Erläuterungen dazu ausgetauscht waren und keine neuen Aspekte mehr erwähnt wurden, kam der eigentliche Gesprächsleitfaden zum Einsatz. Dieser wurde als Topic Guide möglichst knapp gehalten (*Abbildung 15*), um besser an das tatsächliche Gespräch adaptiert werden zu können, die Diskussion während ihres Verlaufs spontan den angesprochenen Themen anpassen zu können und sie inhaltlich nicht zu stark zu beeinflussen (vgl. ebd., 97, angelehnt an Krueger 1998, 11–12).

Die Inhalte des Diskussionsleitfadens orientierten sich an den Fragen und Ergebnissen der quantitativen Untersuchung. Um die interessierenden Themen zu veranschaulichen und die Diskussion anzuregen, wurden darüber hinaus Ergebnisse der bisherigen Forschung in das Gespräch eingestreut, mittels Grafiken visualisiert und zur Diskussion gestellt. Diese Vorgehensweise ermöglichte es den Teilnehmerinnen, zu den tendenziell abstrakten Themen ihre individuellen Positionen klarer zu bestimmen und anschließend zu verbalisieren.

Topic Guide Gruppendiskussion

- Vorstellung der Teilnehmerinnen: Thematisiert werden Berufserfahrung, beruflicher Werdegang und aktueller Arbeitsbereich.
- Formulierung der Einstiegsfrage: Wie verlief die Entwicklung beruflicher Identitätsentwicklung und was beeinflusste diese Entwicklung?
- Falls die Gruppe diese Themen nicht selbst anspricht, werden folgende Aspekte thematisiert:
 - Berufszufriedenheit
 - Berufswunsch

- Stellenwert des Teams
- Pflegeverständnis
- Berufliches Selbstverständnis
- Formulierung der Abschlussfrage: Was hat die Teilnehmerinnen motiviert, 20 Jahre und länger im Beruf zu verbleiben?

Abb. 15: Gesprächsleitfaden Gruppendiskussion

Das Gespräch wurde visuell und akustisch aufgezeichnet. Einen Überblick über die Gesprächsanteile der jeweiligen Diskutantinnen gibt *Abbildung 16*.¹⁴⁰

Anschließend wurde die Aufzeichnung, orientiert an den Transkriptionsregeln von KUCKARTZ u. a. (vgl. 2007, 27–28, *siehe Abbildung b*), wörtlich transkribiert.¹⁴¹

Zur Wahrung der Anonymität der Gesprächsteilnehmerinnen wurden sämtliche Textpassagen, die einen Rückschluss auf beteiligte Personen ermöglicht hätten (Nennung von Orten, Krankenhäusern, Fachabteilungen, spezielle Untersuchungs-/Operationsverfahren etc.), anonymisiert.

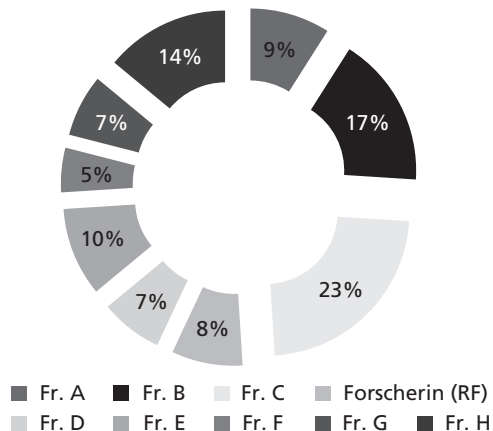


Abb. 16: Gesprächsbeiträge Gruppendiskussion

¹⁴⁰ Die Gesprächsanteile wurden anhand der Anzahl von Zeichen im Transkriptionsprotokoll errechnet. Die Abbildung entspricht auch der Sitzordnung während der Diskussion.

¹⁴¹ Die Transkription wurde von der Forscherin selbst vorgenommen.

4.4.5 Auswertung der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion wurde mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse von MAYRING (1993) ausgewertet; im Fokus des Interesses der Erhebung standen inhaltlich-thematische Aspekte. Im Zentrum der Qualitativen Inhaltsanalyse steht ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem, welches die Aspekte festlegt, die aus den Daten herausgefiltert werden sollen (vgl. ebd., 86).

Die Analyse erfolgt nach einem Ablaufmodell, das in *Abbildung 17* dargestellt ist. MAYRING (2010) unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

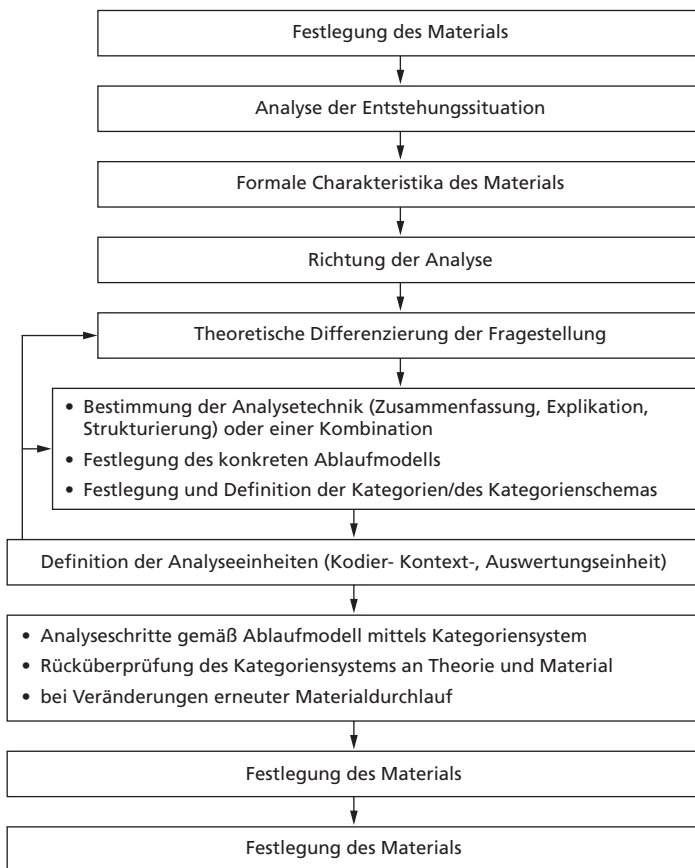


Abb. 17: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2010, 60, Abb. 8)

Während die Zusammenfassung das Ziel verfolgt, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (ebd., 65), geht es bei der Explikation darum, „zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet“ (ebd., 65). Die Interpretationsform der Strukturierung hingegen ermöglicht es, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (ebd., 65). Eine Kombination dieser drei Interpretationsformen ist möglich (vgl. ebd., 60, Abb. 8).

Im Vordergrund der vorliegenden Arbeit stand im ersten Schritt die Zusammenfassung (*Abbildung 18*); im zweiten Schritt wurden die gebündelten Aussagen inhaltlich strukturiert und den zuvor theoriegeleitet ermittelten Aspekten zugeordnet. Mehrdeutige, unvollständige Phrasen oder ungewöhnliche Begriffe, die eine Explikation notwendig gemacht hätten, fanden sich im Datenmaterial nicht.

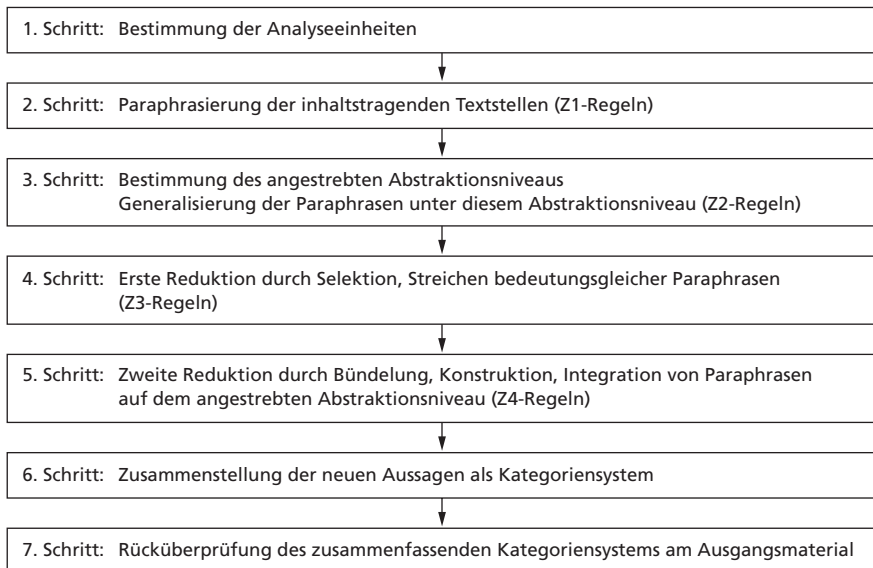


Abb. 18: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (modifiziert nach Mayring 2010, 68, Abb. 10)

Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Nach der Transkription lag das Datenmaterial in einer problemlos weiter zu bearbeitenden Form vor; die Teilnehmerinnen hatten sehr diszipliniert stets nacheinander, laut und verständlich gesprochen. Durch die Anwendung des Topic Guides war der Transkriptionstext bereits in die interessierenden Aspekte stark vorgegliedert und konnte entsprechend der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (*Abbildung 18*) weiter bearbeitet werden.

Nach nochmaligem Anschauen der Videoaufzeichnung und Abgleich mit dem Transkribierten wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Da bei der Zusammenfassung Auswertungs- und Kontexteinheiten zusammenfallen (vgl. Mayring 2010, 71), mussten nur die Kodiereinheiten präzisiert werden:

Jede vollständige Aussage zum Verlauf der eigenen beruflichen Identitätsentwicklung und zu Faktoren, welche diesen beeinflusst haben.

In den *Tabellen 10–12* werden die einzelnen Schritte am Beispiel eines Textauszuges exemplarisch dargestellt.

Es zeigte sich, dass die Teilnehmerinnen sehr selten die Aussagen der anderen wiederholten, sondern alle bemüht waren, neue Aspekte zur jeweiligen Fragestellung beizutragen. In einem weiteren Durchgang wurden die so ermittelten Aussagen weiter gebündelt und dann den vorab theoriegeleitet ermittelten Themen innerhalb der Forschungsfragen zugeordnet.

In der Diskussion wurde von Seiten der Teilnehmerinnen nicht zwischen beruflicher Identität und beruflichem Engagement differenziert. Daher wurden die beiden Ebenen in der Auswertung zusammengefasst. Weiter muss angemerkt werden, dass von den Diskutantinnen keine einzige Aussage zur Bindung an den Betrieb getroffen wurde. Ob die Teilnehmerinnen das Thema primär weniger diskussionsbedürftig fanden, möglicherweise doch an der Verschwiegenheit anwesender Personen zweifelten und es deshalb bewusst ausklammerten oder andere Gründe vorlagen, kann im Nachhinein nicht gesagt werden. Die Materialreduzierung ergab die in *Tabelle 4* dargestellten Ergebnisse, die im nachfolgenden Kapitel in Verbindung mit den Ergebnissen der schriftlichen Befragung diskutiert und interpretiert werden.

Tab. 4: Kernaussagen der Gruppendiskussion

<p>1. Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement</p>	<p>Berufliche Identität und Engagement ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind zu Ausbildungsbeginn hoch, sinken danach durch Ernüchterung ab • steigen mit der Übernahme von Verantwortung und Selbständigkeit nach dem Examen an • sind bei Teilzeitbeschäftigung niedriger als bei Vollzeitbeschäftigung • ist in ihrer Ausprägung unabhängig vom Grad der Beschäftigung • sind abhängig von der Integration und der Zusammenarbeit im Team <p>Die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement hängt ab von ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • der fachlichen Sicherheit im jeweiligen Arbeitsbereich • der Qualität der Arbeitsatmosphäre im Team • der Integration ins Team • Aufstiegsmöglichkeiten und Weiterbildung <p>Berufliche Identität und Engagement werden gesteigert durch ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • positives Feedback von Patienten und Angehörigen • positives Feedback von Vorgesetzten • persönliche „Glücksmomente“ im Arbeitsalltag <p>Berufliches Engagement ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • lässt durch Familie und Kinder nach, weil die Prioritäten sich verändern • ist bei Teilzeitkräften oft höher als bei Vollzeitkräften • lässt durch Unter- oder Überforderung nach
<p>2. Stellenwert des Teams</p>	<p>Ein gutes Team ist sehr wichtig ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • für den Verbleib im Beruf • um den bestehenden hohen Arbeitsaufwand zu bewältigen und gute Arbeit zu leisten • um „Krisenzeiten“ zu bewältigen
<p>3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mängel in der interdisziplinären Zusammenarbeit haben negative Auswirkungen auf Patienten • Schwierigkeiten werden erst deutlich, wenn man nach dem Examen selbst die Verantwortung trägt • Funktionsbereiche haben (manchmal) wenig Verständnis für die Belange der Stationen, das könnte durch gegenseitige Hospitation verbessert werden

4. Kollegialer Austausch	Kollegialer Austausch ... <ul style="list-style-type: none"> • ist sehr wichtig • findet statt • ist verloren gegangen
5. Pflegeverständnis	Das Pflegeverständnis ... <ul style="list-style-type: none"> • tendiert zu einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung n. Juchli • ist auch abhängig vom eigenen Befinden • ist nicht abhängig vom Fachbereich • ist abhängig von der eigenen Sozialisation • ist abhängig von persönlichen Erfahrungen Die Aufgabe der Pflegenden ist es, ... <ul style="list-style-type: none"> • zwischen Arzt und Patient zu vermitteln • die fehlende ganzheitliche Sicht der Ärzte auf den Patienten zu kompensieren, denn Ärzte ... • sehen nicht den ganzen Menschen, sondern nur aus dem Blickwinkel ihres Fachbereichs • führen Eingriffe durch, die unnötig sind und den Patienten belasten • wollen Patienten nicht sterben lassen, auch wenn es unumgänglich ist
6. Lob und Anerkennung	Die Anerkennung von ... <ul style="list-style-type: none"> • Patienten ist am wichtigsten • Vorgesetzten ist am zweitwichtigsten • Kollegen ist wichtig • Ärzten ist weniger wichtig und hatte früher einen höheren Stellenwert als heute
7. Berufliches Selbstverständnis	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte und Pflegende sind gleichberechtigte Berufsgruppen • Pflegende sind das schwächste Glied in der Kette und machen die meisten Abstriche • Originäre Pflegeleistungen und Delegationsaufgaben sind gleich wichtig • Tendenziell sind originäre Pflegeleistungen wichtiger als Delegationsaufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Mit Abitur und Studium hat man mehr Möglichkeiten • Pflegestudierende wissen oft noch nicht, was sie nach dem Studium erreichen wollen

<p>8. Berufswunsch Pflege</p>	<p>Der Berufswunsch Pflege ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • war Kindheitswunsch • wurde auch gegen Widerstände und widrige Umstände durchgesetzt • entstand durch häufige Besuche im Krankenhaus, Verwandte in Pflegeberufen, Tätigkeit im Jugendrotkreuz, Erfahrungen in Praktika/Sonntagsdiensten • war Alternative zu den Berufen Hebamme und Physiotherapeutin; Medizinstudium war nie ein Thema. • hat sich auf Umwegen ergeben und war zunächst als sinnvolle Zeitüberbrückung gedacht
<p>9. Motivation zum Pflegeberuf</p>	<p>Ich wollte Krankenschwester werden, ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • aus dem Wunsch heraus zu helfen • weil es ein abwechslungsreicher Beruf ist • weil der Beruf Kontakt mit vielen Menschen und Berufsgruppen ermöglicht • weil es ein verantwortungsvoller Beruf ist • weil der Beruf einen positiv fordert
<p>10. Berufliche Zufriedenheit</p>	<p>Ich gehe nach dem Dienst zufrieden nach Hause, wenn ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Patienten zur meiner eigenen Zufriedenheit versorgt werden konnten • ich die Dankbarkeit von Patienten erfahren habe • ich erfolgreich und kreativ Probleme lösen konnte • ich Kollegen unterstützen konnte • für meine eigenen Bedürfnisse und Entspannung noch Zeit und Energie bleibt
<p>11. Verbleib im Beruf</p>	<p>Wichtig, um nach 20 Jahren noch zufrieden in der Pflege tätig sein zu können, ist ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trennung von Berufs- und Privatleben • gegenseitige Unterstützung und Kommunikation im Team • positives Feedback von Patienten und Angehörigen

Kommunikative Validierung

Ein Gütekriterium qualitativer Forschung stellt die kommunikative Validierung dar. Ziel der kommunikativen Validierung ist es, zwischen Forscher und Probanden diskursiv eine Einigkeit über die erzielten Ergebnisse herzustellen (vgl. Mayring 2010, 120).

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion wurden zu diesem Zweck den Diskussionssteilnehmerinnen zugeschickt. Diese wurden in einem Begleitschreiben über den Zweck informiert und gebeten, die Ergebnisse mit ihren eigenen Wahrnehmungen und Interpretationen zu vergleichen. Alle acht Teilnehmerinnen

kommentierten die Ergebnisse als für sie persönlich zutreffend. So schrieb z. B. Frau B:

„Ihre Wahrnehmung der Aussagen stimmt mit meiner Wahrnehmung überein. Meine persönliche Meinung finde ich zu den Themen wieder.“

Eine weitere DiskutantIn (Rücksendung ohne Angabe des Namens) vermerkte:

„Meiner Meinung nach ist das Ergebnisprotokoll der Gruppendiskussion vom 07.05.2012 gut zusammengefasst. Die einzelnen Punkte spiegeln unsere gemeinsamen Arbeitsschritte wider.“

Es wurden von verschiedenen TeilnehmerInnen noch einzelne Ergänzungen vorgenommen, die in die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit einfließen.

5 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

5.1 Einleitung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung – sowohl der quantitativen Erhebung als auch der vertiefenden Gruppendiskussion – gemeinsam vorgestellt.

Zuerst wird der Zusammenhang der vier Skalen – Berufliche Identität, Berufliches bzw. Betriebliches Engagement und Arbeitsmoral – untereinander dargestellt. Anschließend erfolgt die Erläuterung der Ergebnisse zur Ausprägung und zur Entwicklung beruflicher Identität, beruflichen bzw. betrieblichen Engagements und zur Arbeitsmoral jeweils mit einem Vergleich der drei Untersuchungsgruppen Auszubildende, Absolventen und Studierende.

Die Ergebnisse bezüglich der Einflussfaktoren werden entsprechend ihres zeitlichen Verlaufs, d. h. zuerst die Einflussfaktoren vor Ausbildungsbeginn, dann die Einflussfaktoren während der Ausbildung und zum Schluss die nach Beendigung der Ausbildung, wiedergegeben. Zu jedem potenziellen Einflussfaktor werden die wichtigsten Häufigkeitsverteilungen zu den entsprechenden Fragebogen-Items aufgeführt, um einen Eindruck vom Antwortverhalten der Probanden gewinnen zu können. Anschließend werden die Zusammenhänge dargestellt und diskutiert.

Eine vergleichende Analyse zur Einschätzung der Ausbildung zwischen den Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und den Auszubildenden der gewerblich-technischen und kaufmännischen Berufe (Bremerhaven-Studie) schließt die Ergebnisdarstellung ab. Es ist zu beachten, dass die Forschungsfragen nicht immer in der Reihenfolge ihrer Nummerierung, sondern im inhaltlichen Zusammenhang beantwortet werden.

5.2 Zusammenhänge zwischen Beruflicher Identität, Engagement und Arbeitsmoral

Im ersten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den Skalen Berufliche Identität, Berufliches Engagement, Betriebliches Engagement und Arbeitsmoral für die untersuchte Personengruppe überprüft. Sowohl bei den Auszubildenden (*Tabelle 5*) als auch bei den Absolventen (*Tabelle b*) liegen zwischen allen Skalen mittlere bis stark positive Korrelationsstärken vor, die durchweg auf

dem Niveau von 0,01 signifikant sind.¹⁴² Bei den Studierenden finden sich mittlere Korrelationen; sie sind auf dem Niveau von 0,05 signifikant.

Tab. 5: Korrelationen der Skalen/Auszubildende

Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral				
		Summenscore Betriebliches Engagement	Summenscore Arbeitsmoral	Summenscore Berufliches Engagement
Summen- score Arbeits- moral	Korrelation nach Pearson	,367**		
	Signifikanz (2-seitig)	,000		
	N	466		
Summen- score Berufliches Engage- ment	Korrelation nach Pearson	,630**	,407**	
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	
	N	465	465	
Summen- score Berufliche Identität	Korrelation nach Pearson	,432**	,488**	,576**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000
	N	465	465	465

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die stärkste Korrelation zeigt sich sowohl bei den Auszubildenden ($,630^{**}$) als auch bei den Absolventen ($,581^{**}$) zwischen beruflichem und betrieblichem Engagement, gefolgt vom Zusammenhang zwischen beruflichem Engagement und beruflicher Identität (*Abbildung 19*). Bei den Studierenden hingegen ist der Zusammenhang am stärksten zwischen beruflichem Engagement und beruflicher Identität vor ($,431^{**}$), gefolgt von dem zwischen beruflichem und betrieblichem Engagement ($,392^{**}$).

Dieses Ergebnis verdeutlicht zum einen den hohen Zusammenhang der beiden Commitment-Formen untereinander und bestätigt damit auch die bereits vorliegenden Forschungsergebnisse, welche von COHEN (2007) zusammengefasst wurden (vgl. ebd., 9).

142 Zur Interpretation der Ergebnisse wird in dieser Arbeit die Orientierungshilfe von COHEN (vgl. Cohen 1988, 115–116, zit. auch bei Bühner/Ziegler 2009, 607) verwendet:

$r = 0,10 \rightarrow$ kleiner Effekt

$r = 0,30 \rightarrow$ mittlerer (moderater) Effekt

$r = 0,50 \rightarrow$ starker Effekt

Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass der Stellenwert beruflichen Engagements im Zusammenhang mit der beruflichen Identität höher ist als der des betrieblichen Engagements. Das stützt die diesbezügliche Annahme COHENS, dass die europäische Berufsbildungstradition an dieser Stelle zu von der nordamerikanischen Tradition abweichende Ergebnissen führt und berufliches Engagement mindestens ebenso wichtig ist wie betriebliches Engagement (vgl. ebd., 3).

Bemerkenswert ist auch der mittlere Zusammenhang zwischen beruflichem Engagement bzw. beruflicher Identität und Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Absolventen.

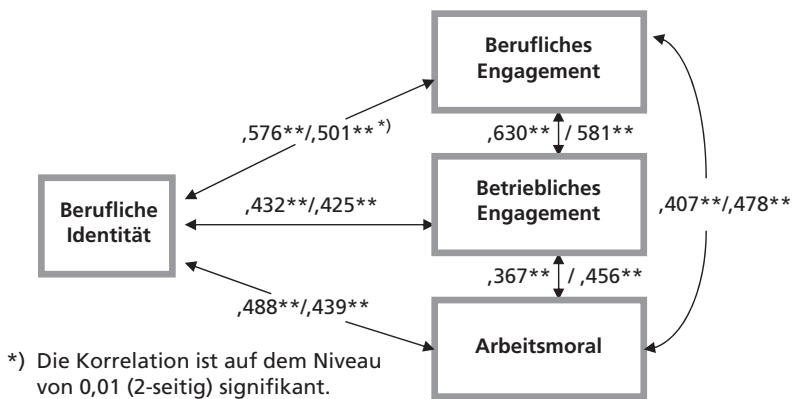


Abb. 19: Zusammenhänge berufliche Identität, Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden und Absolventen

In *Abbildung 19* wird die Stärke der Zusammenhänge bei Auszubildenden sowie Absolventen noch einmal veranschaulicht. Die vordere Zahl stellt jeweils die Korrelationsstärke bei den Auszubildenden dar, die zweite Zahl die der Absolventen.

Bei den Studierenden (*Tabelle 6*) lässt sich der stärkste Zusammenhang zwischen beruflichem Engagement und beruflicher Identität ($,431$)^{**} darstellen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und Arbeitsmoral, so wie bei Auszubildenden und Absolventen, ist nicht vorhanden. Interessant ist in dieser Personengruppe die schwach negative Korrelation zwischen beruflicher Identität und betrieblichem Engagement. Auch, wenn die Korrelation nach COHEN (1988) nur marginal ausgeprägt ist – es könnte ein erster Hinweis darauf sein, dass für die berufliche Identitätsentwicklung der Studierenden – die im Gegensatz zu den Auszubildenden keine Angestellten der Kliniken sind – die Bindung an den Betrieb eine geringere Rolle spielt als das bei den Auszubildenden und Absolventen der Fall ist.

Die Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, betrieblichem Engagement, beruflichem Engagement und Arbeitsmoral können somit auch für die untersuchte Population Auszubildender und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege bestätigt werden. Weiterer Untersuchungen hingegen bedarf der Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und betrieblichem Engagement bei den Studierenden.

Tab. 6: Korrelationen der Skalen/Studierende

Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral				
		Summenscore Betriebliches Engagement	Summenscore Arbeitsmoral	Summenscore Berufliches En- gagement
Summen- score Arbeits- moral	Korrelation nach Pearson	,392*		
	Signifikanz (2-seitig)	,022		
	N	34		
Summen- score Be- rufliches Engage- ment	Korrelation nach Pearson	,208	,376*	
	Signifikanz (2-seitig)	,238	,026	
	N	34	35	
Summen- score Berufliche Identität	Korrelation nach Pearson	-,102	,206	,431**
	Signifikanz (2-seitig)	,565	,234	,010
	N	34	35	35
* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.				
** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.				

5.3 Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral in der Gesundheits- und Krankenpflege

Entsprechend der Ausgangsfrage und ihrer Unterfragen wird zunächst die Ausprägung beruflicher Identität, beruflichen und betrieblichen Engagements sowie von Arbeitsmoral bei den Auszubildenden, Studierenden und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung dargestellt. Die Ergebnisse werden anschließend nach Bildungsabschlüssen, Schulen und nach einzelnen Schulklassen verglichen, um mögliche Unterschiede sowie Gründe hierfür zu ermitteln.

5.3.1 Ausprägung bei Auszubildenden, Studierenden und Absolventen

Die Ausprägung beruflicher Identität sowie beruflichen und betrieblichen Engagements wird mithilfe von jeweils sechs Items umfassenden Skalen ermittelt¹⁴³. Diese ergeben Werte zwischen 0 und 24; die drei Items umfassende Skala von Arbeitsmoral lässt Werte von 0–12 zu.¹⁴⁴ Wie die Zahlen in *Tabelle 7* zeigen, weisen alle vier Untersuchungsgruppen hohe Ausprägungen sowohl an beruflicher Identität als auch an beruflichem Engagement auf. Die Bindung an den Betrieb hingegen ist bei den Auszubildenden und insbesondere bei den Studierenden niedriger angesiedelt. Bei den Absolventen steigt das betriebliche Engagement nach der Ausbildung jedoch an und liegt bei den Berufstätigen mit mindestens 20 Jahren Berufserfahrung fast auf dem gleichen Niveau wie die berufliche Identität. Die hohe Ausprägung des betrieblichen Engagements in dieser Gruppe bestätigt den von MEYER und ALLEN (1997) und GAMBINO (2010) identifizierten Einflussfaktor der Betriebszugehörigkeit bzw. des Alters auf affektives bzw. normatives Organizational Commitment (siehe Kap. 2.3.5.3).

Tab. 7: Ausprägung von beruflicher Identität, Engagement und Arbeitsmoral

	Auszubildende N = 466		Studierende N = 36		Absolventen 1–3 Jahre im Beruf N = 113		Absolventen ≥ 20 Jahre im Beruf N = 10	
	MW ¹⁴⁵	SD ¹⁴⁶	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Berufliche Identität	18,99	2,71	19,66	1,78	19,93	2,47	19,60	2,50
Berufliches Engagement	18,83	3,72	19,03	2,50	19,06	3,45	20,2	2,53
Betriebliches Engagement	16,03	4,19	14,79	3,50	17,87	4,08	19,2	2,86
Arbeitsmoral	9,94	1,58	9,57	1,67	6,62	1,74	10,3	1,16

Auch die Arbeitsmoral hat bei Auszubildenden und Studierenden ein hohes Niveau, während sie bei den Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung deutlich niedriger ist. Auffällig hoch ist die Arbeitsmoral bei den langjährig Berufserfahrenen ausgeprägt, ein Ergebnis, welches in Kapitel 5.4 diskutiert wird.

143 Der Fragebogen mit den Skalen befindet sich im Anhang.

144 Die Items der vier Skalen sind dem Fragebogen im Anhang zu entnehmen.

145 MW = Mittelwert

146 SD = Standardabweichung

Es fällt auf, dass betriebliches Engagement die höchste Standardabweichung aufweist, d. h., die Skala scheint im Gegensatz zu den anderen Skalen ein heterogeneres Antwortverhalten zu provozieren. Dieses findet sich in der Gruppe der langjährig Examinierten trotz der geringen Fallzahl nicht, was darauf hindeutet, dass die Heterogenität in dieser Skala durch Gruppenunterschiede bedingt ist.

Die Mittelwerte wurden nachfolgend miteinander verglichen. Zum Vergleich der Mittelwerte der Untersuchungsgruppen wurde – wie auch in allen weiteren Mittelwertvergleichen der vorliegenden Arbeit – nach einer Prüfung der Varianzhomogenität mittels Levene-Test der t-Test für unabhängige Stichproben verwendet.

Die Ergebnisse der Absolventen mit 1–3-jähriger Berufserfahrung zeigen eine signifikante¹⁴⁷ Steigerung gegenüber den Auszubildenden, sowohl beim betrieblichen Engagement ($p = ,000$) als auch bei der beruflichen Identität ($p = ,003$).

Der Unterschied zwischen den Werten der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung und denen mit mindestens 20 Jahren Berufserfahrung ist außer im Bereich Arbeitsmoral ($p = ,000$) nicht signifikant. Die Unterschiede der Mittelwerte zwischen Auszubildenden und Studierenden sind allesamt nicht signifikant.

Das deutliche Ansteigen von beruflicher Identität und Engagement nach dem Ausbildungsabschluss bestätigte sich in der Gruppendiskussion. Die Teilnehmerinnen schilderten die Übernahme von Verantwortung und die Selbständigkeit nach dem Krankenpflegeexamen als Gründe hierfür, wie folgendes Zitat aus dem Transkriptionsprotokoll zeigt:

Frau B: „Also so nach der Ausbildung, ich glaube schon, dass das ansteigt. Wenn ich das so von mir damals sehe jedenfalls, weil ich einfach viel Verantwortung hatte, was mich gefordert hat. Bei uns in der Ausbildung ist es anders gewesen wie es heute ist, da ist man einfach immer mitgelaufen, da hat man nicht so die Bereiche bekommen wie die das heute bekommen. Und in dem Moment, wo ich dann auf einmal alleine auf der Station war und meine 22 Patienten hatte, stand ganz alleine da, das war eine Herausforderung. Und ich fand das richtig toll, muss ich sagen.“

Die vorliegenden Resultate bestätigen somit die Ergebnisse von KIRPAL (2003) und WERNER (1997) (siehe Kap. 2.3.4): Nach Ausbildungsende, mit Übernahme der vollen Verantwortung für das Pflegehandeln, findet ein Entwicklungs-

147 Als signifikant werden bei den Mittelwertvergleichen in dieser Arbeit Werte bezeichnet, bei denen $p \leq 0,05$ ist.

sprung in der beruflichen Identität, im beruflichen und besonders auch im betrieblichen Engagement statt. Dieses Ergebnis zeigt den Übergang von der Ausbildung in den Beruf als einen wichtigen Anknüpfungspunkt auch für mögliche Interventionen zur Steigerung von beruflicher Identität und Engagement.

5.3.2 Vergleich nach Bildungsabschlüssen

Im Hinblick auf die anhaltende Diskussion um die Einstiegsqualifikation für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland (siehe Kap. 1.2.2) erscheint ein Vergleich der Ausprägung von beruflicher Identität und Engagement nach Schulabschlüssen von Interesse.

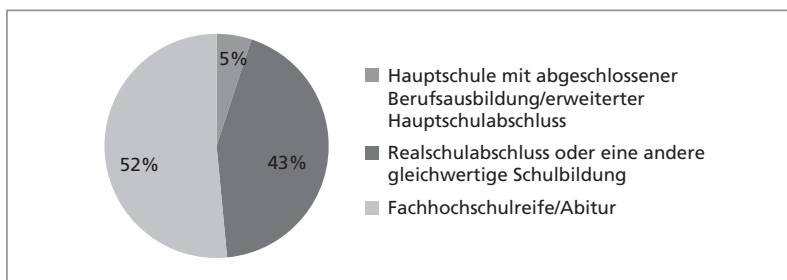


Abb. 20: Schulabschlüsse der Auszubildenden

Von den 467 befragten Auszubildenden haben mehr als die Hälfte Abitur bzw. Fachhochschulreife, 43 % verfügen über einen Realschulabschluss und nur 5 % haben einen Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung bzw. einen erweiterten Hauptschulabschluss (*Abbildung 20*).

Die Anzahl der Personen mit Hochschulzugangsberechtigung entspricht in etwa der Anzahl derer mit Realschulabschluss; nur 9 % der Befragten haben entweder einen Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung oder einen erweiterten Hauptschulabschluss (*Abbildung 21*).

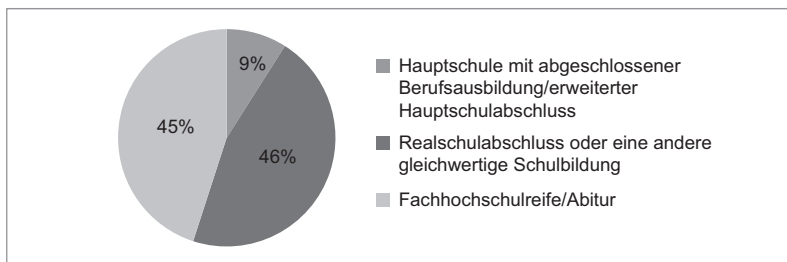


Abb. 21: Schulabschlüsse der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung

Die Pflegenden mit mindestens 20-jähriger Berufserfahrung verfügen mehrheitlich über einen mittleren Bildungsabschluss. Drei der zehn Personen haben Abitur bzw. Fachhochschulreife und eine Person einen Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung in der Krankenpflegehilfe.

Im Vergleich der Auszubildenden nach Bildungsabschlüssen (*Tabelle d*) findet sich in der Skala Berufliches Engagement im Mittelwertvergleich zunächst ein signifikantes Abfallen der Werte der Auszubildenden mit Hochschulzugangsberechtigung hinter den Auszubildenden mit niedrigeren Schulabschlüssen. Werden aus der Gruppe der Personen mit Hochschulzugangsberechtigung jedoch alle Personen hinaus gerechnet, die angegeben haben, dass sie eigentlich Medizin hätten studieren wollen, so relativiert sich dieser Eindruck wieder. Der Vergleich der 41 Auszubildenden, die den ursprünglichen Berufswunsch Medizin angegeben haben¹⁴⁸, zeigt Werte, die durchweg signifikant unter denen der Gesamtauszubildenden liegen. Die Mittelwerte der Hauptschüler liegen leicht, aber nicht signifikant über denen der Auszubildenden mit mittlerem Bildungsabschluss.

Auch der Vergleich der Absolventen nach Schulabschlüssen ergibt eine leicht niedrigere Ausprägung bei beruflicher Identität und beruflichem wie auch betrieblichem Engagement in der Gruppe der Absolventen mit Hochschulzugangsberechtigung gegenüber den Absolventen mit mittlerem Bildungsabschluss, welche im Mittelwertvergleich jedoch nicht signifikant ist. Auch hier zeigt sich aber ein diskreter Ausprägungsunterschied bei den Absolventen mit Hochschulzugangsberechtigung mit und ohne ursprünglichen Berufswunsch Medizin (*Tabelle e*).

Alle 36 Schweizer Studierenden verfügen über eine Hochschulzugangsberechtigung: 25 haben eine Fach-/Berufsmaturität, 11 Personen eine gymnasiale Maturität. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde hier kein Vergleich durchgeführt.

Es ist somit festzuhalten, dass keine signifikanten Unterschiede in der Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement vorliegen, die sich an unterschiedlichen Schulabschlüssen festmachen lassen. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse aus der Bremerhaven-Studie (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 48).

Neben diesem Vergleich stellte sich auch die Frage, ob Unterschiede in der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem wie betrieblichem Engage-

148 Damit sind Auszubildende gemeint, die beim Statement: „Eigentlich wollte ich Medizin studieren, habe aber keinen Studienplatz bekommen“ die Antwortoptionen „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ angekreuzt haben.

ment und Arbeitsmoral zwischen Auszubildenden und Studierenden dualer Bachelor-Studiengänge zu beobachten sind. Nur 5 % der befragten Auszubildenden absolvierten zum Befragungszeitpunkt ein ausbildungsbegleitendes Bachelor-Studium in der Pflege. Der Vergleich zwischen den dual Studierenden und den übrigen Auszubildenden weist keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf (*Tabelle c*).

5.3.3 Vergleich der Auszubildenden und Absolventen nach Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsstandort

In Anlehnung an die Bremerhaven-Studie, die u. a. als Resultat konstatieren konnte, dass den Gegebenheiten der konkreten Ausbildungssituation eine wichtige Rolle in der Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement zuzusprechen ist, wird nachfolgend ein Vergleich der Auszubildenden und Absolventen nach ihren verschiedenen Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsstandorten angestellt – zunächst für die Auszubildenden und dann für die Absolventen.

Tab. 8: Ausprägung/Vergleich Auszubildende nach Schulen

Vergleich der Auszubildenden nach Schulen								
Schule	Betriebliches Engagement		Berufliches Engagement		Arbeitsmoral		Berufliche Identität	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Nr. 1 N = 117	15,04	4,05	17,92	3,70	9,85	1,60	18,52	2,65
Nr. 2 N = 54	16,93	4,13	18,70	4,00	10,19	1,28	19,04	2,53
Nr. 3 N = 125	14,36	4,30	18,41	3,79	9,38	1,95	18,52	2,87
Nr. 4/5 N = 168			19,80	3,38	10,34	1,16	19,63	2,57
Nr. 4 N = 131	17,76	3,54						
Nr. 5 N = 38	17,37	3,48						

In der Betrachtung der einzelnen Schulen (*Tabelle 8*) zeigen sich im Mittelwertvergleich signifikante Unterschiede in der Skala Betriebliches Engagement. Der niedrigste Skalensummenwert ist hier bei Schule Nr. 3 zu verzeichnen, der höchste bei Schule Nr. 4. Beim beruflichen Engagement weisen die Auszubil-

denden von Schule Nr. 4/5¹⁴⁹ die höchste Skalensumme auf; der Unterschied zu den Auszubildenden von Schule Nr. 1 mit dem niedrigsten Mittelwert ist signifikant ($p = ,000$). Schule Nr. 1 und Schule Nr. 4/5 unterscheiden sich auch in der beruflichen Identität – wenn auch nicht signifikant – voneinander.

Dieses Ergebnis führte zu der Frage, worin die Unterschiede insbesondere zwischen den Auszubildenden von Schule Nr. 1 und Schule Nr. 4/5 begründet sind. Um hierzu Hinweise zu bekommen, wurden Mittelwertvergleiche (t-Test bei unabhängigen Stichproben) sämtlicher Fragebogen-Items durchgeführt.

Das Ergebnis ist ebenso eindeutig wie eindrucksvoll: Aus der Vielzahl der Variablen finden sich die einzigen signifikanten Unterschiede zwischen den Auszubildenden der beiden Schulen in folgenden drei Aspekten:

1. in der Einschätzung des Lernortes Praxis bezüglich der dortigen Arbeitsatmosphäre und der Qualität der praktischen Ausbildung,
2. in der Bewertung der Lernortkooperation und
3. in der Beurteilung der Praxisrelevanz des Unterrichts begründet.

Alle in *Tabelle f* aufgeführten Variablen zu diesen Aspekten werden von den Auszubildenden von Schule Nr. 4/5 positiver eingeschätzt als dies bei den Auszubildenden von Schule Nr. 1 der Fall ist. Keine Unterschiede zwischen den beiden Schulen gibt es hingegen in der Einschätzung der Lernatmosphäre in der Schule und in der Kompetenz der Lehrpersonen.

Diese Ergebnisse können als ersten Hinweis auf die hohe Relevanz des Lernortes Praxis sowie der Abstimmung von theoretischer und praktischer Ausbildung gewertet werden.

Absolventen

Im Vergleich der Absolventen der einzelnen Krankenhäuser wurden aufgrund der ansonsten zu niedrigen Fallzahlen nur die Einstellung der Berufstätigen aus den Einrichtungen Nr. 2 und Nr. 4 verglichen (*Tabelle g*).

Der Mittelwertvergleich zeigt signifikant höhere Skalensummen bei den Mitarbeitern von Krankenhaus Nr. 4 als bei denen aus Krankenhaus Nr. 2; dies gilt sowohl für die Ausprägung des betrieblichen ($p = ,014$) als auch für die des beruflichen Engagements ($p = ,034$). Die Mittelwertunterschiede in den Skalen Arbeitsmoral und berufliche Identität sind nicht signifikant.

149 Die Schulen Nr. 4 und Nr. 5 wurden außer im Aspekt des betrieblichen Engagements zusammen berechnet, da die Auszubildenden im theoretischen Teil gemeinsam ausgebildet werden, in der Praxis aber in verschiedenen Krankenhäusern eingesetzt sind.

Der Mittelwertvergleich aller Items ergibt – anders als bei den Auszubildenden – kein Muster, so dass eine Klärung der Ursachen für die Unterschiede im Engagement der Absolventen weiterer Untersuchungen bedarf.

5.3.4 Vergleich einzelner Schulklassen

Für den folgenden Vergleich wurden ausschließlich die Schulen Nr. 1, 3 und 4/5 berücksichtigt, da nur deren Auszubildende annähernd vollständig erfasst wurden. Der Blick auf die einzelnen Schulklassen (*Tabelle h*) zeigt die Bandbreite der Ergebnisse auch jeweils innerhalb derselben Schule. So gibt es Klassen, die in einem sehr hohen Bereich angesiedelt sind und Klassen, die durchweg eher niedrig liegen.

Um hierfür mögliche Gründe zu finden, wurden die beiden Oberkurse (3. Ausbildungsjahr) 1E-4/5 (eher hohe Ausprägung an beruflicher Identität und Engagement) und 2E-3 (eher geringe Ausprägung an beruflicher Identität und Engagement), die aus zwei verschiedenen Schulen stammen, hinsichtlich aller Variablen miteinander verglichen.

Bemerkenswerterweise ist das Ergebnis des Mittelwertvergleichs fast deckungsgleich zum Vergleich der beiden Schulen Nr. 1 und Nr. 4/5: Wieder sind es ausschließlich die Aussagen zum Lernort Praxis – einschließlich Arbeitsatmosphäre und Qualität der praktischen Ausbildung –, zur Lernortkooperation und zur Praxisrelevanz des Unterrichts, in welchen sich die Auszubildenden der beiden Klassen signifikant voneinander unterscheiden und die von den Auszubildenden der Klasse 1E-4/5 allesamt besser eingeschätzt werden als von den Auszubildenden der Klasse 2E-3 (*Tabelle i*). Auch finden sich im Vergleich der beiden Klassen keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Aussagen zur Lernatmosphäre in der Schule und zur Kompetenz der Lehrenden. Dieses Ergebnis bestärkt den Eindruck der hohen Relevanz des Lernortes Praxis und der Abstimmung von theoretischer und praktischer Ausbildung.

Die ab Kapitel 5.5 folgenden Korrelationsberechnungen geben genaueren Aufschluss über die Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Auszubildenden bzw. Studierenden und Absolventen ihrer Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen und beruflicher Identitäts- bzw. Engagemententwicklung.

5.4 Verlauf der Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral bei Auszubildenden, Absolventen und Studierenden

Zu der Frage, wie sich berufliche Identität und Engagement in der Gesundheits- und Krankenpflege entwickeln, lagen bislang nur Ergebnisse aus qualitativen Untersuchungen vor.

Die hier durchgeführte quantitative Erhebung zeigt bei den Auszubildenden einen gleichmäßig hohen Verlauf (*Abbildung 22* und *Tabelle j*) über die drei Jahre der Ausbildung hinweg. Eine eindeutige Entwicklung – abgesehen von einem marginalen Absinken des beruflichen Engagements nach Ausbildungsbeginn – ist nicht zu erkennen. Insbesondere die berufliche Identität bleibt während der Ausbildung auf einem Ausprägungsniveau bestehen.

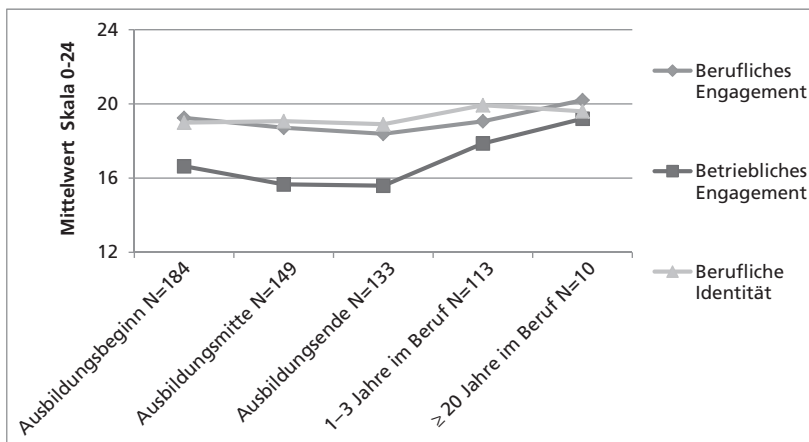


Abb. 22: Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem und betrieblichem Engagement im Ausbildungsverlauf

Die Ausprägung von beruflicher Identität und beruflichem Engagement verläuft während der Ausbildung nahezu parallel. Die Ausprägung des betrieblichen Engagements ist deutlich niedriger angesiedelt als die des beruflichen Engagements.

Diese Ergebnisse können anhand der drei charakteristischen Verlaufsmuster zur Entwicklung beruflichen Engagements während der Berufsausbildung in-

terpretiert werden, welche im Rahmen der Bremerhaven-Studie identifiziert wurden (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 24):

- gleichbleibend hohes Engagement bei Berufen, in denen die Ausbildungswirklichkeit den Erwartungen entspricht,
- U-förmige Entwicklung bei Berufen, die als attraktiver eingeschätzt werden, als die berufliche Wirklichkeit während der Ausbildung erlebt wird, und
- absinkendes Engagement, wenn es in der Ausbildung nicht gelingt, eine Bindung an den Beruf aufzubauen.

Die Form des Verlaufs bei den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege spricht dafür, dass offensichtlich die Erwartungen an den Beruf der Ausbildungsrealität entsprechen. Ein Grund, der hierfür sicher nicht unbedeutend ist, ist das mindestens zweiwöchige Pflegepraktikum zur Prüfung des Berufswunsches, welches von den meisten Schulen vorausgesetzt wird. Viele Auszubildende verfügen darüber hinaus noch über deutlich größere einschlägige Vorerfahrungen, wie beispielsweise ein freiwilliges soziales Jahr, längerfristige Praktika in unterschiedlichen Kliniken oder Aushilfstätigkeiten in Pflegeeinrichtungen.

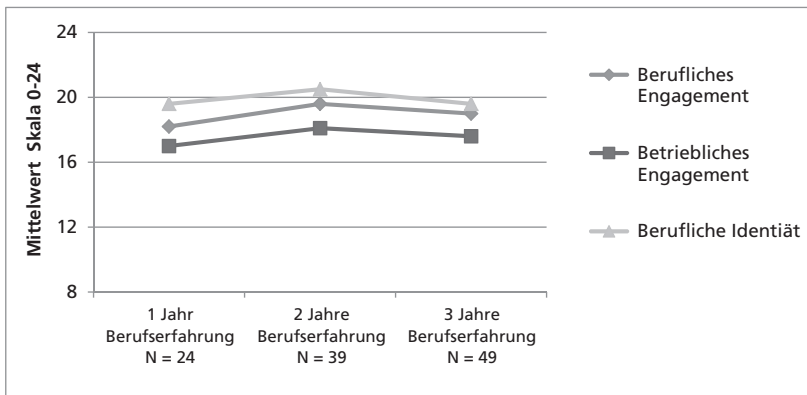


Abb. 23: Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem und betrieblichem Engagement nach Ausbildungsabschluss

Die Betrachtung der Ausprägungen von Engagement und Identität innerhalb der ersten drei Jahre der Berufstätigkeit (*Abbildung 23* und *Tabelle k*) zeigt im Mittelwertvergleich keine signifikanten Veränderungen. Erst die Berufstätigen mit mindestens 20 Jahren Berufserfahrung (*Abbildung 22*) zeigen eine Steige-

rung im Engagement, wobei dieses Ergebnis aufgrund der niedrigen Fallzahl (N = 10) nur vorsichtig zu interpretieren ist (siehe Kap. 5.3.1).

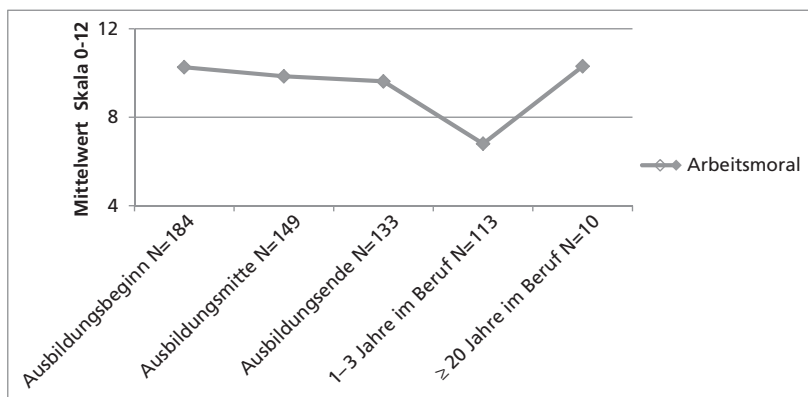


Abb. 24: Entwicklung von Arbeitsmoral

Bemerkenswert ist ein leichtes, kontinuierliches Absinken der Arbeitsmoral im Verlaufe der Ausbildung mit regelrechtem Einbruch bei den Absolventen nach Ausbildungsabschluss (*Abbildung 24*). In der Gruppe der langjährig berufserfahrenen Personen steigt die Kurve hingegen wieder deutlich an.

Eine Betrachtung der Einzelvariablen der Skala Arbeitsmoral – sowohl bei den Auszubildenden als auch bei den Absolventen – zeigt, dass niedrige Werte in dieser Skala ausschließlich durch die Aussage „Ich bin motiviert, egal welche Tätigkeiten ich zu erledigen habe“ zustande kommen, nicht aber durch die Aussagen „Ich bin verlässlich, egal welche Tätigkeiten ich übernehme“ oder „Ich bin stets pünktlich, auch wenn meine Arbeit es nicht erfordert“. Möglicherweise lässt sich so auch die fehlende interne Konsistenz der Skala erklären.

Einen Erklärungsversuch hierfür bietet das sehr heterogene Tätigkeitsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege, in dem sich mindestens vier Gruppen von Aufgaben unterscheiden lassen:

- originär pflegerische Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxen, Essen reichen),
- Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen (z. B. venöse Blutentnahmen, Injektionen, Legen von Sonden und Kathetern, Assistenz bei Untersuchungen),
- Schulung, Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen (z. B. zum Umgang mit einem Tracheostoma),

- Verwaltungsaufgaben (z. B. Dokumentation, Medikamentenbestellung, Terminierung von Untersuchungen, Organisation von Bettenbelegung) und
- sonstige Aufgaben (z. B. Patiententransporte innerhalb des Krankenhauses, Essen verteilen an nicht pflegebedürftige Patienten).

Es erstaunt nicht, dass nur 41 % der (jungen) Absolventen der Aussage „eher“ oder „vollkommen“ zustimmen, für alle Tätigkeiten gleichermaßen motiviert zu sein. Ebenso wenig verwundert es, dass die Motivation zur Durchführung aller Aufgaben während der Ausbildung eher abnimmt. Mit langjähriger Berufserfahrung scheint es eher so zu sein, dass dieses Phänomen wieder abklingt; möglicherweise lassen sich langjährig erfahrene Pflegende aber auch einfach nicht mehr zu Tätigkeiten heranziehen, die sie ungern durchführen.

Es muss kritisch hinterfragt werden, ob mithilfe dieser Variablen Arbeitsmoral im Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege gemessen werden kann. Ein Beruf, in dem Unpünktlichkeit absolut nicht tolerierbar ist (schließlich lösen die Schichtbesetzungen einander ab) und Unzuverlässigkeit eine Gefahr für das Leben der anvertrauten Patienten darstellt, werden gegebenenfalls andere Kriterien benötigt, Arbeitsmoral im Sinne JAEGERS (1989) (siehe Kap. 2.1.4) zu erfassen. Hier unterscheidet sich der Pflegeberuf möglicherweise im Detail von kaufmännischen, gewerblichen und technischen Berufen.

Bei den Studierenden lassen sich aufgrund der niedrigen Fallzahl bei den Personen im zweiten Studienjahr ($N = 6$) nur die Gruppen Studienanfänger und drittes Studienjahr sinnvoll miteinander vergleichen. Hier ist, wie auch bei den Auszubildenden, kein Entwicklungsverlauf feststellen. Es zeigt sich jedoch ebenfalls eine Parallelität der Entwicklung von beruflicher Identität und beruflichem Engagement im Verlauf des Studiums sowie eine deutlich niedrigere Ausprägung des betrieblichen Engagements. Dieses Ergebnis ist vermutlich in der Organisation des Studiums mit unterschiedlichen Einsatzorten begründet.

Festzuhalten sind das hohe Ausprägungsniveau in allen vier Skalen zu Beginn der Ausbildung, der Anstieg auf der Schwelle zwischen Ausbildung und Berufseinstieg sowie die Beobachtung, dass weder während der Ausbildung noch während der ersten drei Berufsjahre eine nennenswerte Entwicklung stattfindet. Die sich daran anschließende Frage, ob dieses Phänomen auf einzelne Personen *nicht* zutrifft, d. h., ob Entwicklungspotenzial während der Ausbildung bzw. innerhalb der ersten Jahren der eigenverantwortlichen Berufstätigkeit vorliegt, könnte nur mithilfe einer Längsschnittuntersuchung geklärt werden.

5.5 Einflussfaktoren auf die Entwicklung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral

Um die hier relevanten Einflussfaktoren näher identifizieren zu können, wurden die Probanden zu folgenden Aspekten ihres persönlichen und schulischen Hintergrundes befragt: ihre Berufswahl, ihre Ausbildung, ihr berufliches Tätigkeitsfeldes, ihre Lernmotivation, ihr beruflichen Selbstverständnis und ihr Pflegeverständnis. Die ermittelten Ergebnisse wurden dann mit den Skalen für berufliche Identität, berufliches bzw. betriebliches Engagement und Arbeitsmoral korreliert.

Im Folgenden werden zu den drei Zeitabschnitten vor, während und nach der Ausbildung zunächst die Ergebnisse der einzelnen Items und nachfolgend die Zusammenhänge mit den vier Skalen dargestellt. Da die Wahrscheinlichkeit, dass Korrelationen signifikant werden, mit der Stichprobengröße ansteigt, werden bei den Studierenden ($N = 36$) auch nicht signifikante, aber interessante Zusammenhänge diskutiert. Die Ergebnisse der vertiefenden Gruppendiskussion ergänzen die Darstellung der Einflussfaktoren.

5.5.1 Einflussfaktoren vor Ausbildungsbeginn

Die Ergebnisse zu den Faktoren, die bereits vor Ausbildungsbeginn auf berufliche Identität und Engagement einwirken, beziehen sich im Einzelnen auf:

- Schulbildung und Schulerfolg,
- Einstellung und Unterstützung des sozialen Umfeldes,
- im Gesundheitswesen tätige Eltern(-teile) und
- Motive der Berufswahl.

Schulbildung und Schulerfolg

Im Anschluss an die Forschungsarbeit von MEEUS (1993), welche den Einfluss von Schulbildung und Schulerfolg aufzeigt (siehe Kap. 2.3.3), wurde überprüft, ob sich an der vorliegenden Stichprobe diese Ergebnisse bestätigen lassen.

Die Analyse hat ergeben, dass die Höhe des Schulabschlusses nicht mit der Ausprägung von beruflicher Identität und Engagement korreliert, wenn man die Auszubildenden, die eigentlich Medizin studieren wollten, aus der Berechnung ausklammert. Werden diese Personen jedoch in der Auswertung belassen, zeigt sich eine schwache, aber auf einem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifi-

kant negative Korrelation (-,217**) zwischen beruflichem Engagement und der Höhe des Schulabschlusses.

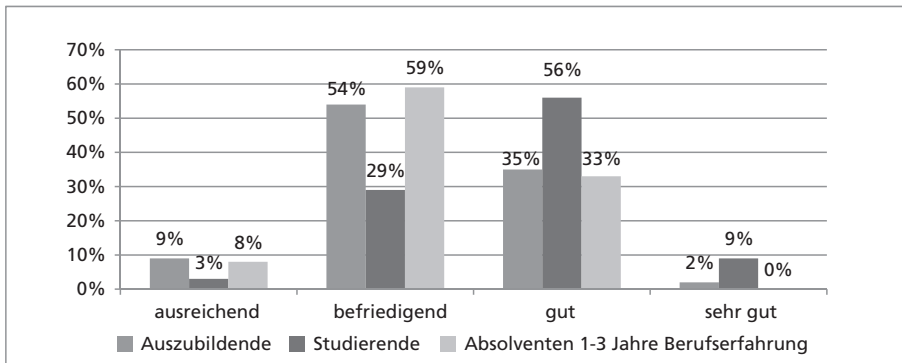


Abb. 25: Notendurchschnitt der Hauptfächer im Schulabschlusszeugnis

Hinsichtlich der Frage nach dem Schulerfolg wurden die Noten der Hauptfächer im Schulabschlusszeugnis erfragt. Die Ergebnisse (Abbildung 25) zeigen, dass sich 90 % aller Durchschnittsnoten in den Abschlusszeugnissen der allgemeinbildenden Schule zwischen gut und befriedigend bewegen. Das Notenniveau der Schweizer Studierenden liegt etwas über dem der deutschen Auszubildenden; es ist jedoch zu beachten, dass die (in der Schweiz umgekehrte) Notenskalisierung nicht uneingeschränkt auf die deutschen Zensuren zu übertragen ist.

Zwischen dem Durchschnitt der Schulnoten des Abschlusszeugnisses in Mathematik, Deutsch und Englisch und der Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement kann in keiner der Untersuchungsgruppen ein Zusammenhang dargestellt werden. Die Ergebnisse von MEEUS (1993) lassen sich mithilfe der vorliegenden Daten also nicht bestätigen.

Einstellung und Unterstützung des sozialen Umfeldes

87 % der Auszubildenden und 89 % der Studierenden geben an, dass ihre Eltern sich für ihre Ausbildung interessieren¹⁵⁰; 85 % bzw. 92 %, dass diese ihre Ausbildung bzw. ihr Studium unterstützen. Ein Zusammenhang zwischen Interesse bzw. der Unterstützung der Eltern und beruflicher Identität bzw. Engagement kann weder bei den Auszubildenden noch bei den Studierenden aufgezeigt werden.

¹⁵⁰ Für die Angaben wurden die Antworten „trifft vollkommen zu“ und „trifft eher zu“ addiert.

Bemerkenswert hingegen ist das Ergebnis im Hinblick auf die Einschätzung des sozialen Umfeldes: Bei 86 % bzw. 89 % der Auszubildenden bzw. Studierenden finden Freunde und Bekannte der Auszubildenden bzw. Studierenden den „Beruf in Ordnung“. Diese Aussage korreliert in der Gruppe der Auszubildenden mit allen vier Skalen in kleiner Ausprägung:

- Berufliche Identität: ,208**¹⁵¹
- Berufliches Engagement: ,285**
- Betriebliches Engagement: ,197**
- Arbeitsmoral: ,199**

Bestätigt wird der Einfluss des sozialen Umfeldes durch das Ergebnis bei den Absolventen, bei denen 84 % der Freunde und Bekannte den Beruf Gesundheits- und Krankenpflege „in Ordnung“ finden: Es zeigt sich, dass auch hier diese Einschätzung mit allen vier Skalen in schwacher bis mittlerer Ausprägung korreliert:

- Berufliche Identität: ,349**
- Berufliches Engagement: ,411**
- Betriebliches Engagement: ,197**
- Arbeitsmoral: ,291**

Bei den Studierenden besteht ebenfalls ein mittlerer Zusammenhang zwischen der Einschätzung des sozialen Umfeldes und beruflicher Identität ($,396^*$)¹⁵².

Die Einstellung von Freunden und Bekannten zur Berufswahl der Auszubildenden scheint also durchaus einen Einfluss auf deren berufliche Identitäts- bzw. Engagemententwicklung aufzuweisen.

Des Weiteren korreliert dieses Item sowohl bei den Auszubildenden ($,179^{**}$) als auch bei den Absolventen ($,341^{**}$) mit dem Wunsch, im Beruf verbleiben zu wollen.¹⁵³

Hinsichtlich des zukünftig prognostizierten Mangels an Pflegepersonal ist dies ein Ergebnis, welches zusätzlich auf den beträchtlichen Einfluss, den die Einstellung von Freunden und Bekannten hat, hinweist.

151 ** = die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

152 * = die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

153 Das Item gehört zur Skala Berufliches Engagement.

Eltern sind im Gesundheitswesen tätig

Zur Frage nach dem Beruf der Eltern zeigt sich, dass bei gut einem Viertel (27 %) der Auszubildenden mindestens ein Elternteil im Gesundheitswesen tätig ist: Insgesamt arbeiten 103 Elternteile in einem Pflegeberuf, neun Elternteile sind Ärzte, 31 Elternteile sind in einem anderen, nicht akademischen Gesundheitsberuf (z. B. Physiotherapie) tätig und fünf Elternteile in einem anderen akademischen Gesundheitsberuf (z. B. Apotheker). Das trifft auf die Studierenden nicht zu, hier haben nur sechs von 36 Befragten einen im Gesundheitswesen tätigen Elternteil. In der Gruppe der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung ist bei 37 % der Befragten mindestens ein Elternteil in einem Gesundheitsberuf tätig: 40 Mütter oder Väter arbeiten in der Pflege, fünf im Arztberuf, zwei in anderen akademischen Gesundheitsberufen und zehn in anderen, nicht akademischen Gesundheitsberufen.

Die Ergebnisse von VEIT (1996), die zu dem Ergebnis kam, dass sich Auszubildende mit Krankenschwestern/-pflegern in der Verwandtschaft stärker mit dem Beruf identifizieren, können in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden: Zwischen der Aussage „Eltern sind im Gesundheitswesen tätig“ und den Skalen für berufliche Identität, berufliches bzw. betriebliches Engagement und Arbeitsmoral stellt sich keinerlei Zusammenhang dar. Die hohe Anzahl von Pflegenden, deren Eltern in einem Gesundheitsberuf tätig sind, deutet dennoch auf den Einfluss des Elternhauses auf die Berufswahl an sich und auf die Sozialisation *für* den Beruf hin (siehe Kap. 3.2.1.1).

Motive zur Berufswahl

Die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Begründung des Berufswunsches Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral gibt, lässt sich – wie auch in der Bremerhaven-Studie – für die Gesundheits- und Krankenpflegenden zustimmend beantworten.

Nachfolgend werden das Antwortverhalten der Befragten sowie die Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität bzw. Engagement und folgenden Antwortoptionen dargestellt:

- Wunschberuf und Wunschkrankenhaus,
- Wunsch zu helfen und soziales Engagement,
- Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung,
- andere Motive zur Berufswahl,

- Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung als Alternative und
- Helfersyndrom.

Wunschberuf und Wunschkrankenhause

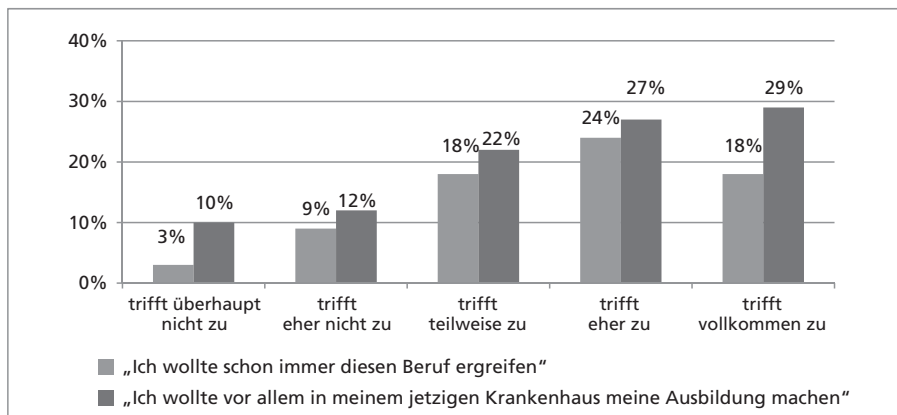


Abb. 26: Wunschberuf und Wunschkrankenhause/Auszubildende

Für 58 % der Auszubildenden (*Abbildung 26*) und 62 % der Absolventen (*Abbildung d*) ist die Gesundheits- und Krankenpflege der Wunschberuf: Die Befragten stimmen eher oder vollkommen zu, dass sie „immer schon“ den Beruf Gesundheits- und Krankenpflege erlernen wollten. Fast ebenso viele Personen (56 % der Auszubildenden und Absolventen) hatten ursprünglich den Wunsch, in ihrem jetzigen Krankenhaus diese Ausbildung zu absolvieren (*Abbildung 26* und *Abbildung d*).¹⁵⁴

Bei den Schweizer Studierenden stellt sich die Situation bezüglich des Berufswunsches sehr ähnlich dar wie bei den Auszubildenden. So geben 20 (von 35) Studierenden an, Pflege sei immer schon ihr Berufswunsch gewesen. Nur auf zwei Studierende trifft die Aussage zu, ursprünglich einen anderen Studienwunsch gehabt zu haben. Diese beiden Personen wollten eigentlich Medizin studieren. Das Studium an der FHS St. Gallen absolvieren zu können, hat nur für die Hälfte der Studierenden Priorität.

Die Gesundheits- und Krankenpflege als Wunschberuf korreliert bei Auszubildenden und Absolventen in niedriger bis mittlerer Ausprägung mit allen vier

¹⁵⁴ An dieser Stelle ist zu ergänzen, dass diese Frage – wie der Pretest zeigte – verstanden wurde als „Ich wollte die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in *meinem jetzigen Krankenhaus* machen“ und nicht im Sinne von „Ich wollte in meinem jetzigen Krankenhaus eine Ausbildung machen, *in welchem Beruf ist zweitrangig*“. Das unterscheidet möglicherweise die Ergebnisse von denen der Bremerhaven-Studie.

Skalen. Auch der Umstand, dass die Auszubildenden und Absolventen in dem von ihnen gewünschten Krankenhaus tätig sind, steht bei beiden Gruppen mit allen vier Skalen in einem schwachen bis mittleren positiven Zusammenhang. Dieses Resultat bestätigt auch die Ergebnisse aus Bremerhaven (vgl. 2009, 48).

Dass Pflege bei Berufstätigen mit hoher beruflicher Identität häufig bereits ein Kindheitswunsch war, darauf deuten auch die Ergebnisse der Gruppendiskussion hin: Hier zeigte sich, dass bei fünf der acht Teilnehmerinnen der Wunsch, Krankenschwester zu werden, schon in der Kindheit gehegt und auch gegen Widerstände durchgesetzt worden war. Folgendes Zitat aus dem Transkriptionsprotokoll verdeutlicht dies:

Frau B: „Ich wollte mit drei Jahren Krankenschwester werden (alle TN lachen). Das war so. Ich weiß, ich habe meine Großtante, die habe ich im Krankenhaus besucht, die war damals schon Krankenschwester. Und das hat mich alles so fasziniert, dass ich gesagt habe, das will ich werden. Und dann konnte kommen was wollte. Ich bin vom Fahrrad gestürzt und habe mir das Sprunggelenk zerschmettert: „Sie dürfen auf keinen Fall diesen Beruf ausüben“ [Aussage eines Arztes, Anm. der Verf.]. Da bin ich nach Hause und sagte zu meiner Mutter, ist mir egal, was der sagt. Der Weg für mich war so früh gebahnt und da bin ich auch nie von weg.“

Das Berufsinteresse der Diskutantinnen war insbesondere durch Verwandte, die in der Pflege tätig waren, durch Besuche im Krankenhaus, Mitarbeit im Jugendrotkreuz, Praktika und Sonntagsdienst im Krankenhaus¹⁵⁵ schon sehr früh geweckt worden.

Bei den Studierenden hingegen finden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Berufswunsch und beruflicher Identität bzw. Engagement, jedoch schwache, negative Korrelationen zwischen Wunschberuf und betrieblichem Engagement bzw. Arbeitsmoral. Um dieses Ergebnis interpretieren zu können, wären weitere Untersuchungen mit einer größeren Fallzahl notwendig.

Wunsch zu helfen und soziales Engagement

Menschen helfen zu wollen und soziales Engagement wurden bereits in zahlreichen Forschungsarbeiten als wichtige Gründe, einen Pflegeberuf zu erlernen oder auszuüben, identifiziert (siehe Kap. 2.3.3).

155 Bis Ende der 1990er Jahre war es üblich, dass junge Pflege-Berufsinteressentinnen an Sonntagen ehrenamtlich im Krankenhaus halfen. Ihre Aufgaben waren im Wesentlichen hauswirtschaftlicher Art (Mahlzeiten verteilen, Geschirr einsammeln und Nachtschränken säubern), und die Mädchen konnten erste Erfahrungen im Umgang mit kranken Menschen sammeln. Das Absolvieren von Sonntagsdiensten erhöhte darüber hinaus oftmals die Chance, einen Ausbildungsplatz im betreffenden Krankenhaus zu erhalten.

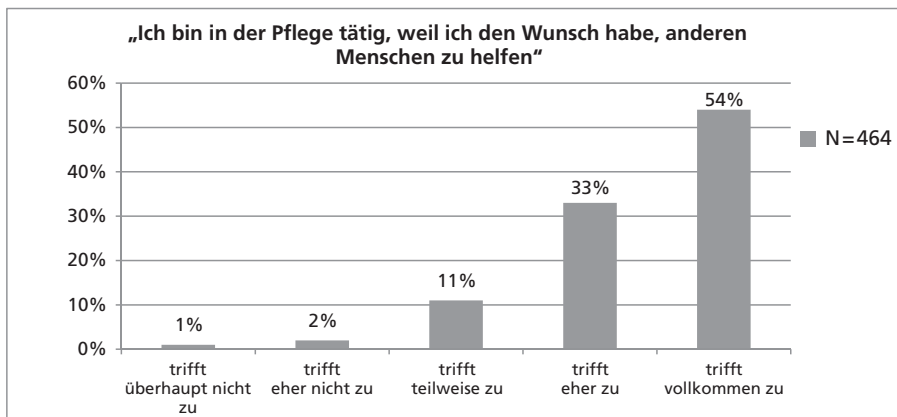


Abb. 27: Wunsch zu helfen/Auszubildende

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen das: Der wichtigste Grund, in der Pflege tätig zu sein, so zeigt die Rangierung aller Antwortoptionen, ist für die Hälfte (49%) der befragten Auszubildenden der Wunsch, anderen Menschen zu helfen. Auch stimmen 87% der Befragten dem Statement, in der Pflege zu sein, um anderen Menschen zu helfen, eher oder vollkommen zu (*Abbildung 27*). Der Wunsch, zu helfen, wird auch von den Studierenden (15 von 36 Personen) sowie den Absolventen (44%) als wichtigstes Motiv zur Berufswahl Pflege genannt.

Auch 84% der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung stimmen dem Item, anderen Menschen helfen zu wollen, eher oder völlig zu. Bei den langjährig Berufserfahrenen geben alle zehn Befragten an, in der Pflege zu sein, um zu helfen (*Abbildung e*).

Der Aussage, in der Pflege zu sein, um sich sozial zu engagieren und etwas für die Allgemeinheit zu leisten, stimmen darüber hinaus 69% der Auszubildenden, 57% der Studierenden und 71% der Absolventen, eher oder völlig zu.

Der *Tabelle 1* lassen sich sämtliche Ergebnisse der Korrelationsberechnungen zwischen den vier Skalen und Fragen zur Begründung des Berufswunsches Pflege entnehmen.

Die Frage, ob der Wunsch zu helfen im Zusammenhang mit beruflicher Identität bzw. Engagement steht, lässt sich zustimmend beantworten: Der Wunsch zu helfen steht sowohl bei den Auszubildenden als auch bei den Absolventen in einem Zusammenhang mittlerer Ausprägung mit allen vier Skalen.

Bei den Studierenden stellt sich zu diesem Item kein Zusammenhang dar. Anders hingegen bei der Motivation, sich sozial engagieren und etwas für die All-

gemeinheit tun zu wollen: Diese Aussage korreliert bei den Studierenden in mittlerer Ausprägung signifikant mit beruflichem und betrieblichem Engagement. Bei den Auszubildenden stellt sich ein kleiner bis mittlerer Zusammenhang mit allen vier Skalen dar. Schwache Korrelationen zu beruflicher Identität, beruflichem Engagement und Arbeitsmoral zeigen sich auch bei den Absolventen.

Um zu klären, worauf dieser Unterschied zwischen Auszubildenden und Absolventen einerseits und den Studierenden andererseits gründet, wurden die beiden Items miteinander korreliert. Es zeigt sich, dass bei Auszubildenden und Absolventen die beiden sozial motivierten Gründe zur Berufswahl in hoch positivem Zusammenhang stehen (,453** bei den Auszubildenden und ,532** bei den Absolventen), während bei den Studierenden nur ein kleiner, nicht signifikanter Zusammenhang (,146) vorliegt. Offensichtlich ist soziales Engagement und „Menschen helfen zu wollen“ für die Auszubildenden bzw. Absolventen etwas sehr ähnliches, während für die Studierenden hier ein Unterschied besteht. Dennoch bestätigt dieses Ergebnis insgesamt auch den Fürsorgeaspekt, den APESOA-VARANO (2007) als zentralen Bestandteil der beruflichen Identität von Pflegepersonen identifizieren konnte.

Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung

Auch der Wunsch zur persönlichen Entwicklung spielt bei der Berufswahl Pflege eine wichtige Rolle. Die Gründe „viele Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zu haben“ und „sich selbst weiterentwickeln zu können“ werden von Auszubildenden und Studierenden in der Prioritätenliste als zweit- bzw. dritthäufigstes Motiv zur Berufswahl genannt.

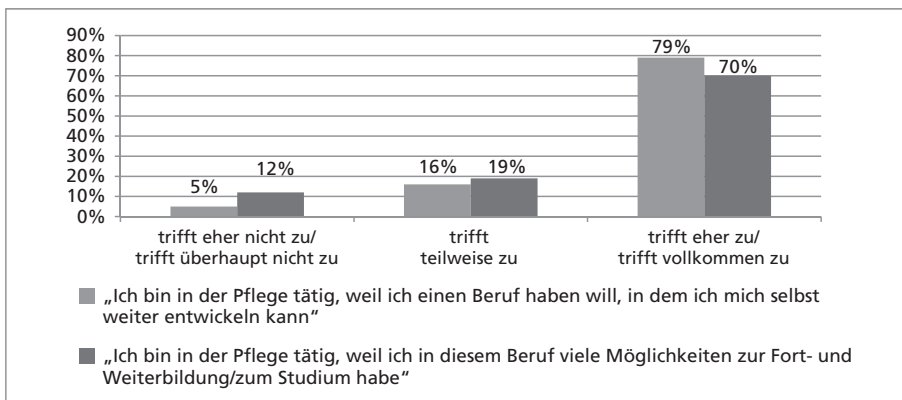


Abb. 28: Motiv der Berufswahl „eigene Entwicklung“/Auszubildende

79 % der Auszubildenden und 86 % der Studierenden stimmen darüber hinaus der Aussage „Ich bin in der Pflege, weil ich einen Beruf haben will, in dem ich mich selbst weiterentwickeln kann“ eher oder vollkommen zu und 70 % der Auszubildenden bzw. 80 % der Studierenden dem Statement „Ich bin in der Pflege tätig, weil ich in diesem Beruf viele Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung/zum Studium habe“ (*Abbildung 28*). Der Wunsch nach persönlicher Entwicklung und Weiterbildung korreliert bei den Auszubildenden schwach, aber signifikant mit allen Skalen und bei den Absolventen mit beruflicher Identität und beruflichem Engagement. Bei den Studierenden findet sich hier kein Zusammenhang.

Bei den Absolventen liegt der Grund, Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung zu haben bzw. sich selbst weiterentwickeln zu können, auf dem dritten bzw. vierten Rang in der Prioritätenliste.

Andere Möglichkeiten zu Motiven der Berufswahl

Von 20 % der Absolventen wird die Möglichkeit, selbständig und verantwortungsbewusst zu handeln, als wichtigste Motivation zur Berufswahl genannt. Dieser Grund wird bei den Auszubildenden von nur 7 % und bei den Studierenden von 6 % der Befragten priorisiert. Möglicherweise wird die hohe Verantwortung, die mit dem Beruf einhergeht und welche die Auszubildenden eher noch einschüchtert, von den Absolventen mit zunehmender Berufserfahrung wertgeschätzt.

Zur Motivation, selbstständig und verantwortungsbewusst zu handeln, zeigen sich Zusammenhänge geringer bis mittlerer Stärke mit allen Skalen (Auszubildende) bzw. mit beruflicher Identität und beruflichem Engagement bei den Absolventen.

Die Krisensicherheit des Pflegeberufs, ein Thema, welches angesichts der demografischen Entwicklung vermutlich eine zunehmend geringere Rolle spielen wird, korreliert nur bei den Absolventen in schwacher Ausprägung mit beruflicher Identität. Vermutlich ist der jetzigen Auszubildenden-Generation bereits klar, dass Pflegeberufe krisensicher sind.

Weiterhin stellt sich ein Zusammenhang zwischen Engagement und der Aussage, in der Pflege tätig zu sein, weil dies ein angesehener Beruf sei, sowohl bei Auszubildenden als auch bei Absolventen und Studierenden dar; bei letztgenannter Gruppe sind die Ergebnisse aber nicht signifikant.

In der Gruppendiskussion wurden als darüber hinaus reichende Gründe noch genannt, Pflege sei ein abwechslungsreicher Beruf, der ein umfangreiches Wissen und Kreativität verlange, den Menschen positiv fordere und den Kontakt mit vielen Menschen und Berufsgruppen ermögliche. Es ist zu diskutie-

ren, ob das Instrument für zukünftige Erhebungen diesbezüglich ergänzt werden sollte.

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung als Alternative

Nur 6 % der Auszubildenden und 3 % der Absolventen geben an, eigentlich einen anderen Ausbildungsberuf angestrebt zu haben. Auf 10 % der Auszubildenden und 12 % der Absolventen trifft das Statement „Eigentlich wollte ich Medizin studieren, habe aber keinen Studienplatz bekommen“, eher oder vollkommen zu. Bei den Studierenden wollten nur zwei der 36 Befragten ursprünglich ein anderes Studium beginnen, und dieses war in beiden Fällen das Medizinstudium.

Auffällig, jedoch die Mittelwertvergleiche bestätigend, ist die signifikant negative Korrelation in schwacher bis mittlerer Ausprägung zwischen der Aussage „Eigentlich wollte ich Medizin studieren, habe aber keinen Studienplatz bekommen“ und beruflichem Engagement, beruflicher Identität und betrieblichem Engagement bei Auszubildenden und Absolventen (hier besteht kein Zusammenhang zu betrieblichem Engagement). Bei den Studierenden finden sich zu diesem Item widersprüchliche Ergebnisse.

Auch im Zusammenhang mit geplantem Berufsverbleib fällt der ursprüngliche Berufswunsch Medizin ins Auge: Zwischen den beiden Items finden sich bei Absolventen ($,606^{**}$) und Auszubildenden ($-,478^{**}$) deutlich negative Korrelationen. Es scheint, dass der ursprüngliche Berufswunsch Medizin über die Ausbildung hinweg ins Berufsleben hinein berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung negativ beeinflusst.

Dieses Ergebnis wird untermauert durch die ebenfalls negative Korrelation in schwacher bis mittlerer Stärke zwischen der Aussage, ursprünglich einen anderen Berufswunsch gehabt zu haben und allen vier Skalen bei den Auszubildenden, bei den Absolventen nur zum beruflichen Engagement. Hier zeigt sich allerdings nur bei den Auszubildenden ein negativer Zusammenhang ($-,354^{**}$) zwischen dem ursprünglich anderweitigen Berufswunsch und dem gewünschten Berufsverbleib, nicht aber bei den Absolventen.¹⁵⁶ Der positive Einfluss des Wunschberufs auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung bestätigt die diesbezüglichen Ergebnisse der Bremerhaven-Studie (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 48).

Interessanterweise stellte sich in der Gruppendiskussion heraus, dass durchaus nicht alle der Pflegenden mit mehr als 20-jähriger Berufserfahrung ursprünglich den Berufswunsch Krankenpflege gehegt hatten; für immerhin drei der

¹⁵⁶ Bei diesem Item konnte nur jeweils eine Antwortoption angekreuzt werden, d. h. entweder der ursprüngliche Berufswunsch Medizin oder ein anderer ursprünglicher Berufswunsch.

acht Diskutantinnen war der Pflegeberuf eine Alternative, weil Berufe wie Hebamme oder Physiotherapeutin aus unterschiedlichsten Gründen nicht verwirklicht werden konnten. So berichtete eine Teilnehmerin:

Frau A: „Ich wusste nicht, was ich machen wollte. Und dann hatte ich mich eigentlich für Physiotherapie entschieden, und habe mich dann auch so ein bisschen umgehört. Aber da waren endlose Wartezeiten, über fünf, sechs Jahre, und dann Heidelberg, Tübingen oder so. Dann habe ich gedacht, komm, machst du was anderes.“

Zusammenfassend lässt sich zur Frage der Motive zur Berufswahl festhalten, dass sich offenbar hier in den letzten 20 Jahren nichts Entscheidendes verändert hat. Die Ergebnisse bestätigen die in Kapitel 2.3.3 näher ausgeführten Ergebnisse der Untersuchungen von SCHAEFER, BRÖNNER und BITZIGEIO (1990), TAUBERT (1992), VEIT (1996), sowie LINKE-WINTER und PFEIFFER (1999).

Die deutlichsten positiven Zusammenhänge zu beruflicher Identität und Engagement zeigen sich zur Begründung der Berufswahl mit „Wunsch zu helfen“ bzw. sich sozial engagieren zu wollen; ein negativer Zusammenhang hingegen bei der Aussage, ursprünglich einen anderen Beruf oder ein Medizinstudium angestrebt zu haben. Es sieht jedoch so aus, als würde der vormals anderweitige Berufswunsch, sofern er nicht ein Medizinstudium war, im Laufe der Berufsjahre in den Hintergrund treten und an Bedeutung für berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung verlieren.

Helfersyndrom

Eine Frage im Zusammenhang mit beruflicher Motivation war auch die nach dem sog. „Helfersyndrom“, einem Phänomen, welches mit drei Items versucht wurde, zu erfassen. Gut die Hälfte der Auszubildenden geben an, enttäuscht zu sein, wenn sie das Gefühl haben, ihre Arbeit würde von den Patienten nicht anerkannt. In Anbetracht dessen, dass das Lob von Patienten für die Auszubildenden an erster Stelle steht (*Abbildung 49*), ist das kritisch im Hinblick auf das berufliche Selbstverständnis der Auszubildenden zu sehen. Fast 40 % der Auszubildenden stimmen auch zu, ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten beruflicher Erfordernisse zu vernachlässigen. Zu vermuten ist allerdings, dass genau das von den Auszubildenden erwartet und ihnen als zum Pflegeberuf gehörend vermittelt wird: Das Einspringen aus dem geplant freien Wochenende, weil ein Kollege erkrankt ist und spontanes Dienste tauschen, weil die Stationsbesetzung ansonsten nicht gewährleistet ist, gehört wohl für alle Pflegenden zum Berufsalltag und ist daher nur bedingt als Hinweis auf ein „Helfersyndrom“ zu werten. Fast die Hälfte der Auszubildenden stimmt nicht der Aussage zu,

durch ihre Tätigkeit das Gefühl der inneren Leere zu kompensieren; nur ein Fünftel der Befragten bejaht diese Äußerung.

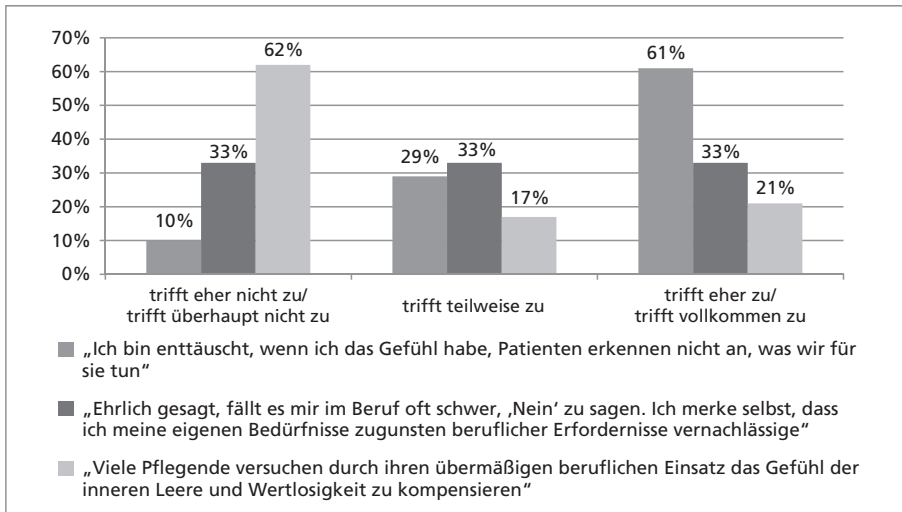


Abb. 29: Helfersyndrom/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung

Bei den Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung empfinden 61 % Enttäuschung, wenn Patienten ihnen nicht die gewünschte Anerkennung zollen. Ein Drittel der Befragten vernachlässigt private Bedürfnisse zugunsten beruflicher Erfordernisse; das Ergebnis entspricht dem der Auszubildenden. Noch deutlich höher als bei den Auszubildenden (62 % vs. 48 %) ist die Zahl derer, die der Aussage zustimmen, dass Pflegende durch ihren beruflichen Einsatz das Gefühl innerer Wertlosigkeit kompensieren (*Abbildung 29*).

Die Aussagen zum „Helfersyndrom“ der Studierenden unterscheiden sich von denen der Auszubildenden. Hier sind es nur 39 % (vs. 51 %) der Befragten, die enttäuscht sind, wenn ihre Arbeit von Patienten nicht gewürdigt wird, und nur ein Viertel (vs. 33 %) der Studierenden vernachlässigt private Bedürfnisse zugunsten beruflicher Erfordernisse. Dies deutet auf ein professionelleres Berufsverständnis der Studierenden im Vergleich zu den Auszubildenden hin. Die Aussagen zur „Kompensation des Gefühls innerer Leere und Wertlosigkeit durch den Beruf“ entsprechen wiederum der Einschätzung der Auszubildenden.

In der Gruppe der langjährig Berufserfahrenen zeigt sich, dass nur drei (von zehn) Personen enttäuscht sind, wenn sie das Gefühl haben, Patienten erkennen ihre Arbeit nicht an. Vier Befragte hingegen stimmen der Aussage zu, ihre

eigenen Bedürfnisse zugunsten beruflicher Erfordernisse zu vernachlässigen. Dass Pflegende versuchen, durch ihren übermäßigen Einsatz das Gefühl der inneren Leere und Wertlosigkeit zu kompensieren, verneinen acht der zehn befragten Personen.

Bei einer der zehn Personen fällt jedoch auf, dass sie zwei der drei Items mit „vollständiger“ und ein Item mit „eher“ zustimmend beantwortet hat; diese Konstellation findet sich in der Gesamtstichprobe lediglich bei drei weiteren Befragten (Absolventen).

Die Ergebnisse sind uneindeutig und eher im Hinblick auf das Berufsverständnis der Pflegenden als auf ein mögliches „Helfersyndrom“ zu interpretieren. Es muss eingeräumt werden, dass die Thematik zu komplex ist, um sie mit drei Items erfassen zu können. Für zukünftige Erhebungen sollten daher standardisierte Instrumente verwendet werden.

Bei der Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen diesen Items und den Skalen zeigt sich, dass die Feststellung, private Bedürfnisse beruflichen Erfordernissen hintenan zu stellen, in der Gruppe der Auszubildenden in schwacher Ausprägung mit betrieblichem Engagement und beruflicher Identität korreliert. Das stützt die Annahme, dass die Bereitschaft, private Angelegenheiten den dienstlichen Notwendigkeiten unterzuordnen, aus Perspektive der Auszubildenden quasi als zum Beruf gehörend angesehen wird. Bei den Absolventen und Studierenden findet sich hier kein signifikanter Zusammenhang. Dem Aspekt ist hinzuzufügen, dass in der Gruppendiskussion mehrfach die Notwendigkeit einer Trennung von Privatleben und Beruf thematisiert und die Relevanz eines Ausgleichs zu den beruflichen Belastungen herausgestellt wurde. Hierzu ein Beispiel:

Frau C: „Also ich denke, hüten sollte man sich vor dem Mutter-Teresa-Effekt, finde ich. Man sollte schon eine gewisse Distanz haben zwischen der Arbeit und zwischen dem Privatleben. Weil irgendwo, wenn man immer voll da ist, dann bleibt man irgendwo auf der Strecke. Also so eine gewisse Distanz finde ich, gehört schon mit dazu. Dann kann man damit auch gut lange zurechtkommen.“

5.5.2 Einflussfaktoren während der Ausbildung

Während der Ausbildung spielt es eine wichtige Rolle, ob es den Auszubildenden gelingt, ihre berufliche Identität zu festigen. Nur dann – so ist zu vermuten – verbleiben die Pflegenden auch nach Ausbildungsabschluss im Beruf. Der Wunsch, auch in Zukunft in der Gesundheits- und Krankenpflege zu arbeiten, wird von 73 % der Auszubildenden und 83 % der Studierenden angegeben.

Die Fragen nach den Einflussfaktoren, die während der Ausbildung auf berufliche Identität und Engagement einwirken, beziehen sich auf folgende Aspekte:

- die Einschätzung des Lernorts Schule/Fachhochschule,
- die Einschätzung des Lernorts Praxis,
- die Qualität der Lernortkooperation,
- berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis.

Lernort Schule/Fachhochschule

Die Einschätzung des Lernortes Schule betrifft die Bewertung der Auszubildenden bzw. Studierenden folgender Kriterien:

- allgemeine Ausbildungszufriedenheit,
- Lernatmosphäre,
- Einschätzung der Lehrpersonen,
- Leistungsanforderungen und Leistungsvermögen,
- Lernmotivation.

Allgemeine Ausbildungszufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Ausbildung an den befragten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der BBT-Gruppe ist insgesamt hoch. 79 % der Befragten sind mit ihrer Ausbildung eher oder vollkommen zufrieden, auf lediglich 4 % trifft das eher oder gar nicht zu (*Abbildung 30*). Weniger als die Hälfte (45 %) der Auszubildenden wollen aber nach Ausbildungsabschluss in ihrem Ausbildungs Krankenhaus verbleiben. Dieses Ergebnis kann im Hinblick auf die hohe Ausbildungszufriedenheit als Wunsch, nach der Ausbildung Neues zu erlernen und zu erleben, interpretiert werden.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Ausbildungszufriedenheit sind jedoch zwischen den Auszubildenden der einzelnen Schulen zu beobachten (*Abbildung 31*). Schule Nr. 3 fällt gegenüber den Schulen Nr. 2 und Nr. 4/5 deutlich ab. Nur 70 % der Auszubildenden sind hier eher oder vollkommen zufrieden und 9 % (vs. 1 %) tendenziell unzufrieden.

Um hier nach Ursachen zu forschen, wurde ein Mittelwertvergleich (t-Test bei unabhängigen Stichproben) aller Fragebogen-Items zwischen Schule Nr. 3 und Schule Nr. 4/5 durchgeführt. Erneut zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Ausbildung am Lernort Praxis und bezüglich der Abstimmung theoretischer und praktischer Ausbildung, nicht hingegen zur

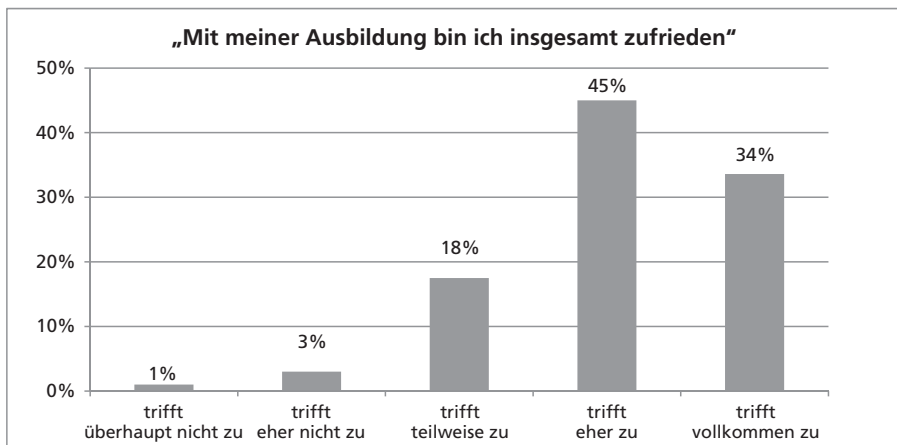


Abb. 30: Ausbildungszufriedenheit/alle Auszubildenden

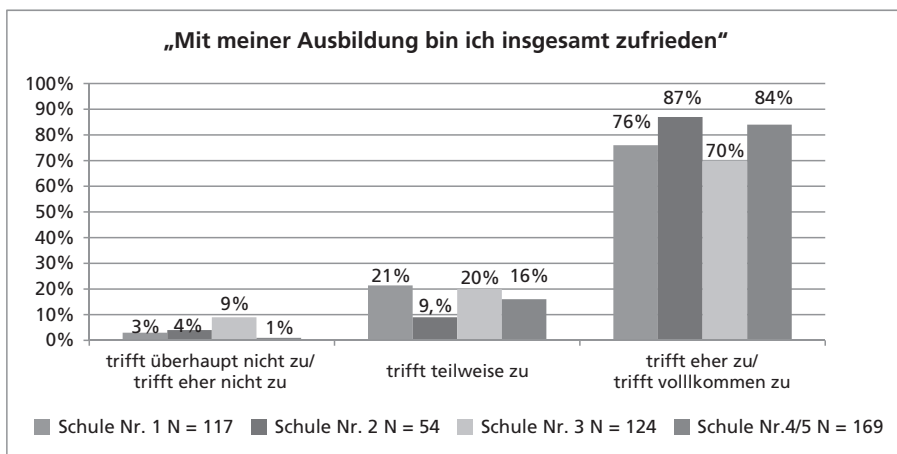


Abb. 31: Ausbildungszufriedenheit/Vergleich nach Schulen

Einschätzung der Lehrenden oder der Atmosphäre in der Schule (Tabelle m). Auch in allen anderen Items (z. B. Motive zur Berufswahl, Pflege- und Berufsverständnis) finden sich keine Muster hinsichtlich der Unterschiede zwischen den beiden Schulen.

Sehr zufrieden mit ihrem Studium sind die Schweizer Studierenden. Auf 31 von 35 Personen trifft die Aussage „Ich bin mit meinem Studium insgesamt zufrieden“ eher oder vollkommen zu, auf vier Personen teilweise.

Erwartungsgemäß – und die Ergebnisse der Bremerhaven-Studie (vgl. Heine mann/Maurer/Rauner 2009, 32) bestätigend – korreliert die Ausbildungszufriedenheit positiv und in mittlerer Ausprägung mit beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichen Engagement sowie in geringer Ausprägung auch mit Arbeitsmoral. Probleme in der Ausbildung hingegen zeigen einen negativen Zusammenhang kleiner Ausprägung zum betrieblichen Engagement. Bei den Studierenden lässt sich ein schwacher, nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Studium und Identität bzw. Engagement aufzeigen (*Tabelle n*).

Lernatmosphäre

Zur Einschätzung der Atmosphäre in der Schule geben fast die Hälfte (48 %) der Auszubildenden als „zutreffend oder eher zutreffend“ an, dass Mitschüler häufig den Unterricht stören. Nur 61 % bestätigen, dass die Schüler meistens pünktlich zum Unterricht kommen. Nur gut ein Viertel (27 %) der Befragten stimmen eher oder vollkommen zu, dass Mitschüler Rücksicht auf andere Schüler nehmen – fast ebenso viele (24 %) verneinen diese Aussage. Auch geben 33 % der Befragten an, Probleme in der Klasse würden eher oder überhaupt nicht offen angesprochen, diskutiert und gelöst; 38 % stimmen diesem Item hingegen eher oder vollkommen zu. Da klingt es fast verwunderlich, dass sich trotzdem rund 70 % der Befragten in ihrer Schule eher oder vollkommen wohl fühlen; auf nur 7 % der Auszubildenden trifft diese Aussage eher oder überhaupt nicht zu.

Das Lernklima an der FHS St. Gallen wird von den Studierenden durchweg positiver bewertet als dies bei den Auszubildenden der Fall ist. 34 (von 35) Personen geben an, sich an ihrer Fachhochschule wohl zu fühlen. Störungen in Lehrveranstaltungen scheinen an der FHS ein eher zu vernachlässigendes Problem zu sein. Keiner der Studierenden stimmt der Aussage „Es gibt Studierende, die in Lehrveranstaltungen häufig stören“ eher oder vollkommen zu. Auch bestätigen die Studierenden ihren Kommilitonen gegenseitige Rücksichtnahme: Der Aussage „Meine Mitstudierenden nehmen Rücksicht auf andere Studierende“ stimmen 30 Studierende eher oder vollkommen zu. 25 (von 35) Personen geben an, Probleme in der Semestergruppe würden offen angesprochen und meistens gelöst.

Im Vergleich zu den Auszubildenden, die schätzungsweise (siehe Kap. 4.3.1) eine recht ähnliche Altersstruktur wie die Studierenden aufweisen, scheint in der FHS offenbar eine „erwachsenere“ Lernatmosphäre zu herrschen, als dies in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege der Fall ist.

Auch die Lernatmosphäre trägt offensichtlich zu einer gelingenden beruflichen Identitäts- und Engagemententwicklung bei; so zeigen sich bei den Auszubil-

denden schwach positive Zusammenhänge zu allen vier Skalen. Bei den Studierenden korreliert das Item „Ich fühle mich an meiner Schule/FHS wohl“ in mittlerer Ausprägung signifikant mit beiden Formen des Engagements und schwach, nicht signifikant mit beruflicher Identität (*Tabelle n*).

Einschätzung der Lehrpersonen

Der Frage, ob sie sich von ihren Lehrpersonen ernst genommen fühlen, stimmen 83 % der Auszubildenden eher oder vollkommen zu. Auch das Engagement der Lehrenden für einzelne Schüler – also die Qualität der pädagogischen Betreuung – wird mit 79 % sehr positiv eingeschätzt. 52 % der Befragten sind eher oder vollkommen der Meinung, der Unterricht werde interessant gestaltet und berücksichtige die Interessen der Schüler (62 %). 64 % der Befragten erleben Lehrpersonen, die sich in der Unterrichtsplanung und -durchführung miteinander absprechen. 71 % der Auszubildenden bestätigen ihren Lehrkräften, einen guten Überblick über die berufliche Realität zu haben, und 83 % halten diese eher oder vollkommen für fachlich kompetent und auf dem neuesten Stand. Zur Einschätzung der Lehrpersonen lassen sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen ausmachen.

Ihren Professoren und Dozenten stellen die Studierenden ein ausgezeichnetes Zeugnis aus. So fühlen sich alle 36 Studierende von Professoren und Dozenten ernst genommen, und 31 Studierende sehen ihre Interessen in den Lehrveranstaltungen berücksichtigt. 29 Studierende geben an, ihre Professoren und Dozenten kümmern sich auch um einzelne Studierende. 25 Personen finden die Lehrveranstaltungen interessant gestaltet, auf die verbleibenden 11 Personen trifft diese Aussage immerhin teilweise zu. Dass die Professoren und Dozenten sich bei der Planung und Durchführung der Lehrveranstaltungen miteinander absprechen, geben 27 der Befragten an. Hinsichtlich der Fachkompetenz stimmen 33 Studierende dem Statement zu, dass die Lehrpersonen fachlich kompetent und auf dem neuesten Stand seien. Auch die Frage „Unsere Professoren und Dozenten haben einen guten Überblick über die berufliche Realität“ wird positiv bewertet: Auf 24 Studierende trifft diese Aussage eher oder vollkommen zu.

Die positive Einschätzung der Lehrpersonen steht bei den Studierenden in einem Zusammenhang mittlerer bis starker Ausprägung mit beruflicher Identität und beruflichem Engagement. Bei den Auszubildenden zeigt sich dieser Zusammenhang in geringer bis mittlerer Ausprägung bei allen Skalen (*Tabelle n*).

Leistungsanforderungen und Leistungsvermögen

Die an sie gestellten Leistungsanforderungen werden von 53 % der Auszubildenden als „gerade richtig“ eingeschätzt (*Abbildung 32*), ein Drittel empfindet sie als etwas zu hoch.

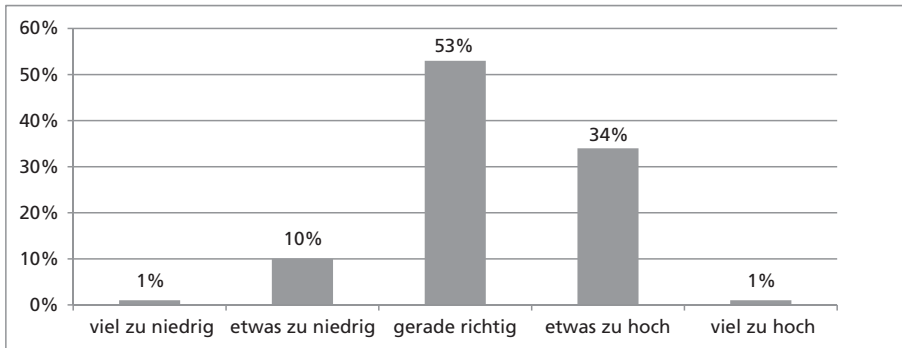


Abb. 32: Einschätzung der Leistungsanforderungen/Auszubildende

Bei Betrachtung der schulischen Vorbildung fallen Unterschiede auf: So empfinden 63 % der Hauptschüler (N = 16) die Anforderungen als etwas bzw. viel zu hoch, bei den Auszubildenden mit mittlerem Bildungsabschluss (N = 201) sind es 43 %, bei den Befragten mit Fachhochschulreife bzw. allgemeiner Hochschulreife (N = 240) hingegen nur 26 %. Dass selbst ein Viertel der Auszubildenden mit Hochschulzugangsberechtigung die Leistungsanforderungen noch als etwas zu hoch betrachtet, bestätigt die Pflegeausbildung als eine sehr anspruchsvolle Ausbildung, die in ihrer Komplexität und Lernintensität nicht nur von Ausbildungsbewerbern häufig unterschätzt wird.

Zur Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit geben 64 % der Auszubildenden an, eher oder vollkommen davon überzeugt zu sein, das, was unterrichtet wird, gut zu beherrschen und 71 %, in Leistungsüberprüfungen gute Leistungen erzielen zu können. Sicher zu sein, auch die kompliziertesten Ausbildungsinhalte verstehen zu können, trifft auf 62 % der Befragten eher oder vollkommen zu. Nur 7 % stimmen dieser Frage eher oder überhaupt nicht zu.

Eine Betrachtung der Zwischenprüfungsnoten – sofern bereits absolviert – bestätigt diese positive Selbsteinschätzung der Auszubildenden: Die befragten Personen absolvierten den schriftlichen Teil ihrer Zwischenprüfung mit einem Notendurchschnitt von 2,6 (N = 112), den mündlichen Teil mit 2,3 (N = 165) und den praktischen Teil der Prüfung mit 2,2 (N = 125).

An dieser Stelle kann auch die Frage des Zusammenhangs zwischen den Noten der Zwischenprüfungen von Auszubildenden – als potenzieller Hinweis auf berufliche Handlungskompetenz – und der Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral beantwortet werden: Es finden sich keine Korrelationen zwischen den Noten der Zwischenprüfung und den Skalen für berufliche Identität und Engagement.

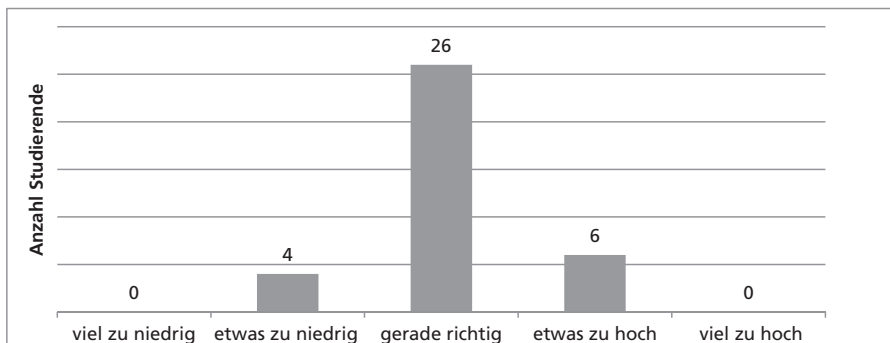


Abb. 33: Einschätzung der Leistungsanforderungen/Studierende

Die Leistungsanforderungen, die an der FHS an die Studierenden gestellt werden, werden von der Mehrzahl der Studierenden als „gerade richtig“ eingeschätzt (*Abbildung 33*). Da es an der FHS keine Zwischenprüfungen gibt und die Studierenden auch nicht nach ihren Noten im Studium befragt wurden, wird hier ausschließlich die Selbsteinschätzung dargestellt: 22 von 36 Studierenden geben an, das, was im Studium unterrichtet wird, eher oder vollkommen zutreffend gut zu beherrschen. 30 sind eher oder vollkommen überzeugt, in Leistungsüberprüfungen gute Leistungen erzielen zu können, etwas weniger (24 Personen) stimmten der Aussage eher oder vollkommen zu, auch die kompliziertesten Studieninhalte verstehen zu können.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Studierenden ähnlich wie die Auszubildenden ihr Leistungsvermögen selbst durchaus positiv bewerten. So erklären auch 31 von 35 Studierenden, mit ihren Leistungen im Studium eher oder vollkommen zufrieden zu sein. Eine positive Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit korreliert bei den Auszubildenden in geringer Ausprägung positiv mit beruflicher Identität und Arbeitsmoral. Bei den Studierenden finden sich mittlere bis starke Zusammenhänge zu beruflichem Engagement und beruflicher Identität (*Tabelle n*).

Lernmotivation

Bei den Fragen, welcher Grund zu lernen für die Auszubildenden der wichtigste sei (*Abbildung 34*), zeigt sich, dass mit 41 % ein großer Teil der Auszubildenden extrinsische und auf Leistungsorientierung hinzielende Gründe priorisiert. Das Statement „Ich lerne, weil ich die Ausbildung mit guten Noten abschließen möchte“ wird von 91 % der Auszubildenden eher oder vollkommen zustimmend beantwortet.

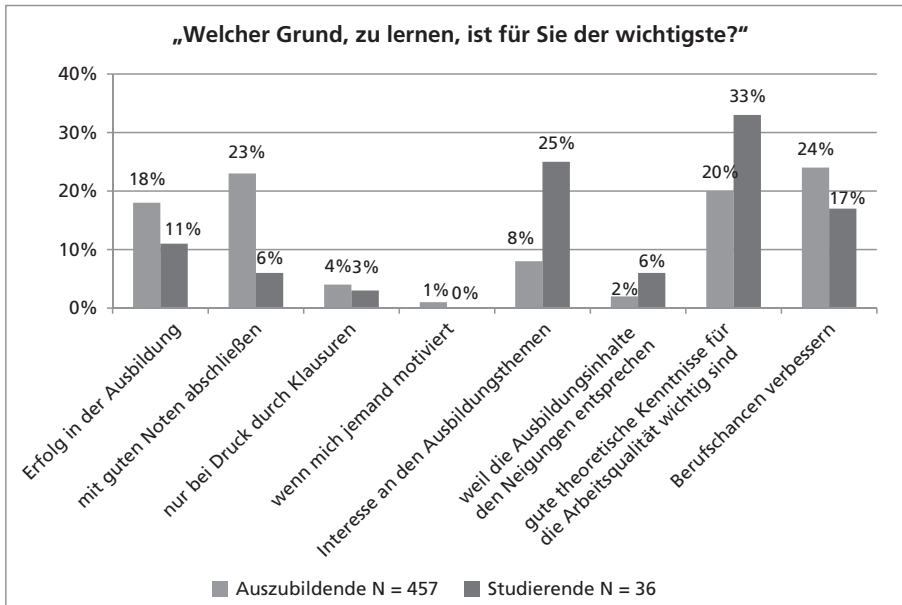


Abb. 34: Lernmotivation/Auszubildende und Studierende

„Seine Berufschancen zu verbessern und nach dem Abschluss eine Stelle in dem gewünschten Arbeitsbereich zu erhalten“ steht für 24 % der Befragten als instrumentelle Lernmotivation an erster Stelle: Dieser Aussage stimmen 85 % der Auszubildenden eher oder vollkommen zu. Nur 20 % der Auszubildenden geben an zu lernen, weil theoretische Kenntnisse für die Qualität ihrer Arbeit sehr wichtig sind. Dieses Item zeigt das wünschenswerte Qualitätsbewusstsein der Auszubildenden; es wird von 85 % der Befragten zustimmend beantwortet. Weitere intrinsische Gründe, wie Interesse an den Unterrichtsthemen oder persönliche Neigung, stehen mit nur 10 % der Befragten eher hinten in der Prioritätenliste, gefolgt von der Motivation durch äußeren Druck, die 5 % der Befragten als wichtigsten Grund anführen. Der Grund „Ich lerne nur, wenn mich jemand motiviert“ wird von 57 % der Auszubildenden als der am wenigsten zutreffende Grund benannt.

Bei der Frage nach der Lernmotivation stellt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Auszubildenden und Studierenden dar. Bei einem Drittel der Studierenden dominiert die Aussage, gute theoretische Kenntnisse seien für die Arbeitsqualität wichtig, gefolgt von der intrinsischen Lernmotivation „Interesse an den Studieninhalten“. Gute Noten spielen im Gegensatz zu den Auszubildenden nur für zwei von 36 Studierenden die wichtigste Rolle.

Es stellt sich somit die Frage, warum die intrinsische Motivation bei den Auszubildenden derart in den Hintergrund tritt. Möglicherweise empfinden die Auszubildenden den Leistungsdruck in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung mit Probezeitklausuren, zahlreichen theoretischen wie praktischen Leistungsmessungen in allen Ausbildungsphasen, Zwischen- und Abschlussprüfungen doch als so hoch, dass die Freude am Lernen um der interessanten Inhalte willen schnell verloren geht. Auch die schulische Sozialisation spielt hier sicher eine große Rolle. Festzuhalten ist indessen, dass hier ein deutlicher Unterschied zu den Studierenden zu beobachten ist.

Zusammenhänge (*Tabelle p*) lassen sich sowohl bei den Auszubildenden als auch bei den Studierenden zwischen der Lernmotivation Interesse und beruflichem Engagement bzw. beruflicher Identität beobachten; bei den Auszubildenden liegt der Zusammenhang in schwacher bis mittlerer, bei den Studierenden in mittlerer bis starker Ausprägung vor. In der Gruppe der Auszubildenden findet sich weiterhin eine Korrelation kleiner bis mittlerer Stärke zwischen der Lernmotivation „gute Berufschancen“ und beruflicher Identität und Engagement. Wie die negative, nicht signifikante Korrelation zwischen diesem Faktor und dem beruflichen Engagement der Studierenden zu interpretieren ist, müssten weitere Untersuchungen zeigen.

Lernort Praxis

Der Lernort Praxis wird als besonders wichtig im Hinblick auf die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement angesehen. Die Einschätzung des Lernortes Praxis und der Einfluss auf die berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung wird anhand folgender Kriterien dargestellt:

- praktische Ausbildung,
- Tätigkeiten in der Praxis,
- Arbeitsatmosphäre und
- Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz.

Praktische Ausbildung

Bindeglied zwischen der theoretischen und der praktischen Ausbildung sind in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung die Praxisanleiter. Sie üben ihre Aufgabe entweder als Mitglied des Schulteams hauptamtlich oder als Teil des Stationsteams in Form einer Zusatzaufgabe aus. In allen Bereichen, in denen Auszubildende eingesetzt werden, müssen zu deren Betreuung qualifizierte Praxisanleiter zur Verfügung stehen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) gibt in § 2 „Praktische

Ausbildung“ vor, dass Praxisanleiter über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen müssen.

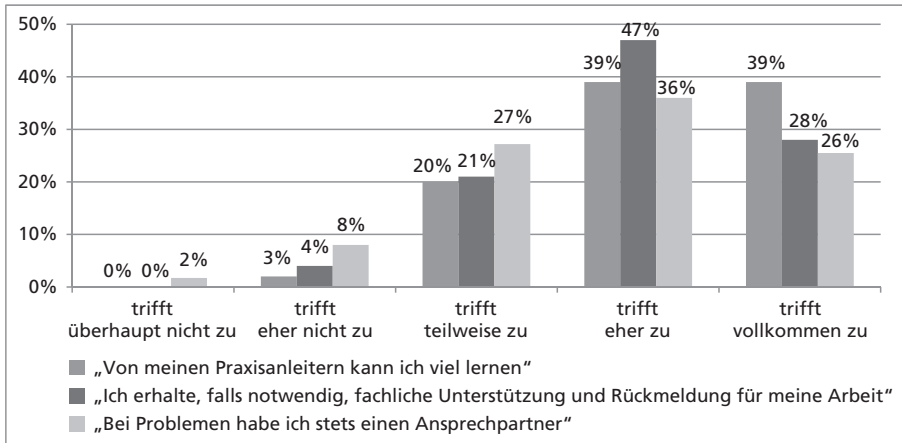


Abb. 35: Praxisbetreuung/Auszubildende

Bei der Befragung wird von 78 % der Auszubildenden angegeben, von ihren Praxisanleitern viel lernen zu können, und 75 % bestätigen, falls notwendig, Rückmeldung und fachliche Unterstützung für ihre Arbeit¹⁵⁷ zu erhalten. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass die für die praktische Ausbildung zuständigen Personen von den Auszubildenden als kompetent und engagiert wahrgenommen werden.

Weniger gut wird das Statement „Bei Problemen habe ich stets einen Ansprechpartner“ eingeschätzt. Nur ein Viertel der Auszubildenden stimmt hier vollkommen zu, während gleichzeitig 10 % der Auszubildenden angeben, bei Problemen in der Praxis keinen Ansprechpartner zu haben (*Abbildung 35*).

Wie die Auszubildenden schätzen auch die Studierenden ihre Berufsbildner¹⁵⁸ als sehr kompetent ein: 30 von 34 Studierenden stimmen der Aussage „Von meinen Berufsbildnern kann ich viel lernen“ eher oder vollkommen zu. Fachliche Unterstützung und Rückmeldung für ihre Arbeit zu erhalten, bestätigen 29 Studierende. Ebenfalls positiv wird das Statement „Bei Problemen habe ich stets einen Ansprechpartner“ eingeschätzt. So stimmt die Hälfte der Befragten vollkommen zu, nur auf zwei Personen trifft diese Einschätzung eher nicht zu.

157 Diese und die folgende Frage beziehen sich nicht explizit auf Praxisanleiter.

158 Berufsbildner ist die Schweizer Bezeichnung für Praxisanleiter.

Tätigkeiten in der Praxis

In der Pflegeausbildung scheint es zu gelingen, eine angemessene Balance zwischen Lernen und Arbeiten in der Praxis herzustellen: Nur 15 % der Auszubildenden geben an, ihre Arbeitsbelastung in der Praxis störe ihre Ausbildung; auf 58 % der Befragten trifft diese Aussage eher oder überhaupt nicht zu. Auch die Gruppe „Ausbildungsabschluss“, die sich zum Zeitraum der Befragung in der Vorbereitung für die Abschlussprüfungen befand, war hiervon nicht stärker betroffen als die anderen Auszubildenden.

Zu den Tätigkeiten, die Auszubildende in der Praxis zu erledigen haben, stimmen 64 % der Befragten eher oder vollkommen der Aussage zu, in der gesamten Breite des Berufs ausgebildet zu werden – nur 8 % geben an, dies sei eher oder gar nicht der Fall. Hinsichtlich der zahlreichen Spezialisierungen innerhalb der Berufsgruppe kann die Grundausbildung das auch nicht leisten, sondern lediglich eine breite Basis vermitteln, auf der dann nach der Abschlussprüfung weiter aufgebaut werden kann. Dass es offensichtlich durchaus gelingt, diese Grundlagen zu vermitteln, bestätigen im übrigen die befragten Absolventen, die zu 83 % angeben, in ihrer Ausbildung gut auf den beruflichen Alltag vorbereitet worden zu sein.

Die durchzuführenden Tätigkeiten werden von 72 % der Auszubildenden als eher oder vollkommen bedeutsam für den Stationsablauf und von 65 % als verantwortungsvolle Aufgaben eingeschätzt. 66 % der Auszubildenden geben an, die Tätigkeiten, die sie übertragen bekommen, passten eher oder vollkommen zu ihrem Ausbildungsstand. Nur auf 6 % der Befragten trifft dies eher nicht oder überhaupt nicht zu. Eine Unterforderung in der praktischen Ausbildung trifft nur auf 12 % der Auszubildenden zu – 61 % hingegen sind eher nicht oder überhaupt nicht unterfordert.

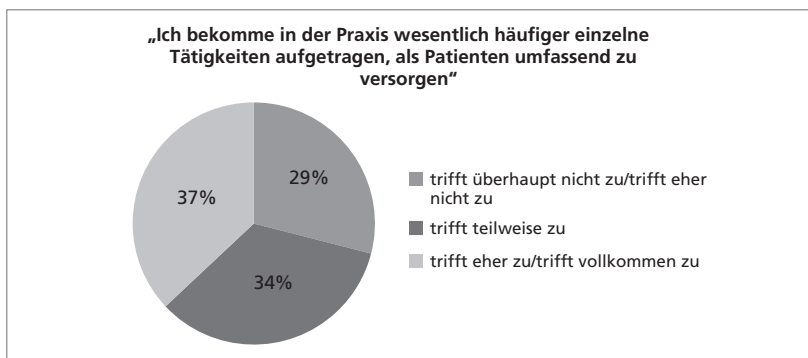


Abb. 36: Tätigkeiten in der Praxis/Auszubildende

In den Antworten zum Item „Ich bekomme in der Praxis wesentlich häufiger einzelne Tätigkeiten aufgetragen, als Patienten umfassend zu versorgen“ spiegelt sich zum einen die wünschenswerte Abkehr von der Funktions- zur patientenzentrierten, umfassenden Pflege, zum anderen der Anspruch, Auszubildende nicht tätigkeits-, sondern pflegeprozessorientiert auszubilden. Leider geben 37 % der Befragten an, dass dieses Statement auf sie eher oder vollkommen zutrifft; nur 29 % der Auszubildenden verneinen diese Aussage (Abbildung 36).

Die differenzierte Betrachtung der Ausbildungsphasen zeigt, dass hiervon alle drei Gruppen fast gleichermaßen betroffen sind und kein positiver Verlauf in Richtung Ausbildungsende zu erkennen ist. Es sind also nicht tendenziell die Anfänger, denen vermehrt Einzeltätigkeiten aufgetragen werden, sondern ebenso häufig die Auszubildenden kurz vor ihren Abschlussprüfungen. 67 % der Auszubildenden bestätigen indessen eher oder vollkommen, in die Pflege von Patienten mit komplexem Pflegebedarf einbezogen zu werden. Dies ist nicht als Widerspruch zu werten: Patienten mit hohem Pflegebedarf, insbesondere in den Bereichen „Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Ausscheidung“, werden durchaus häufig Auszubildenden zugeteilt. Unter „umfassender Versorgung“ verstehen Auszubildende – das zeigte das „Paraphrasing“ im Pretest – jedoch die Betreuung der Patienten nicht nur im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens¹⁵⁹, sondern einschließlich aller, auch ärztlich delegierter und administrativer Aufgaben.

Die Frage, ob die Auszubildenden die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche anderer Mitarbeiter kennenlernen und somit die Gelegenheit haben, Zusammenhangswissen und -verständnis zu erwerben, wird von 64 % der Auszubildenden bejaht. Es kann davon ausgegangen werden, dass Auszubildende durch die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 vorgegebenen Einsatzbereiche durchaus einen umfassenden Eindruck von den verschiedenen pflegerischen Tätigkeitsfeldern erwerben. Einblicke in die Tätigkeiten der zahlreichen anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere der kaufmännischen und technischen Berufe, können zumindest in organisierter Form nur in Teilen gewährleistet werden.

Zusammenfassend lässt sich für die Auszubildenden sagen, dass es an den Praxiseinsatzorten überwiegend zu gelingen scheint, die Auszubildenden mit anspruchsvollen und verantwortungsvollen Tätigkeiten zu betrauen, die zum Ausbildungsstand der Auszubildenden passen. Das Ziel, die Aufgabenstellungen

159 Der Begriff der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) stammt von Juchli (1983) und meint die 12 Grundbedürfnisse des Menschen wie z. B. ruhen und schlafen, sich waschen und kleiden, essen und trinken etc. (vgl. ebd., 63–66).

pflegeprozessorientiert statt tätigkeitsorientiert zu gestalten, wird aber in zumindest einem Drittel der Fälle bisher nicht erreicht.

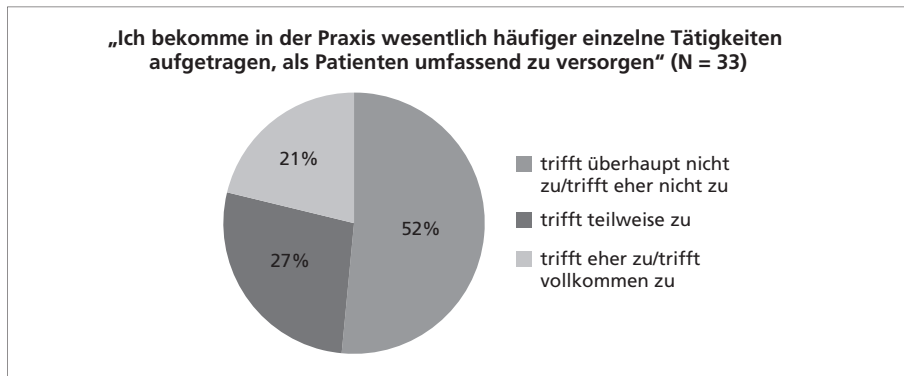


Abb. 37: Tätigkeiten in der Praxis/Studierende

Auch bei den Studierenden scheint die Balance zwischen Arbeitsbelastung in der Praxis und Lernen zu gelingen: Nur für eine Person trifft die die Aussage „die Arbeitsbelastung in der Praxis stört mein Studium“ eher zu.

Drei Viertel der Befragten stimmen der Aussage eher oder vollkommen zu, in der ganzen Breite des Berufs ausgebildet zu werden, und 31 Studierende halten die Aufgaben, mit denen sie betraut werden, für eher oder vollkommen bedeutsam für den Stationsablauf. Ihre Arbeitsaufträge passen für 24 Studierende vollkommen oder eher zu ihrem Ausbildungsstand, auf sechs Studierende trifft die Aussage teilweise, nur auf drei Personen eher nicht zu.

Die wünschenswerte Herangehensweise, die Lernenden schon in der Ausbildung an umfassende Patientenversorgung heranzuführen, anstatt ihnen Einzeltätigkeiten aufzutragen, scheint aus Sicht der Studierenden offensichtlich besser zu gelingen, als das bei den Auszubildenden der Fall ist (*Abbildung 37*).

Die hohe Bedeutung des Lernortes Praxis in der Entwicklung beruflicher Identität zeigt sich erneut in der Korrelation des Faktors „Ausbildungsqualität“ mit allen vier Skalen in kleiner bis mittlerer Ausprägung bei den Auszubildenden. Ferner stellt sich ein Zusammenhang schwacher bzw. mittlerer Ausprägung zwischen der Aussage, in der ganzen Breite des Berufs ausgebildet zu werden, und allen vier Skalen dar. Unterstützung und Rückmeldung für die geleistete Arbeit korrelieren bei den Auszubildenden in schwacher bis mittlerer Ausprägung mit allen Skalen. Auch in der Gruppe der Studierenden korreliert die Qualität der praktischen Ausbildung in mittlerer Ausprägung mit der beruflichen Identität (*Tabelle q*).

Dieses Ergebnis bestätigt die Ausführungen von BROWN (1997) und des FAME-Consortiums (2007), welche die Rolle beruflicher Praxisgemeinschaften bei der Identitätsentwicklung betonen. Auch die Bremerhaven-Studie zeigt die Bedeutung der Einbindung in die betriebliche Expertenkultur, des Vorhandenseins eines Ansprechpartners für Auszubildende sowie die Bedeutung der Art der Arbeitsaufgaben für die Entwicklung beruflicher Identität und Engagements auf (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner, 50–53).

Wenn auch die Fallzahlen der Studierenden mit denen der Auszubildenden nicht vergleichbar sind – bei den Studierenden scheint das betriebliche Engagement stärker mit Lernmöglichkeiten im Zusammenhang zu stehen, als dies bei den Auszubildenden der Fall ist. So korrelieren die zum Ausbildungsstand passenden Arbeitsaufträge bei den Studierenden in hoher Ausprägung mit betrieblichem Engagement, die als kompetent empfundenen Berufsbildner in mittlerer Stärke. Die Aussage, bei Verständnisproblemen nachzufragen und Informationen einzuholen, steht bei den Studierenden in knapp starker Ausprägung in Zusammenhang mit beruflicher Identität, in mittlerer Ausprägung mit Arbeitsmoral.

Bei den Auszubildenden sind hingegen bei diesen Items schwache bis mittlere Zusammenhänge aufzuzeigen; auch korreliert die Aussage, klare und eindeutige Vorgaben der Vorgesetzten zu schätzen in kleiner Ausprägung mit allen Skalen (*Tabelle q*). Für Auszubildende, die im 4–8-Wochen-Turnus ihren Einsatzbereich wechseln, ist dies jedoch eine wichtige Voraussetzung, um Handlungssicherheit zu haben und weniger als Beleg für mangelnde Selbständigkeit zu werten.

Die Aussage, häufiger mit Einzeltätigkeiten als mit umfassender Patientenversorgung betraut zu werden, steht bei den Auszubildenden ebenfalls in schwach negativem Zusammenhang mit allen vier Skalen, was zusätzlich auf die Bedeutung vollständiger und prozessorientierter Lern- und Arbeitshandlungen hinweist.

Arbeitsatmosphäre in der Praxis

Das Arbeitsklima wird von den Auszubildenden überwiegend positiv eingeschätzt (*Abbildung 38*). Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von gut der Hälfte der Auszubildenden als funktionierend bewertet.

Auch die Studierenden geben zu über 60 % an, dass die Mitarbeiter sich gegenseitig unterstützen. Nur für 11 % der Befragten trifft diese Aussage nicht zu. Ebenso wie bei den Auszubildenden wird die Atmosphäre von gut der Hälfte der Studierenden als vertrauensvoll eingeschätzt. Etwas positiver noch als bei den Auszubildenden wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit bewertet (*Abbildung c*).

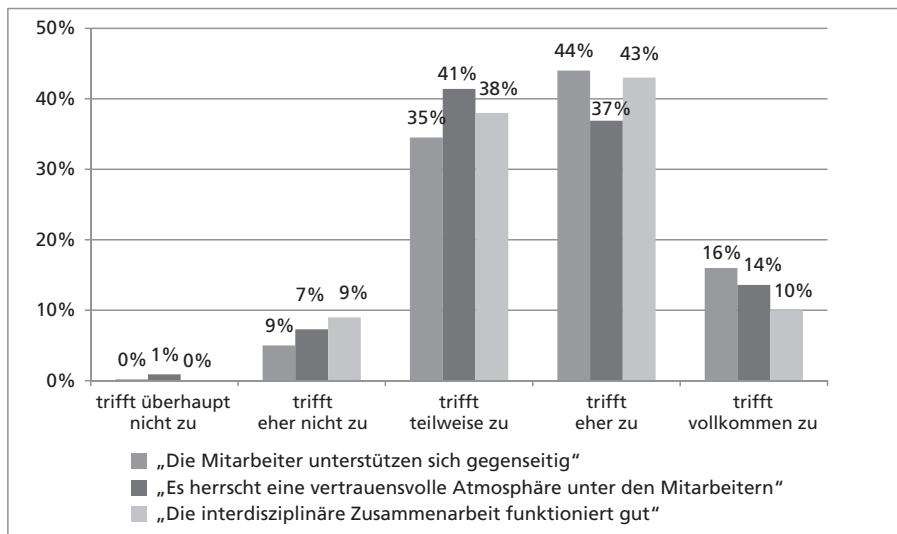


Abb. 38: Arbeitsklima/Auszubildende

Beim Einfluss der kollegialen Arbeitsatmosphäre auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung lassen sich Unterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden beobachten: Die kollegiale Arbeitsatmosphäre steht bei den Studierenden nur mit betrieblichem Engagement (in mittlerer Stärke) in signifikantem Zusammenhang, während sie bei den Auszubildenden in kleiner Ausprägung auch mit beruflicher Identität, beruflichem Engagement und Arbeitsmoral korreliert. Bei den Auszubildenden korrelieren mit allen Skalen in schwacher bis mittlerer Ausprägung auch Transparenz und eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit (*Tabelle q*).

Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz

Die Fragen nach Einschätzung der eigenen Kompetenz gründen auf der Definition CASSIER-WOIKASKYs (vgl. 2007, 105), die das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten als eine der identitätskonstituierenden Merkmale bei Pflegepersonen betrachtet. Da berufliche Handlungskompetenz sich im Verlaufe der Ausbildung erst entwickelt, werden diese Fragen getrennt nach Ausbildungsgruppen betrachtet. Die Abbildungen ermöglichen darüber hinaus den direkten Vergleich mit der Gruppe der Studierenden.

Während in der Gruppe „Ausbildungsbeginn“ nur 40 % der Befragten eher oder vollkommen dem Statement zustimmen, ihre Aufgaben ebenso gut wie eine examinierte Pflegeperson zu erledigen, sind es in der Ausbildungsmitte immerhin bereits 49 % und zu Ausbildungsabschluss schließlich 69 % (*Abbil-*

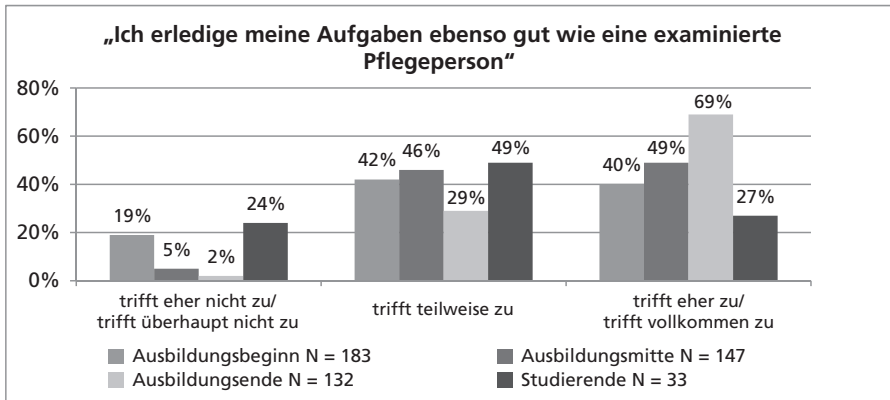


Abb. 39: Selbsteinschätzung beruflicher Handlungskompetenz/Auszubildende und Studierende

ung 39); der Kompetenzzuwachs im Verlauf der Ausbildung ist für die Auszubildenden offenbar erlebbar.

Vor der Übernahme von Verantwortung für ihr Tun haben die Auszubildenden hingegen Respekt: 43 % der Berufsanfänger und 42 % der Gruppe „Ausbildungsmitte“ möchten eher oder überhaupt nicht die gleiche Verantwortung wie ihre examinierten Kollegen haben. Selbst in der Gruppe „Ausbildungsabschluss“ sind es noch 17 % der Befragten, die sich offensichtlich in ihrer geschützten Ausbildungssituation noch recht wohl fühlen – auch stimmen nur 45 % dieser Gruppe eher oder vollkommen zu, die Verantwortung bereits ausgebildeter Pfleger übernehmen zu wollen (Abbildung 40).

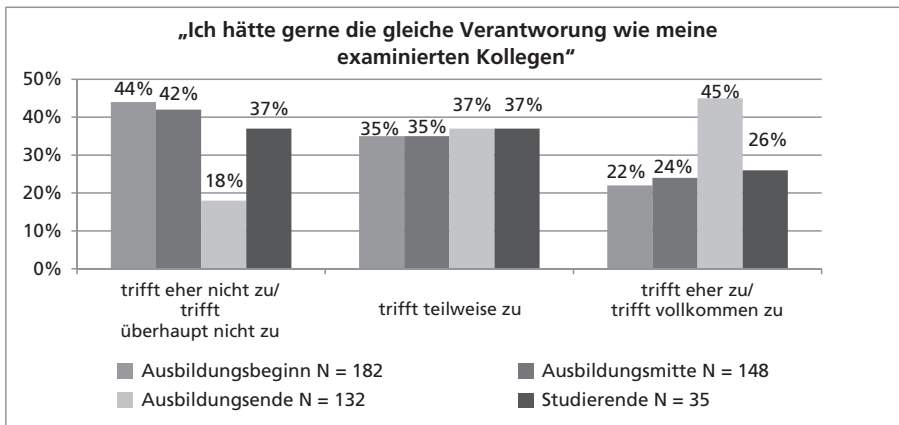


Abb. 40: Übernahme von Verantwortung/Auszubildende und Studierende

In einem Beruf, in dem es buchstäblich um „Leib und Leben“ der anvertrauten Menschen geht, ist es durchaus positiv zu sehen, dass die Auszubildenden sich der Tragweite ihrer beruflichen Verantwortung derart bewusst sind. Dies spiegelt sich auch im folgenden Statement wider: „Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich nach oder besorge mir die Informationen“. In allen drei Gruppen sind es rund 90 % der Auszubildenden, die diesem Statement vollkommen bzw. eher zustimmen – die verbleibenden 10 % stimmen zumindest teilweise zu.

Die Aussage, die meisten Tätigkeiten selbständig durchzuführen (Abbildung 41), kann aus zweierlei Perspektiven betrachtet werden: Zum einen aus der positiven Sichtweise, dass die Auszubildenden bereits die erforderlichen Handlungskompetenzen erworben haben, und sich daher in der Lage sehen, eigenverantwortlich zu agieren. Zum anderen aber auch aus der Perspektive, dass das selbständige Handeln einer unzureichenden Praxisbetreuung entspringt. Welche Motivation die befragten Personen bei der Beantwortung dieser Frage geleitet hat, lässt sich im Nachhinein nicht beantworten. 66 % der Ausbildungsanfänger stimmen diesem Statement eher oder vollkommen zu, 75 % der Gruppe „Ausbildungsmitte“ und 83 % der Gruppe „Ausbildungsabschluss“. Es ist aufgrund des gezeigten Verantwortungsbewusstseins zu vermuten, dass sich die selbstständige Tätigkeit tatsächlich nur auf Aufgaben bezieht, die in der entsprechenden Ausbildungsphase bereits beherrscht werden. Ebenso dafür spricht die in der Pflegeausbildung übliche Herangehensweise, bei der Tätigkeiten in der Praxis erst dann angeleitet und durchgeführt werden dürfen, wenn sie im theoretischen Unterricht bereits behandelt worden sind.

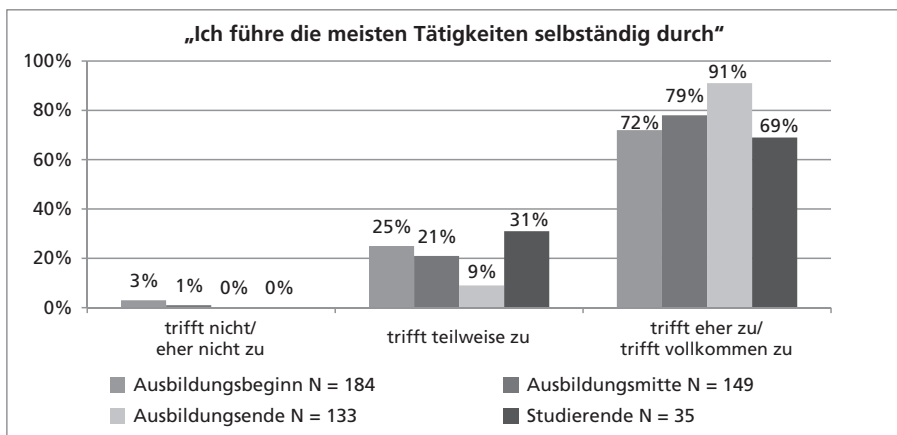


Abb. 41: Selbständige Durchführung pflegerischer Tätigkeiten/Auszubildende und Studierende

Die zusammenfassende Betrachtung der Fragen zur Selbsteinschätzung ihrer Kompetenz zeigt Auszubildende, die sich ihrer hohen Verantwortung bewusst sind und die im Ausbildungsverlauf zunehmend Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln. Ein Blick auf die Antworten zur Frage nach den Praxisbeurteilungen scheint die positive Selbsteinschätzung der Handlungskompetenz der Auszubildenden zu bestätigen (*Abbildung 42*).

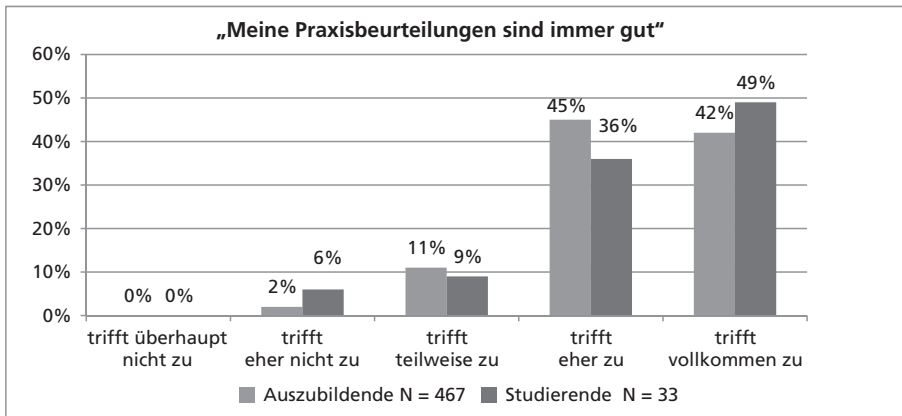


Abb. 42: Praxisbeurteilungen/Auszubildende und Studierende

Im Hinblick auf die Studierenden fällt auf, dass – selbst, wenn die niedrige Zahl der Befragten und die Tatsache, dass sich die Hälfte der Studierenden noch am Beginn ihres Studiums befindet, berücksichtigt wird –, die Studierenden ihre berufliche Handlungskompetenz geringer einschätzen als die Auszubildenden (*Abbildung 39*).

Hierfür kommen mehrere Erklärungsmöglichkeiten in Frage: Entweder – und das wäre die positive Variante – erleben die Studierenden in der Pflegepraxis fast ausschließlich sehr fachkompetente diplomierte Kollegen, die als Vorbilder fungieren und deren Beobachtung ihnen den eigenen, hohen Lernbedarf bis zum Studienabschluss deutlich macht. Oder aber – und das wäre die negative Möglichkeit – die Studierenden haben in der Praxis nicht ausreichend Gelegenheit, praktische Tätigkeiten zu einzuüben, um sie ebenso gut wie durch diplomierte Kollegen durchführen zu können.

Gegen diese negative Annahme sprechen jedoch die positive Einschätzung der Praxisbetreuung der Studierenden sowie das Ergebnis, dass dreiviertel der Befragten angeben, in der ganzen Breite des Berufs ausgebildet zu werden. Auch geben – vergleichbar mit den Auszubildenden – 85 % (18 Personen) an, dass ihre Praxisbeurteilungen immer gut sind.

Wenn davon ausgegangen werden darf, dass gute Praxisbeurteilungen ein Zeichen für berufliche Handlungskompetenz sind, lässt sich an dieser Stelle – anders als mit den Zwischenprüfungsnoten – bei den Auszubildenden ein schwacher Zusammenhang zwischen Kompetenz und Engagement, beruflicher Identität und Arbeitsmoral aufzeigen. Auch bei den Studierenden findet sich diese Korrelation schwach bis mittelstark, jedoch nicht signifikant (*Tabelle q*).

Die meisten Tätigkeiten selbständig durchzuführen, korreliert bei den Studierenden signifikant in mittlerer Ausprägung mit beruflichem Engagement, bei den Auszubildenden in geringer Ausprägung mit beruflichem Engagement, beruflicher Identität und Arbeitsmoral. Ebenfalls zeigt sich, dass Unterforderung in der Praxis bei den Auszubildenden schwach negativ mit Engagement korreliert, bei den Studierenden ebenfalls, aber nicht signifikant. Das stützt den Grundsatz, Auszubildende im Sinne eines erfolgreichen Kompetenzerwerbs lieber etwas zu überfordern als sie zu unterfordern.

Darüber hinaus steht bei den Auszubildenden die Aussage, dass die Arbeitsbelastung in der Praxis die Ausbildung stört, in negativem Zusammenhang kleiner Ausprägung mit allen vier Skalen (*Tabelle q*).

Lernortkooperation Schule – Praxiseinsatzorte

Lernortkooperation meint die Zusammenarbeit zwischen den beiden an der Berufsausbildung beteiligten Lernorte (Berufs-)Schule und Praxis. Eine gelingende Lernortkooperation wird als wesentliche Voraussetzung für eine hohe Ausbildungsqualität und das erfolgreiche Bestehen der beruflichen Abschlussprüfungen angesehen (vgl. Pätzold/Walden 1999, 9). BEICHT, KREWERTH, EBERHARD und GRANATO (2009) fassen das Ziel von Lernortkooperation wie folgt zusammen (ebd., 5):

„Optimalerweise sollten berufsschulische Inhalte in den Betrieben angewendet und betriebliche Arbeiten in der Berufsschule theoretisch aufgearbeitet werden.“

Auszubildende sollten die beiden Lernorte demzufolge nicht als Widerspruch, sondern als sinnvolle Einheit erleben. Es gibt zahlreiche Forschungsarbeiten, welche Mängel in der Lernortkooperation beklagen und Kooperationsdefizite in der beruflichen Bildung beleuchten (vgl. z. B. Berger 1999, 174–184, Heineemann/Rauner/Maurer 2009, 45–47 und Keuchel 2006, 6–11). Ebenso liegen vielfältige Überlegungen zu Zielen, Rahmenbedingungen und Gestaltung von Lernortkooperation in der beruflichen Bildung vor.¹⁶⁰

160 Siehe hierzu z. B. Euler, Dieter (Hrsg.) (2003, 2004): Handbuch der Lernortkooperation. Band 1: Theoretische Fundierung und Band 2: Praktische Erfahrungen. Bielefeld: Bertelsmann

Die konkrete Ausgestaltung der Lernortkooperation in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung obliegt den jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen und wird von Schule zu Schule in unterschiedlicher Weise wahrgenommen. Daher werden bei der Darstellung der Ergebnisse auch die beteiligten Schulen miteinander verglichen.

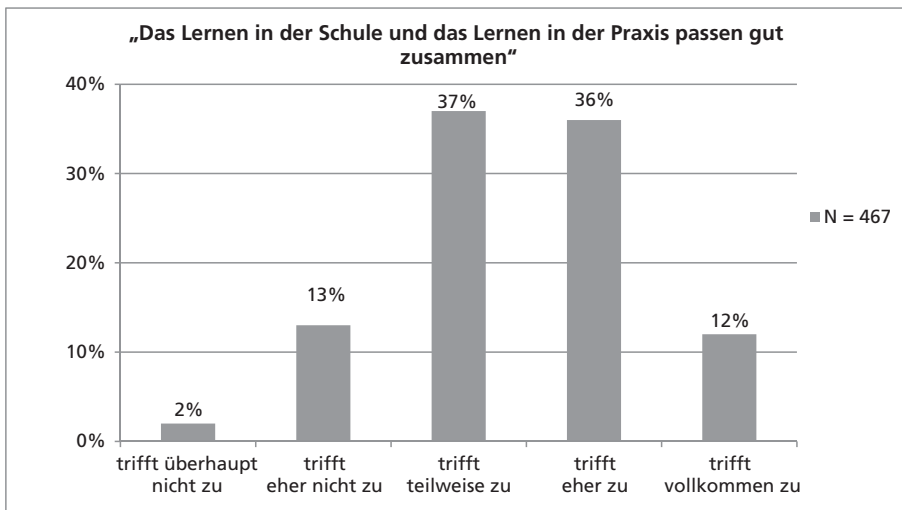


Abb. 43: Das Lernen in Schule und Praxis passt gut zusammen/Auszubildende

In der Gesamtbetrachtung wird die Zusammenarbeit zwischen Schulen und Praxis positiv bewertet: So haben erfreuliche 75 % der Auszubildenden eher oder vollkommen den Eindruck, dass die Lehrpersonen mit Praxisanleitern und Pflegedienstleitungen im Krankenhaus kooperieren – auf nur 5 % der Befragten trifft diese Aussage nicht zu. Gut die Hälfte (55 %) der Befragten geben an, ihre Praxiseinsatzorte und die Schule stimmten die Ausbildung eher oder vollkommen miteinander ab (*Abbildung 44*). Auch sind nur 15 % der Befragten der Ansicht, das Lernen in Schule und Praxis passe nicht gut zusammen (*Abbildung 43*). Obwohl kritisch zu hinterfragen ist, ob alle Auszubildende über gemeinsame Projekte zwischen Schule und Krankenhaus immer informiert sind, bejahen immerhin 47 % der Auszubildenden aus der Gesundheits- und Krankenpflege auch diese Aussage eher oder vollkommen.

Einen ergänzenden Eindruck von der Qualität der Lernortkooperation vermitteln die Ergebnisse zu den beiden Fragen, ob das Krankenhaus mit der Arbeit der Schule und ob die Schule mit der Arbeit der Praxiseinsatzorte zufrieden ist: Nur gut die Hälfte (56 %) der Befragten stimmen dem Statement, das Krankenhaus sei mit der Arbeit der Schule zufrieden, eher oder vollkommen zu,

aber 71 % erleben, dass die Schule mit der Ausbildung in der Praxis eher oder vollkommen zufrieden ist. Die Einschätzung zur Frage der Zufriedenheit der Mitarbeiter im Krankenhaus mit der Schule deckt sich mit Erfahrungen der Verfasserin: Von Seiten der Praxis werden die Ansprüche der Schule an die Qualität der praktischen Ausbildung mit all ihren Vorgaben für Stundenanzahl, Themen und Dokumentation klinischer Lernsituationen oft als überzogen empfunden und gerade Schülern, die motiviert sind, ihre praktische Ausbildung entsprechend den Vorgaben der Schule zu erfüllen, rückgemeldet. Möglicherweise kommt das Ergebnis auf diese Art zustande.

Auch die stufenweise Heranführung an Tätigkeiten – gekoppelt an deren vorherige Thematisierung im Unterricht – im Verlauf der dreijährigen Ausbildung wird kritisch gesehen; für die Praxis steht oft die Einsatzfähigkeit der Auszubildenden für möglichst alle Tätigkeiten im Vordergrund. Diese Diskrepanz zeigt sich auch im folgenden Ergebnis: Nur knapp die Hälfte (48 %) der Befragten sehen es als eher oder vollkommen zutreffend an, dass das Lernen in der Schule und das Lernen in der Praxis gut zusammen passen. Gleichzeitig bestätigen aber dreiviertel der Auszubildenden der Schule, die Tätigkeiten, die in der Praxis durchgeführt werden müssen, auch im Unterricht zu behandeln und 59 %, dass der Unterricht ihnen hilft, Aufgaben und Probleme in der Praxis zu bewältigen. 88 % erachten das, was sie in der Schule lernen, als wichtig für ihren Beruf. Die Orientierung des Unterrichts an den Herausforderungen in der Praxis wird überwiegend positiv eingeschätzt. Dass trotzdem die Hälfte der Auszubildenden beides nicht als Einheit erlebt, deutet möglicherweise auch darauf hin, dass Auszubildende nicht immer die Gelegenheit haben, das, was sie in der Schule lernen, in der Praxis entweder auch selbst umzusetzen oder überhaupt in der Umsetzung zu erleben.

Die Schweizer Studierenden bewerten die Lernortkooperation zwischen der FHS und ihren Praxiseinsatzorten noch deutlich positiver als die Auszubildenden. 21 (von 33) Studierende sind der Meinung, das Lernen an der FHS und in der Praxis passe gut zusammen, 25 (von 33) Personen sehen ihre Praxistätigkeiten auch in der FHS thematisiert, und auch die Frage, ob die Lehrveranstaltungen helfen, Aufgaben und Probleme in der Praxis zu lösen, wird von 23 (von 34) Studierenden positiv eingeschätzt. Offensichtlich gelingt es den Verantwortlichen der FHS, trotz der Vielzahl an Praxiseinrichtungen, in denen ihre Studierenden eingesetzt sind, theoretische und praktische Ausbildung miteinander zu harmonisieren (*Abbildung 44*).

Dieses trotz kleiner Abstriche bei den Auszubildenden sehr positive Ergebnis in der Pflegeausbildung bzw. im Pflegestudium steht in deutlichem Widerspruch zu bisherigen Erkenntnissen aus der Berufsbildungsforschung: Eine Untersuchung von BERGER (1999), der – wie in der vorliegenden Arbeit auch – über

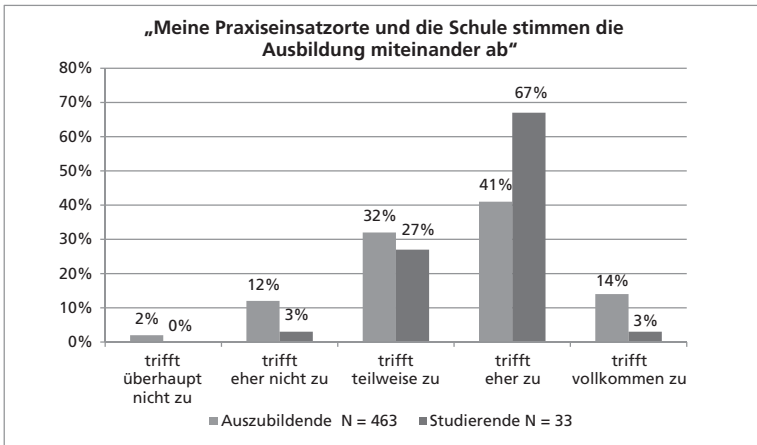


Abb. 44: Lernortkooperation/Auszubildende und Studierende

die Einschätzung der Auszubildenden die Qualität der Lernortkooperation ermittelte, zeigte in Industriebereufen 49 %, in kaufmännischen Berufen 44 % und in Handwerksberufen 38 % Auszubildende, welche die Lernortabstimmung negativ beurteilten. Nicht einmal jeder zehnte der 3.317 Befragten empfand die Abstimmung zwischen Betrieb und Berufsschule als uneingeschränkt gut (vgl. ebd., 173–175). Auch die Studie von BEICHT, KREWERTH, EBERHARD und GRANATO (2009), an der rund 6.000 Auszubildende aus 15 dualen Ausbildungsberufen beteiligt waren, zeigte auf, dass über die Hälfte der Befragten (56 %) die Güte der Lernortkooperation negativ bewerteten (d. h. die Qualitätskriterien waren aus Sicht der Auszubildenden gar nicht, wenig oder eher wenig erfüllt) (vgl. ebd., 8).

Die große Bedeutung einer funktionierenden Lernortkooperation für die Entwicklung beruflicher Identität und Engagements geht aus den Korrelationsberechnungen hervor (*Tabelle o*): Alle Faktoren zur Lernortkooperation stehen bei den Auszubildenden in schwachem bis mittlerem Zusammenhang mit allen Skalen. Eine als negativ erlebte Lernortkooperation korreliert bei den Auszubildenden wiederum schwach negativ mit beruflicher Identität und Engagement. Bei den Studierenden steht der Faktor „Zusammenarbeit Theorie – Praxis allgemein“ in hohem Zusammenhang mit beruflichem Engagement und beruflicher Identität.

Dennoch zeigen sich auch in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen: Hinsichtlich des aus sieben Variablen bestehenden Faktors „Lernortkooperation“ (*Tabelle 3*) ergibt der Mittelwert-Vergleich zwischen den an der Untersuchung beteiligten Schulen

signifikante ($p = ,000$) Unterschiede. Am deutlichsten zeigen diese sich zwischen Schule Nr. 1 (MW = 17,2) und Schule Nr. 4 (MW = 19,4), für die das Antwortverhalten der Auszubildenden in *Abbildung 45* dargestellt ist.

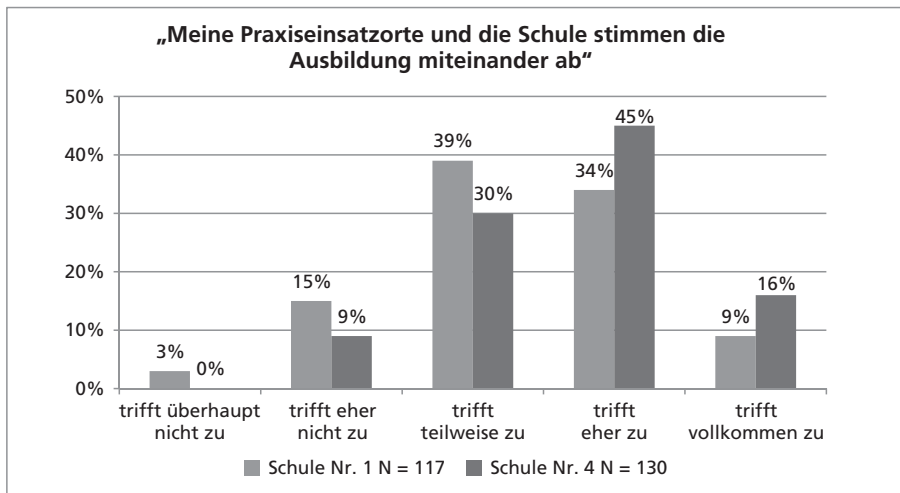


Abb. 45: Lernortkooperation Schulvergleich

Die Items, in denen sich die Schulen im Einzelnen signifikant unterscheiden, sind:

- Die Schule ist mit der Ausbildung in der Praxis zufrieden.
- Meine Praxiseinsatzorte und die Schule stimmen die Ausbildung miteinander ab.
- Zwischen dem Krankenhaus und der Schule werden gemeinsame Projekte durchgeführt.
- Die Inhalte, die ich in der Schule lerne, kann ich in der Praxis anwenden.
- Das Lernen in der Schule und das Lernen in der Praxis passen gut zusammen.
- Die Tätigkeiten, die ich in der Praxis durchführe, werden in der Schule behandelt.

Offensichtlich besteht im Hinblick auf die Harmonisierung der theoretischen und praktischen Ausbildung auch in der Gesundheits- und Krankenpflegausbildung noch Entwicklungspotenzial.

Berufliches Selbstverständnis der Auszubildenden und Studierenden

Zur Darstellung des beruflichen Selbstverständnisses wurde die Unterscheidung zwischen einer Identifikation mit originär pflegerischen Tätigkeiten vs. der Identifikation mit medizinischen Assistenz- bzw. Delegationsaufgaben (siehe Kap. 2.3.3) gewählt.

Die Antworten der Auszubildenden auf die Fragen zum beruflichen Selbstverständnis tendieren in dieser Systematik eher in Richtung einer Identifikation mit medizinischen Delegationsaufgaben bzw. einer Gleichwertigkeit beider Tätigkeitsbereiche als ausschließlich mit originär pflegerischen Tätigkeiten. So sind 60 % der Auszubildenden eher oder gar nicht der Ansicht, dass venöse Blutentnahmen – das sicher meist diskutierte Thema zum Problem „Übernahme ärztlicher Aufgaben“ der letzten Jahrzehnte – von anderen Berufsgruppen übernommen werden sollten und stattdessen Grund- und Behandlungspflege Priorität haben (*Abbildung 46*). Auch stimmen 73 % der Auszubildenden eher oder vollkommen dem Statement zu, sich gerne um Blutentnahmen, Infusionen, Transfusionen etc. zu kümmern und diese Tätigkeiten auch als Aufwertung ihres Berufs zu sehen. 46 % der Befragten können sich darüber hinaus vorstellen, noch weitere Aufgaben zu übernehmen, die momentan noch dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind. Hingegen würden sich 44 % der Auszubildenden lieber um die Information, Schulung und Beratung von Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten kümmern, einer Aufgabe, die ihnen erst mit

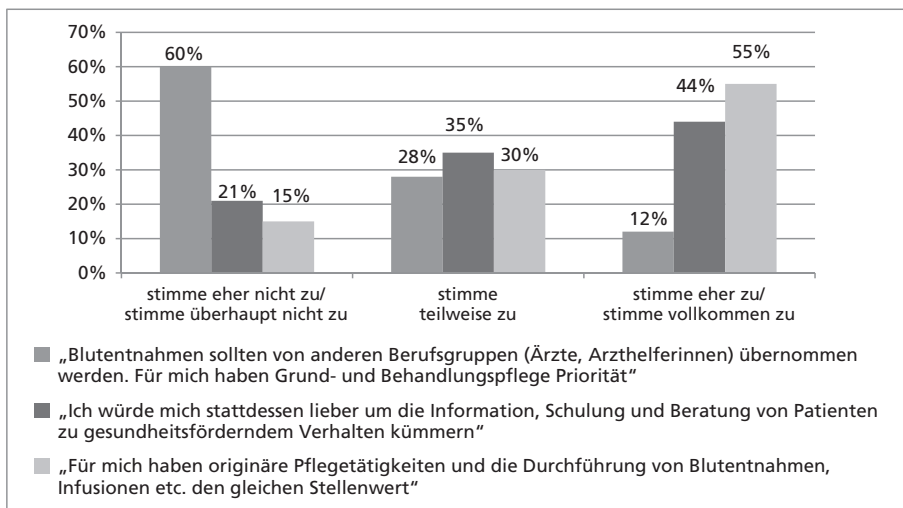


Abb. 46: Berufliches Selbstverständnis/Auszubildende

dem aktuellen Krankenpflegegesetz von 2003 als pflegerische Kernaufgabe (vgl. KrPFIG von 2003, § 3 Ausbildungsziel) neu zugesprochen wurde.

Mehr als die Hälfte stimmen jedoch der Aussage zu, dass es kein Entweder – Oder gibt, sondern originäre pflegerische Aufgaben und medizinische Delegationsaufgaben den gleichen Stellenwert haben – nur 15 % stimmen diesem Statement eher oder überhaupt nicht zu (*Abbildung 46*).

Hinsichtlich des beruflichen Selbstverständnisses zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden: Da Blutentnahmen und das Anlegen von peripheren Venenverweilkanülen in der Schweiz ohnehin zu den pflegerischen Tätigkeiten gehören, verwundert es nicht, dass 33 der 36 Studierenden diese Aufgaben nicht an andere Berufsgruppen abgeben möchten (*Abbildung f*).

Interessanterweise könnten sich jedoch auch 31 von 36 (86 % vs. 46 % bei den Auszubildenden) Studierende vorstellen, weitere Aufgaben zu übernehmen, die momentan noch dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind. Die Frage, welche Gründe hierfür eine Rolle spielen, muss an dieser Stelle leider unbeantwortet bleiben. Denkbare Gründe lassen sich jedoch sowohl aus der theoretischen als auch aus der praktischen Ausbildung an der FHS ableiten: So können z. B. inhaltliche Aspekte des Curriculums eine Rolle spielen, möglicherweise ist aber auch die ohnehin von der Situation in Deutschland abweichende Arbeitsverteilung durch den Einsatz von Fachangestellten für Gesundheit auf den Stationen ein Grund. Nicht auszuschließen ist jedoch auch, dass die von chronischer Personalknappheit geprägte pflegerische Praxis in Deutschland zum Antwortverhalten der Auszubildenden beiträgt.

25 der 36 Studierenden sind der Ansicht, dass originäre Pfl egetätigkeiten und Delegationsaufgaben denselben Stellenwert haben, so dass das berufliche Selbstverständnis der Studierenden wie auch das der Auszubildenden als ausgeglichen mit Tendenz zu medizinischen Delegationsaufgaben bezeichnet werden kann.

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind indessen bei den Korrelationsberechnungen sichtbar: So zeigen sich bei den Auszubildenden signifikante Zusammenhänge zwischen beruflichem Selbstverständnis und beruflicher Identität bzw. beruflichem Engagement in schwacher Ausprägung bei der Variable „Ich würde mich stattdessen lieber um die Information, Schulung und Beratung von Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten kümmern“ (Berufliches Engagement ,159**, berufliche Identität ,202**). Diese Aussage korreliert bei den Studierenden negativ in mittlerer Ausprägung mit beruflichem Engagement (-,389**). Das deutet darauf hin, dass bei den Auszubildenden tendenziell eher die originäre Pfl egetätigkeit in Zusammenhang mit beruflicher

Identität und Engagement steht, bei den Studierenden hingegen die medizinischen Delegationsaufgaben. Diese Tendenz bestätigt sich bei den Studierenden auch in einem negativen Zusammenhang zwischen dem Ansinnen, Blutentnahmen an andere Berufsgruppen abgeben zu wollen, und beruflicher Identität (-,504**) bzw. zum beruflichen Engagement (-,377*).¹⁶¹

Pflegeverständnis der Auszubildenden und Studierenden

Die Ergebnisse zum Pflegeverständnis zeigen bei den Auszubildenden überwiegend ein nach JUCHLI (1987) zu beschreibendes Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung, was somit die Ergebnisse von WERNER (1997) bestätigt. So stimmen dreiviertel der Auszubildenden der Aussage eher oder vollkommen zu, dass Pflege sich vorrangig an dem orientieren sollte, was Krankheit für den Patienten bedeutet, während nur 19 % das Statement bejahen, Pflege solle sich vorrangig an Symptomen, Diagnostik und Therapie orientieren (Abbildung 47). Auch die Antworten auf die Fragen nach der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient deuten auf ein Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung hin: So sind 56 % der Auszubildenden eher oder vollkommen der Auffassung, Pflegende sollten ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten haben und Zuwendung, Zuneigung und Vertrauen spielten eine wichtige Rolle, während nur 12 % eher oder vollkommen der Ansicht sind, Pflegende sollten dem Patienten gefühlsmäßig eher neutral gegenüberstehen. Dass 76 % der Befragten

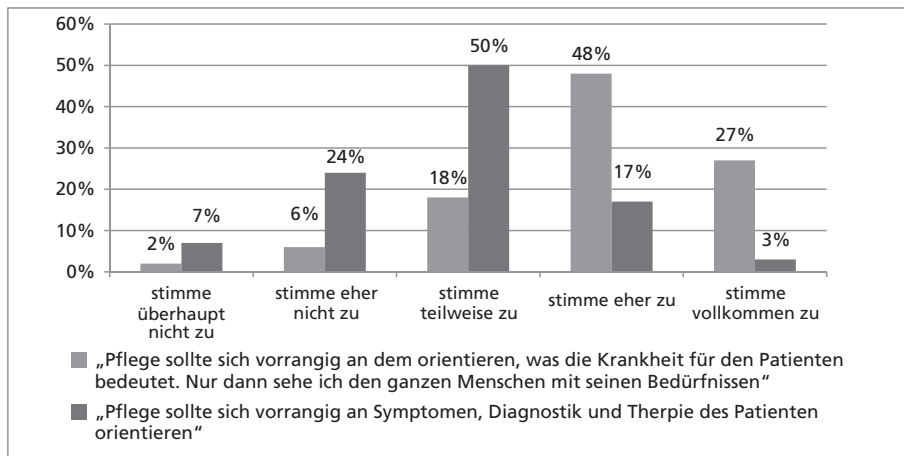


Abb. 47: Pflegeverständnis/Auszubildende

161 Alle im Folgenden genannten Werte: Korrelation nach Pearson. **= signifikant auf dem Niveau 0,01 (2-seitig), *= signifikant auf dem Niveau 0,05 (2-seitig)

der Aussage zustimmen, dass Patienten in erster Linie darauf vertrauen können müssen, dass ihre Pflege auf der Grundlage fachlich abgesicherter Vorgaben erfolgt, ist hierzu kein Widerspruch – fast ebenso viele (71 %) sind eher oder vollkommen der Ansicht, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zwar wichtig, wenn sie nicht den Patientenbedürfnissen entsprechen, aber nur zweitrangig sind.

Deutlich zeigt sich auch bei den Studierenden ein Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung (*Abbildung 48*). Ein Drittel der Studierenden (vs. 56 % der Auszubildenden) stimmt darüber hinaus der Aussage zu, dass Pflegende ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten haben sollten und dass Zuwendung, Zuneigung und Vertrauen in der Pflege eine wichtige Rolle spielen.

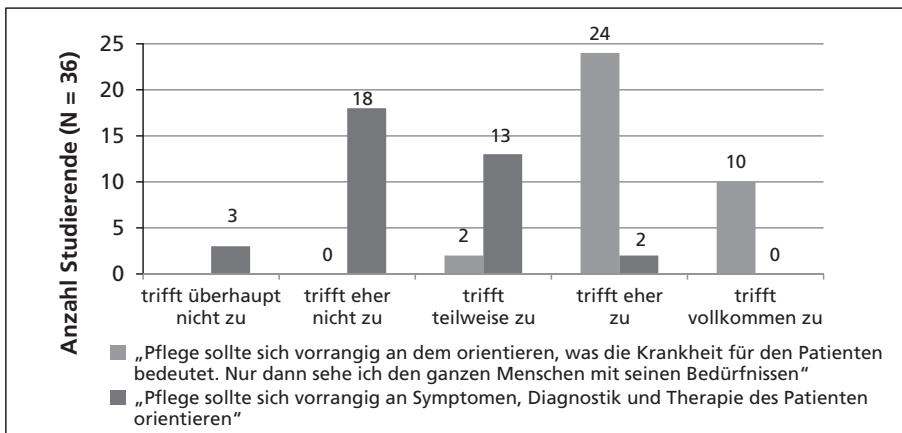


Abb. 48: Pflegeverständnis/Studierende

Mit in das Pflegeverständnis fließen die Fragen zur gewünschten Anerkennung ein. Anerkennung für die geleistete Arbeit ist zum einen ein wichtiger Motivationsfaktor und zum anderen – gerade in der Berufsausbildung – eine wichtige Orientierungshilfe, um Verhalten und Kompetenzen selbst einordnen zu können. Die Frage wiederum, wessen Lob als am wertvollsten angesehen wird, gibt ergänzende Orientierung auch zum Berufsverständnis.

Die Antworten auf die Fragen, wessen Anerkennung den Auszubildenden am wichtigsten ist, deuten ebenfalls in Richtung eines ganzheitlich orientierten Pflegeverständnisses mit gleichzeitigem Fokus auf die Pflegequalität (*Abbildung 49*). So stimmen 91 % der Auszubildenden der Aussage zu, die Zufriedenheit der Patienten sei ihnen am wichtigsten. Der Aussage, dass „ein Lob der Vorgesetzten, die ja eher die fachliche Kompetenz beurteilen“, sie am meisten freut, stimmen 73 % eher oder vollkommen zu – für fast ebenso viele

(71 %) ist es wichtig, dass ihre Lehrer und Praxisanleiter mit ihrer Arbeit zufrieden sind, was ebenfalls auf Qualitätsbewusstsein hindeutet. Über Anerkennung durch die Ärzte als Gesamtverantwortliche für den Patienten freuen sich nur ein Drittel der Befragten am meisten. Auch die Studierenden freuen sich am meisten über ein Lob von Patienten, gefolgt von der Anerkennung durch die pflegerischen Vorgesetzten. Das Lob durch die Berufsgruppe der Ärzte freut – anders als bei den Auszubildenden – gleichermaßen wie das Lob durch die Lehrpersonen.

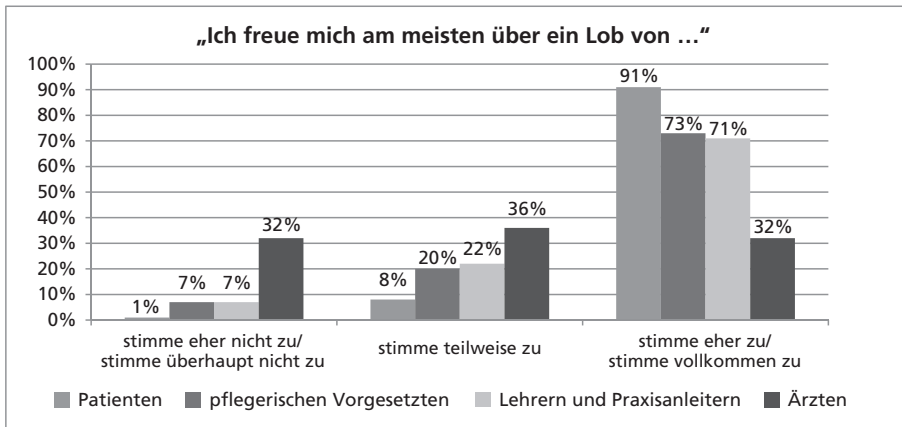


Abb. 49: Lob und Anerkennung/Auszubildende

Diese Ergebnisse bestätigen nicht die von TAUBERT (1992) vor 20 Jahren aufgestellte These, die Pflegenden definierten sich über die Durchführung medizinischer Assistenzaufgaben und das Lob des Arztes; möglicherweise hat diesbezüglich doch ein Umdenken stattgefunden.

Doch auch die Anerkennung durch die Gesellschaft beeinflusst die berufliche Zufriedenheit der Auszubildenden. Dieser Aussage stimmen 61 % der Befragten eher oder vollkommen zu. Leider erleben die Auszubildenden diese gewünschte Anerkennung zum Teil nicht. Die Aussage, „Mein Beruf ist in der Gesellschaft gut angesehen“, trifft nur für 39 % der Auszubildenden zu, während ein Viertel der Befragten eher nicht oder überhaupt nicht zustimmt.

Das gilt auch für die Schweizer Studierenden: Die Anerkennung des Berufs in der Gesellschaft beeinflusst für 16 (von 36) der Befragten ebenfalls die berufliche Zufriedenheit. Verwunderlich aus deutscher Perspektive ist, dass nur 16 der Schweizer Studierenden ihren Beruf in der Gesellschaft als „gut angesehen“ einschätzen und sechs Personen das Statement als eher oder überhaupt nicht zutreffend ansehen. Das immer wieder geäußerte Gefühl von Pflegenden

hierzulande, ihr Beruf sei in der Schweiz gesellschaftlich deutlich besser anerkannt als in Deutschland, scheint sich in der Einschätzung der Studierenden nicht widerzuspiegeln. Möglicherweise wird die Einschätzung der deutschen Pflegenden von den nachweislich besseren Verdienstmöglichkeiten der Pflegenden in der Schweiz abgeleitet und dabei übersehen, dass die Schweizer Gehälter auch in anderen Berufen höher sind als in Deutschland.

Die Zusammenhänge zwischen den Items zum Pflegeverständnis und den Skalen lassen (*Tabelle r*) keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu; bei den Auszubildenden korrelieren die Aussagen, Pflege solle sich an der Bedeutung der Krankheit für den Patienten orientieren – also Hinweis auf ein ganzheitlich orientiertes Pflegeverständnis – mit beruflicher Identität schwach positiv, während die gegenteilige Aussage damit in schwach negativem Zusammenhang steht. Bei den Studierenden fällt eine signifikant negative Korrelation mittlerer Ausprägung von Arbeitsmoral mit diesem Item zum ganzheitlichen Pflegeverständnis auf, die weiterer Untersuchungen mit größeren Fallzahlen bedürfte, um sie interpretieren zu können. Das partnerschaftliche Verhältnis zum Patienten – ebenfalls Hinweis auf ein ganzheitliches Pflegeverständnis – steht sowohl bei den Auszubildenden als auch bei den Studierenden im Zusammenhang mit beruflicher Identität und beruflichem Engagement, bei den Auszubildenden in schwacher, den Studierenden (nur mit beruflichem Engagement) in mittlerer Ausprägung. Die gegenteilige Aussage korreliert bei den Auszubildenden schwach negativ mit beruflicher Identität.

Gestützt wird diese Tendenz von den Zusammenhängen zwischen beruflicher Identität und Priorisierung des Lobs der Patienten: Bei den Auszubildenden korreliert diese Aussage mit allen vier Skalen in schwacher Ausprägung, bei den Studierenden mit betrieblichem Engagement in mittlerer Stärke.

Neben der Anerkennung der Arbeit durch die Patienten können auch Zusammenhänge zwischen Qualitätsbewusstsein und beruflicher Identität bzw. Engagement aufgezeigt werden: So sind bei den Auszubildenden Zusammenhänge zwischen der Anerkennung von Lehrern und Praxisanleitern bzw. von Vorgesetzten mit allen vier Skalen in schwacher Ausprägung darzustellen. Auch das Item, dass Patienten auf eine Pflege mit fachlich abgesicherten Vorgaben vertrauen können müssen, korreliert in schwacher Ausprägung mit der beruflichen Identität der Auszubildenden. Bei den Studierenden fällt auf, dass die Zusammenhänge zu diesen Items zum Teil negativ (nicht signifikant) korrelieren.

5.5.3 Einflussfaktoren nach Ausbildungsabschluss

Die Analyse des geplanten Berufsverbleibs ergab, dass 79 % der Absolventen auch zukünftig in ihrem Beruf arbeiten wollen. Diese Zahlen bestätigen in der Tendenz die Untersuchung von BEHRENS, HORBACH und MÜLLER (2009),

nach der zehnjährigen Berufsabschlussprüfung noch über 70 % der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in ihrem Beruf tätig sind (vgl. ebd., 30–32).

67 % der Absolventen möchten auch in Zukunft in ihrem derzeitigen Krankenhaus verbleiben. Offensichtlich steigt mit der Übernahme der Auszubildenden nach Ausbildungsabschluss der Wunsch, in der Einrichtung zu verbleiben, deutlich an.

Die Ergebnisse aus dem Verlauf der beruflichen Identitätsentwicklung zeigen einen Zuwachs zum einen ein Jahr nach der Abschlussprüfung und – insbesondere im beruflichen und betrieblichen Engagement – auch bei den Berufstätigen mit mindestens 20 Jahren Berufserfahrung. Mögliche Einflussfaktoren, die hierzu untersucht wurden, sind:

- Einschätzung des beruflichen Tätigkeitsfeldes,
- Motivation zur Fort- und Weiterbildung,
- Berufliches Selbstverständnis,
- Pflegeverständnis,
- Ansehen des Berufs in der Gesellschaft und
- Ergebnisse der Berufsabschlussprüfung.

Einschätzung des beruflichen Tätigkeitsfeldes

Die Einschätzung des beruflichen Tätigkeitsfeldes umfasst im einzelnen Fragen:

- zum Arbeitsklima,
- zur Transparenz am Arbeitsplatz und
- zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Das Arbeitsklima empfinden die befragten Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung als eher gut. 70 % der Befragten erleben eine gegenseitige Unterstützung im Team, nur auf 11 % trifft diese Aussage eher oder gar nicht zu. Als vertrauensvoll beschreiben auch 66 % der Personen die Arbeitsatmosphäre (*Abbildung 50*). Dreiviertel aller Befragten bestätigen darüber hinaus, bei Problemen stets einen Ansprechpartner zu haben. Auch von den Berufsangehörigen mit ≥ 20 Jahren Erfahrung wird das Arbeitsklima durchweg positiv eingeschätzt. Hier bestätigen alle Befragten eine gegenseitige Unterstützung der Mitarbeiter, eine vertrauensvolle Atmosphäre sowie das Vorhandensein eines Ansprechpartners bei Problemen.

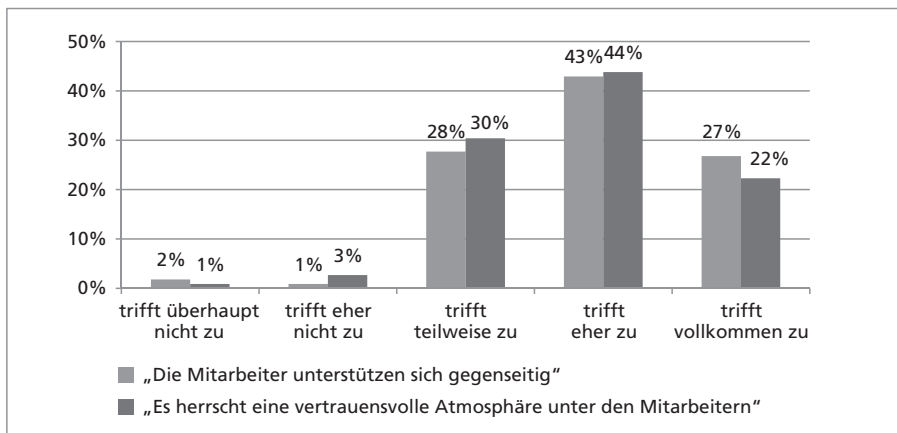


Abb. 50: Arbeitsklima/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung

Der Vergleich dieser Ergebnisse mit denen der Auszubildenden ergibt im Mittelwertvergleich eine signifikant bessere Einschätzung ($p = ,013$) der gegenseitigen Unterstützung durch die Absolventen; die Einschätzung der vertrauensvollen Atmosphäre unterscheidet sich hingegen nicht von der der Auszubildenden (*Abbildung 38*).

Der erhebliche Stellenwert der Zusammenarbeit im Team verdeutlichte sich während der Gruppendiskussion: Die gegenseitige Unterstützung im Team und der funktionierende kollegiale Austausch wurden von den Diskutantinnen als wichtige Einflussfaktoren für ihre berufliche Zufriedenheit, für ihr Verbleiben im Beruf und als Einflussfaktor auf ihre berufliche Identität identifiziert. Folgende drei Beispiel-Zitate aus dem Transkriptionsprotokoll geben hiervon einen Eindruck:

Frau H: „Ich habe gerade noch überlegt, dass ich glaube, die Identifikation steigt auch dann, wenn man sich in dem Team wohlfühlt, wenn man eine gute Teamarbeit hat.“

Frau B: „Das [der verloren gegangene Austausch] fände ich ganz schlimm, weil das erhält das Team eigentlich aufrecht, diese Kommunikation untereinander. Die muss ich suchen, wo es eigentlich nur geht.“

Frau C: „Wenn das Team nicht so wäre wie es ist, wäre ich mit Sicherheit schon lange weg. Weil ohne dieses Team würden wir das überhaupt nicht kompensieren können. Da hängt ganz viel dran. Weil, da ist zum Teil wirklich so eine Hektik, wenn das nicht funktionieren würde, ja dann hätte ich mir mit Sicherheit was anderes gesucht.“

Die hohe Bindung deutscher Pflegenden an ihr Arbeitsteam wurde bereits von KIRPAL (2011) beschrieben, die herausfand, dass britische Krankenschwestern im Gegensatz zu ihren deutschen Kolleginnen die Einstellung vertreten, nette Kollegen überall finden zu können (vgl. ebd., 116).

Hinsichtlich der Transparenz am Arbeitsplatz geben 82 % der Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung und alle langjährig Berufserfahrenen an, informiert darüber zu sein, mit welchen Aufgaben die Arbeitskollegen betraut sind. Was hingegen in anderen Abteilungen getan wird ist vielen Absolventen (1–3 Jahre) nicht ganz klar: Das Statement: „Ich habe einen Überblick darüber, was in anderen Abteilungen (Stationen, Funktionsbereichen) getan wird“, kreuzten fast ein Viertel der Befragten als überhaupt nicht oder eher nicht zutreffend an. Das ist eher erstaunlich, weil die Absolventen während ihrer Ausbildung in der Einrichtung ja zahlreiche Bereiche durchlaufen mussten. Möglicherweise wurde die Frage anders verstanden als sie gedacht war.

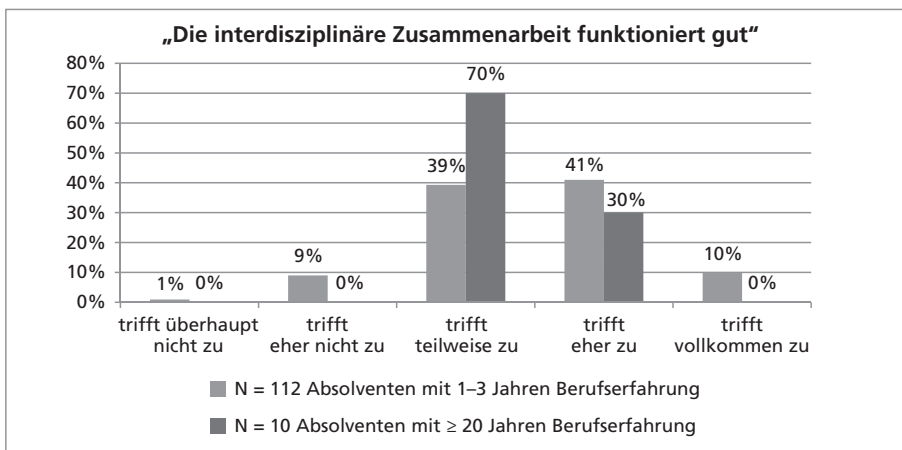


Abb. 51: Interdisziplinäre Zusammenarbeit/alle Absolventen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von den jüngeren Absolventen deutlich besser eingeschätzt, als dies bei den langjährig Berufserfahrenen der Fall ist (*Abbildung 51*).

Aus diesem Grund wurde das Thema in der Gruppendiskussion vertieft. Es stellte sich heraus, dass die langjährig berufserfahrenen Pflegenden bei der Frage weniger die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Station (zwischen Pflegenden, Ärzten, Physiotherapeuten etc.) meinten (so die Interpretation der Frage durch Auszubildende im Rahmen des Pretests), als vielmehr die mit den anderen Fach- und Funktionsbereichen. Beklagt wurde insbesondere das feh-

lende gegenseitige Verständnis zwischen Stationen und Funktionsabteilungen und die mit unzureichender interdisziplinärer Zusammenarbeit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung:

Frau C: „Es kann aber auch nicht sein, dass ein Patient drei Tage auf ein Echo warten muss, nur damit er heim gehen kann. Dann denke ich mir, das kann ja auch nicht sein.“

Die Diskutantinnen erklärten sich die Diskrepanz ihrer Gruppe gegenüber den Auszubildenden und jungen Berufsangehörigen aber auch mit der noch fehlenden Verantwortlichkeit der Auszubildenden und dem sich verändernden Tätigkeitsfeld bei längerem Verbleib im Beruf, insbesondere in Leitungsfunktionen:

Frau B: „Ich bin gerade am überlegen. Das kommt auch durch die Verantwortung, die man selbst mehr übernimmt irgendwo. In der Ausbildung habe ich ja gar nicht so die Verantwortung, gar nicht so den Kontakt zu den Ärzten zum Beispiel, oder zu der Röntgenabteilung, ich brauche jetzt dringend das und das, das macht man ja in der Ausbildung eigentlich wenig. Und je länger man im Beruf ist, umso mehr – oder auch als Leitung dann zum Teil – muss man viel mehr organisieren. Und dann, muss ich sagen, wird das immer schwieriger.“

Die hohe Bedeutung eines guten Arbeitsklimas für berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung lässt sich auch aus den Zahlen in *Tabelle 5* entnehmen: So steht die kollegiale Arbeitsatmosphäre in einem schwachen Zusammenhang mit beruflicher Identität, während der Faktor Transparenz und Zusammenarbeit in mittlerer (bei der Arbeitsmoral: schwacher) Ausprägung mit allen Skalen korreliert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit steht in schwach positivem Zusammenhang mit betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral.

Motivation zur Fort- und Weiterbildung

Der rasche Wissenszuwachs in der Medizin und die zunehmende Tendenz zu einer wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten Pflege sind nur zwei von zahlreichen Gründen, warum die Kenntnisse aus der Berufsausbildung ständig der Auffrischung und Ergänzung bedürfen. Es ist davon auszugehen, dass die Motivation zur Fort- und Weiterbildung mit beruflicher Identitäts- und Engagemententwicklung im Zusammenhang steht.

Eines der Ziele der Pflegeausbildung ist es, den Auszubildenden die Notwendigkeit des lebenslangen Weiterlernens zu vermitteln. Die Zahlen deuten darauf hin, dass dieses Ziel in dieser Untersuchungsgruppe nicht als vollständig erreicht betrachtet werden darf. So trifft für 10 % der 111 Absolventen, die

auf diese Frage geantwortet haben, die Aussage zu: „Ich freue mich, mein Examen zu haben und sehe vorerst keine Notwendigkeit zum Besuch von Fort- und Weiterbildungen“. Diese Aussage bestätigen fünf Absolventen des Abschlussjahrgangs 2010, zwei Absolventen mit zweijähriger und fünf Personen mit dreijähriger Berufserfahrung.

Immerhin 100 Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung geben an, in den letzten 12 Monaten mindestens eine hausinterne Fortbildungsveranstaltung besucht zu haben, 35 hatten an mindestens einer externen Veranstaltung teilgenommen. Zwölf (von 109) Absolventen nahmen zum Befragungszeitpunkt an einer Weiterbildungsmaßnahme teil oder hatten sie bereits abgeschlossen. Mehr als die Hälfte der Absolventen (59) geben an, innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn einer Weiterbildung zu planen.

Auch das Thema Studium ist für die Absolventen offensichtlich präsent: So studieren aktuell 12 Absolventen bereits berufsbegleitend und 28 planen, innerhalb der kommenden beiden Jahre ein Studium aufzunehmen. Ob es sich hierbei um ein pflegerisches Studium handelt, wurde nicht erfragt, da es an dieser Stelle um die Motivation zur Weiterqualifikation an sich geht.

Die Frage, ob die Absolventen bereit sind, auch auf eigene Kosten und ohne tarifliche Höhergruppierung an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen, wird von 44 % der Befragten bejaht, ein weiteres Zeichen für ein hohes berufliches Engagement.

Es zeigt sich, dass auch für die langjährig Berufserfahrenen Fort- und Weiterbildung ein wichtiges Thema ist. So haben alle zehn Befragten im letzten Jahr mindestens eine hausinterne Fortbildung besucht und sechs von ihnen zusätzlich eine externe Veranstaltung. Sechs der zehn befragten Personen sind bereit, auch auf eigene Kosten und ohne tarifliche Höhergruppierung nach Abschluss der Maßnahme an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Die Hälfte der Befragten verfügt bereits über eine abgeschlossene Weiterbildung, zwei weitere planen innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn einer Weiterbildung. Ein Studium hingegen ist für keinen der langjährig Berufserfahrenen mehr eine Option.

Ein Blick auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Weiterbildungsbereitschaft und beruflicher Identität bzw. beruflichem Engagement zeigt Korrelationen schwachen bis mittleren Ausmaßes zwischen der Absicht, innerhalb der nächsten beiden Jahre ein Studium zu beginnen und beruflicher Identität ($r=,203^{**}$) sowie beruflichem Engagement ($r=,329^{**}$). Wie auch bei Auszubildenden zeigt sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zu der Aussage, aktuell berufsbegleitend zu studieren.

Berufliches Selbstverständnis der Absolventen

Bei den Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung deutet sich ein eher an originären Pflēgetätigkeiten als an medizinischen Delegationsaufgaben orientiertes Berufsverständnis an (*Abbildung 52*).

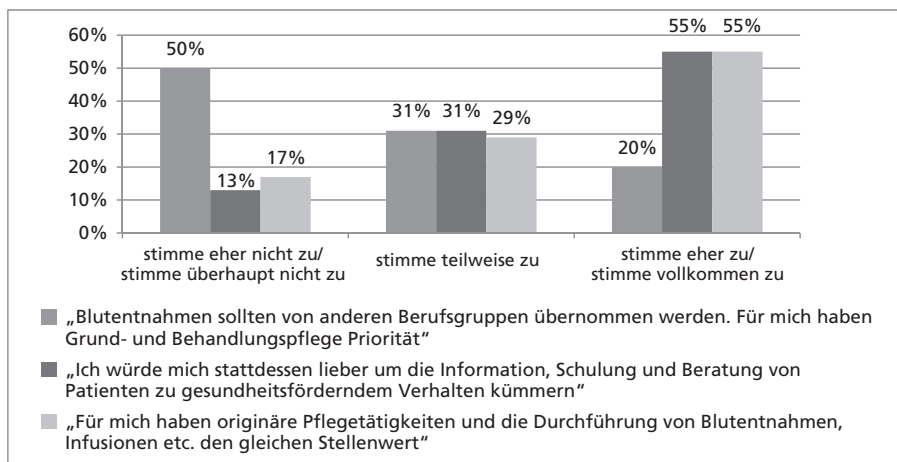


Abb: 52: Berufliches Selbstverständnis/Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung

So bejahen signifikant mehr Absolventen ($p = ,015$) als Auszubildende die Frage, ob Blutentnahmen durch andere Berufsgruppen übernommen werden sollten. Auch liegt die Anzahl derer, die Schulung und Beratung von Patienten vorziehen würden, mit 55 % im Vergleich zu 44 % signifikant höher als bei den Auszubildenden ($p = ,012$).

Trotzdem stimmen 67 % der Absolventen eher oder völlig der Aussage zu, die Durchführung von Blutentnahmen, Infusionen und Transfusionen mache den Beruf deutlich attraktiver; hier ergibt der Vergleich keinen signifikanten Unterschied zu den Auszubildenden. Weitere Aufgaben zu übernehmen, die momentan noch dem ärztlichen Dienst zugeordnet sind, stimmen – wie auch bei den Auszubildenden – nur 46 % der Befragten zu. Für über die Hälfte der Befragten haben originäre Pflēgetätigkeiten und medizinische Delegationsaufgaben den gleichen Stellenwert.

Bei den Pflēgenden mit langjähriger Berufserfahrung ergibt der Blick auf die bevorzugten Tätigkeiten ein ähnliches Bild wie bei den jungen Kollegen: Sieben der zehn Befragten sind der Ansicht, dass originäre Pflēgetätigkeiten und ärztliche Delegationsaufgaben den gleichen Stellenwert innehaben. Die Aussage, noch weitere Aufgaben übernehmen zu wollen, die momentan ärztliche Aufgaben sind, wird mehrheitlich durch sieben Personen verneint.

Die Übernahme von Delegationsaufgaben wurde auch im Rahmen der Gruppendiskussion thematisiert. Die Teilnehmerinnen kamen zunächst mehrheitlich zu der Auffassung, originäre Pfl egetätigkeiten und Delegationsaufgaben seien gleichberechtigt; im Kontext der Diskussion um die kompensierende Rolle von Pflege tendierte die Meinung später jedoch in Richtung Präferenz originärer Pfl egetätigkeiten:

Frau B: „Also ich muss sagen, ich finde beides wichtig. Nicht nur in der reinen Pflege, das andere gehört für mich einfach dazu und macht ja auch einfach die Sache noch ein bisschen spannender.“

Frau G: „Wobei ich für mich persönlich den Eindruck habe, ich sehe mich eher Richtung originäre Pfl egetätigkeiten tendieren, weil ich so ein bisschen den Eindruck habe, dass dieser Aspekt von ärztlicher Seite immer mehr so ein Schatten-Dasein zugeordnet bekommt.“

Zum Thema beruflichen Selbstverständnisses kam neben der Gleichberechtigung von Aufgaben auch die Gleichberechtigung der Berufsgruppen zur Sprache. Die Diskutantinnen waren sich darüber einig, Pflege und Ärzte seien heute gleichberechtigte Berufsgruppen:

Frau C: „Ich sehe mich als gleichberechtigte Berufsgruppe. Ich denke, wir sind genauso wichtig. Klar macht der [Arzt, Anm. d. Verf.] die Therapie, die Diagnose und was weiß ich was alles, aber wenn die Ärzte nicht gewisse Informationen von uns bekämen, die kämen bei weitem nicht so weit, wie sie vielleicht kommen.“

Gleichzeitig fühlen sich Pflegende jedoch anderen Berufsgruppen gegenüber auch benachteiligt und in einer vergleichsweise schwachen Position, wie folgende Äußerung zeigt:

NN: „Pfl egende sind letztendlich das schwächste Glied in der Kette, d. h. sie machen die meisten Abstriche.“¹⁶²

In den Korrelationsberechnungen (*Tabelle t*) zeigen sich schwach positive Zusammenhänge zwischen der Präferenz originär pflegerischer Aufgaben und beruflicher Identität, während die Durchführung weiterer Aufgaben des ärztlichen Dienstes in schwach negativem Zusammenhang mit beruflichem Engagement steht.

162 Schriftlich formulierter Nachtrag aus der kommunikativen Validierung. Die Anmerkung erfolgte ohne Namensangabe.

Pflegeverständnis der Absolventen

Wie bei Auszubildenden und Studierenden überwiegt auch bei den Absolventen mit 1–3 Jahren Berufserfahrung ein Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung (Abbildung 53).

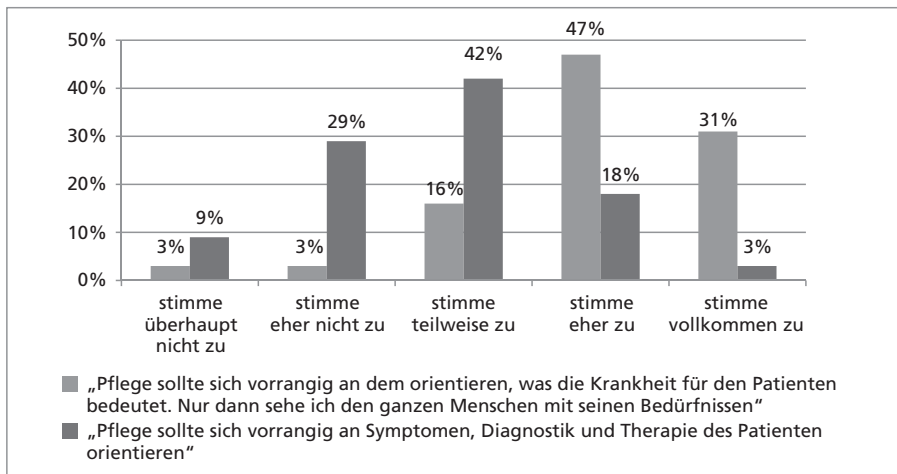


Abb. 53: Pflegeverständnis/Absolventen

Das wird auch bei der Frage deutlich, wessen Lob den Berufsangehörigen am wichtigsten ist, nämlich das Lob von Patienten (Abbildung 54).

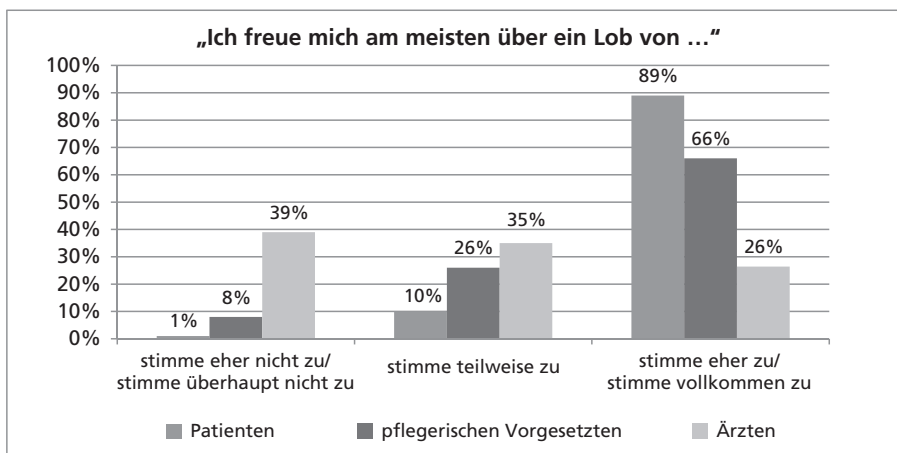


Abb. 54: Lob und Anerkennung/Absolventen

Das Statement „Pfleger sollten ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten haben“ wird mit 64 % der Befragten (vs. 56 % bei den Auszubildenden), die eher oder völlig zustimmen, signifikant ($p = ,005$) noch deutlicher bejaht, als das bei den Auszubildenden der Fall ist.

Bei den langjährig Berufserfahrenen zeigt sich zum Pflegeverständnis ein heterogeneres Bild (*Abbildung 55*) als bei Auszubildenden, Studierenden und den jungen Absolventen. Die Tendenz zu einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Ausprägung kommt in dieser Gruppe weniger zum Tragen. Auch die Vorstellung eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Patient und Pflegeperson wird nur von vier der zehn Personen bejaht¹⁶³. Neun Personen sind hingegen der Ansicht, dass Patienten auf eine Pflege vertrauen können müssen, die auf der Grundlage fachlich abgesicherter Vorgaben durchgeführt wird – ein Indiz für ein hohes Qualitätsbewusstsein.

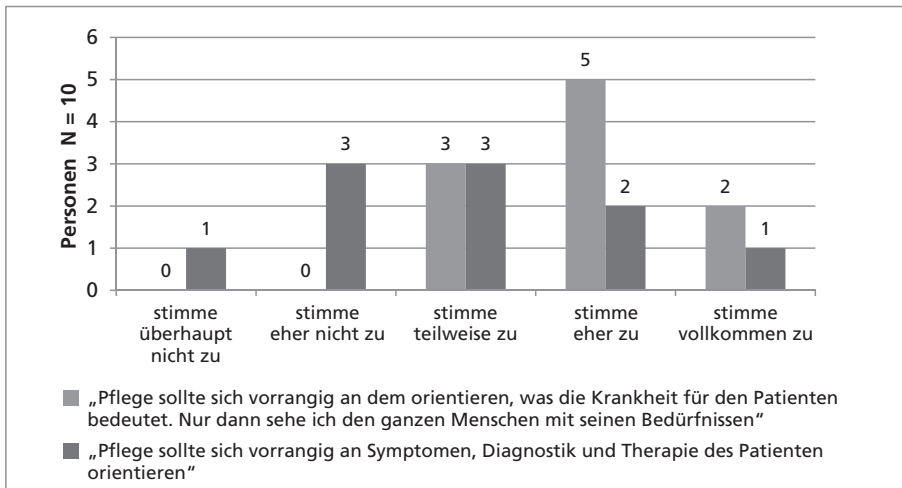


Abb. 55: Pflegeverständnis/Pfleger mit ≥ 20 Jahren Berufserfahrung

Beim Wunsch nach Anerkennung sprechen sich jedoch auch alle zehn Befragten dafür aus, dass ihnen das Lob des Patienten am wichtigsten ist.

Zur Frage nach der Anerkennung liegen ergänzende Ergebnisse aus der Gruppendiskussion vor: Auch in dieser Personengruppe wurde das Lob des Patienten

¹⁶³ Um die nachfolgenden Ergebnisse der Gruppendiskussion zum Pflegeverständnis – insbesondere zur kompensierenden Rolle der Pflegenden – einordnen zu können, muss darauf hingewiesen werden, dass die Diskussionsgruppe nicht identisch war mit der schriftlich befragten Personengruppe: Nur fünf von zehn ursprünglich schriftlich befragten Personen nahmen auch an der Gruppendiskussion teil.

ten als das entscheidende angesehen, gefolgt von der Anerkennung durch die Vorgesetzten. Patienten- und Vorgesetztenlob wurden weiterhin als positive Einflussfaktoren auf die Entwicklung beruflicher Identität und Berufszufriedenheit benannt.

Frau F: „Bei mir trifft das zu, bei mir zählt in erster Linie der Patient. Ja, dann meine pflegerischen Vorgesetzten. Die Ärzte (Schulterzucken) – die gibt es – (alles lacht laut), die sind da, sie leben mit uns, aber (alles lacht) ...“

Angeregt diskutiert wurde auch die Frage nach der Anerkennung durch die Ärzte. Die Diskutantinnen kamen überein, diese sei heutzutage für sie am wenigsten wichtig, das sei früher aber anders gewesen:

Frau C: „Die haben einfach einen ganz anderen Stellenwert gehabt (beifälliges Nicken aller Teilnehmerinnen)“.

Frau B: „Ich weiß nicht, ob die für mich einen anderen Stellenwert hatten, aber allgemein wurde ja ein Arzt, irgendwie wurden die anders hofiert.“

Wie schon bei den Auszubildenden zeigt sich auch bei den Absolventen (*Tabelle u*) ein Zusammenhang schwacher bis mittlerer Ausprägung zwischen einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Auffassung nach JUCHLI und beruflicher Identität bzw. Engagement. Im Gegensatz zu den Auszubildenden korreliert sowohl der Wunsch nach Anerkennung durch die Ärzte als auch durch die Gesellschaft in schwacher Ausprägung mit beruflicher Identität (nur Gesellschaft) und Arbeitsmoral.

Ergänzende Ergebnisse zum Pflegeverständnis

Die Frage nach dem Pflegeverständnis führte im Rahmen der Gruppendiskussion zu sehr interessanten Aspekten. Zunächst zeigte sich, dass die anwesenden Personen, im Gegensatz zur schriftlich befragten Gruppe, deutlich ein Pflegeverständnis ganzheitlicher Art favorisierten. Es ist jedoch denkbar, dass diese Tendenz dem Gruppenprozess geschuldet ist und bei anonymer Befragung derselben Personen hier abweichende Ergebnisse zustande kommen würden.

Begründet wurde diese Haltung der Gruppe mit dem Statement, dass die Pflege die fehlende ganzheitliche Sichtweise der Ärzte kompensiert bzw. es pflegerische Aufgabe ist, eben dies zu tun. Die von den berufserfahrenen Pflegenden beklagte, rein auf die Krankheit und deren Behandlung fokussierte Sicht der Ärzte auf den Patienten, wurde mit Hilfe zahlreicher Beispiele an drei typischen Verhaltensweisen von Ärzten festgemacht, die teilweise spezifisch für bestimmte Fachbereiche waren.

Aussage 1: Ärzte sehen nicht den ganzen Menschen, sondern sie sehen ihn nur aus dem Blickwinkel ihres Fachbereichs (operative Station).

Frau B: „Aber ich glaube, das ist abhängig von der Abteilung her. Bei uns, muss ich eher sagen, die sehen bei uns immer nur ihre Sache, ich sage immer ‚guck doch mal auf den Blutdruck, guck doch mal darauf‘, da muss ich immer drauf aufmerksam machen. Ich sage immer: ‚Macht doch mal was‘, so ungefähr.“

Aussage 2: Ärzte führen aus pflegerischer Sichtweise häufig Eingriffe durch, die überflüssig sind und den Patienten unnötig belasten (onkologischen Stationen).

Frau G: „Bei uns habe ich gerade so mehr den umgekehrten Eindruck, dass – je mehr Möglichkeiten der Patient bietet (lacht), – um so mehr wird ärztlicherseits ausgeschöpft, komme was wolle (alle nicken beifällig). Und der Mensch (Geste: Sich selbst etwas über die Schulter werfen), an den wird eigentlich gar nicht mehr gedacht, wenn die Pflege nicht zwischendrin mal versucht, daran zu erinnern“.

Frau A: „... weil, wir haben auch schon mal den Satz zu hören bekommen, ‚Jeder hat ein Recht auf Diagnose‘. Wo man halt sagt, warum muss man jetzt bis zum Ende also wirklich den Patienten durch diagnostizieren und am nächsten Tag ist er verstorben. Warum muss so was sein? Wenn man sagt, ‚Okay, das hat sowieso keinen Effekt‘, dann lasse ich den Patienten vielleicht noch ein bisschen stressfrei leben, aber warum muss ich dem die ganzen Untersuchungen halt noch antun?“

Aussage 3: Ärzte wollen Patienten nicht sterben lassen (unterschiedliche Stationen).

Frau G: „Aber bei uns ist ja eine onkologische Station und da ist es ja eigentlich normal, dass die Menschen krank sind und sterben früher oder später, und da kriege ich wie oft zu hören: ‚Ja aber was soll ich denn machen von ärztlicher Seite? Wir können ihn doch nicht sterben lassen.‘ (Zustimmendes Kopfnicken und Gemurmel von Frau A.). Das passiert auf einer onkologischen Station, dass man jemanden sterben lassen muss.“

Frau C: „Wir haben jetzt eine 92-Jährige bei uns liegen, und die kommt, da denkt man sich: ‚Hallo! Muss ich denn wirklich bei einer über 90-jährigen noch einen [invasiver Eingriff] machen? Muss das wirklich sein?‘ Aber wir können ja eventuell noch, es könnte den Leuten ja besser gehen. Ja, aber ich kann ja auch die Niere komplett abschießen, ja.“

Pflege, so das Resümee der Diskussionsrunde, habe die Aufgabe, die einseitige Sicht von Ärzten auf den Patienten im Sinne des ganzen Menschen zu kom-

pensieren und die berechtigten Interessen von Patienten (und Angehörigen) gegenüber dem Arzt zu verteidigen. Die Beispiele zeigen deutlich sowohl die kritische Sicht der Pflegenden auf die Medizin der Gegenwart als auch den ausgeprägten Fürsorgeaspekt der Pflegenden auf.

Ansehen des Berufs in der Gesellschaft

Das empfundene Ansehen des Berufs in der Gesellschaft wird an dieser Stelle für alle drei Befragungsgruppen dargestellt. *Abbildung 56* zeigt ein gemischtes Bild: So wird deutlich, dass in allen Gruppen weniger als die Hälfte der Befragten der Aussage eher oder vollkommen zustimmen, ihr Beruf sei in der Gesellschaft gut angesehen.

Damit entspricht das Bild, welches die Gesundheits- und Krankenpflegenden selbst haben, offensichtlich tatsächlich nicht dem Ansehen, welches der Beruf aus der Sicht außenstehender Personen (vgl. Allensbach-Skala 2011) genießt.

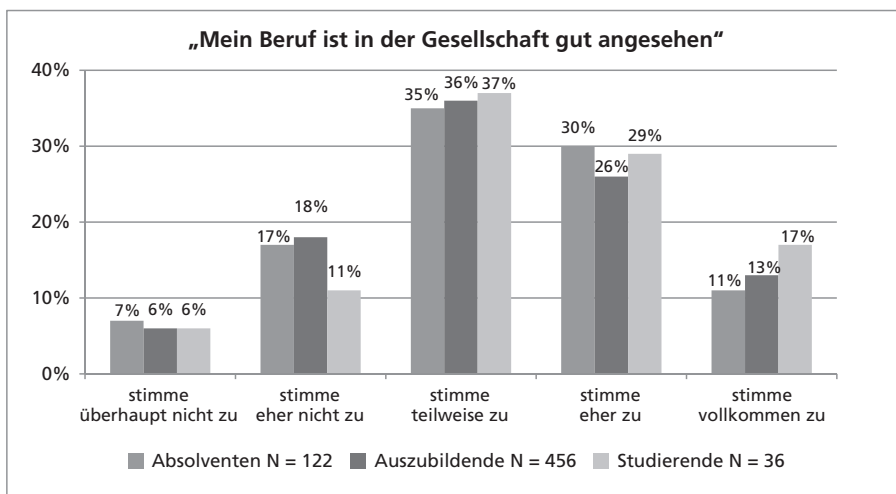


Abb. 56: Ansehen des Berufs in der Gesellschaft

In Verbindung mit dem gesellschaftlichen Ansehen steht auch das Gefühl, für seine Tätigkeit angemessen bezahlt zu werden bzw. nach der Ausbildung Aussicht auf eine attraktive Entlohnung zu haben. Daher werden auch die diesbezüglichen Ergebnisse für alle Befragten gemeinsam dargestellt (*Abbildung 57*). Es zeigt sich, dass sich nur 11 % der Absolventen für ihre Tätigkeit angemessen vergütet fühlen.

Zwischen den Erwartungen von Auszubildenden und Studierenden gibt es erhebliche Differenzen: So schätzen 20 von 36 der Schweizer Studierenden ihre

Einkommensmöglichkeiten nach Abschluss des Studiums durchaus positiv ein, während nur 26 % der Auszubildenden dieser Ansicht sind.

In der Darstellung der Zusammenhänge zeigen sich bei Auszubildenden und Absolventen geringe bis mittlere Korrelationen zwischen beruflicher Identität bzw. Engagement und dem Ansehen des Berufs aus Perspektive der Berufsangehörigen (Tabelle v). Bei den Studierenden stellt sich hierzu ein Zusammenhang in mittlerer bis hoher Ausprägung mit beruflicher Identität, beruflichem Engagement und Arbeitsmoral dar. Interessanterweise zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Bezahlung und beruflicher Identität, wohl aber zu Engagement und Arbeitsmoral – bei den Auszubildenden in geringer Ausprägung, bei den Studierenden in mittlerer Stärke (nur Arbeitsmoral).

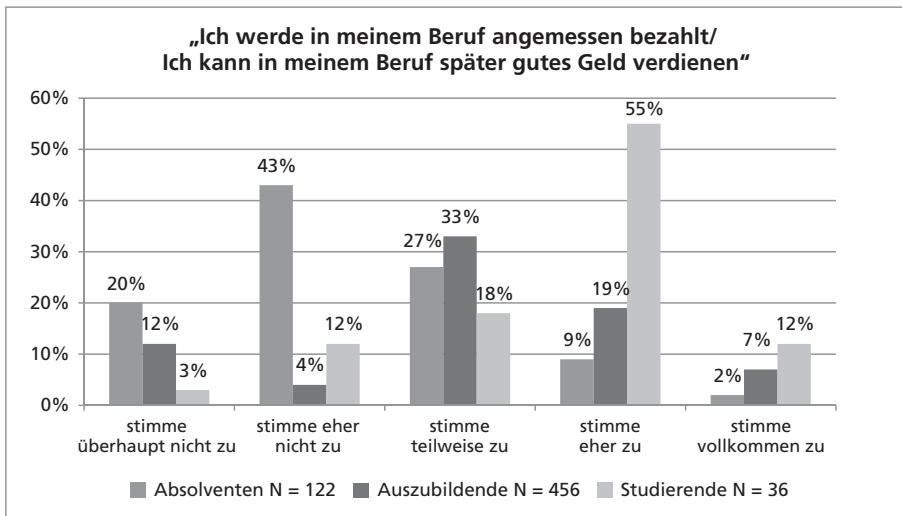


Abb. 57: Angemessene Bezahlung/Einkommensaussichten

Ergebnisse der Abschlussprüfung

Um mögliche Zusammenhänge zwischen beruflicher Handlungskompetenz und beruflicher Identitätsentwicklung herauszufinden, wurden die Absolventen nach ihren Examensnoten befragt. Die Durchschnittsnoten der Berufsabschlussprüfungen aller Absolventen wurden wie folgt angegeben:

- Sehr gut: 24 %
- Gut: 43 %

- Befriedigend: 35 %
- Ausreichend: 3 %

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Noten der Abschlussprüfung – wie auch bereits bei den Zwischenprüfungen der Auszubildenden – und der Entwicklung von beruflicher Identität bzw. Engagement konnte nicht aufgezeigt werden.

5.6 Die Ausprägung von beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engagement und Arbeitsmoral – ein Vergleich der Ergebnisse der Bremerhaven-Studie mit den Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Studie „Engagement und Ausbildungsorganisation – Einstellungen Bremerhavener Auszubildender zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung“ (Bremerhaven-Studie) mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit verglichen. In der Bremerhaven-Studie waren 1.492 Auszubildende aus 48 Berufen befragt worden. 23 Berufe ergaben genügend hohe Fallzahlen für die nähere Auswertung (vgl. Heinemann/Maurer/Rauner 2009, 7–9).

Der Mittelwertvergleich zwischen Auszubildenden in der Pflege und den Bremerhavener Auszubildenden zeigt in allen vier Skalen signifikante Unterschiede (Tabelle 9).

Tab. 9: Mittelwertvergleich Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege vs. Auszubildende Bremerhaven

	Auszubildende Pflege N = 466		Auszubildende Bremerhaven N = 1492	
	MW	SD	MW	SD
Skala Berufliche Identität	18,99	2,71	17,21	3,64
Skala Berufliches Engagement	18,83	3,72	16,28	5,25
Skala Betriebliches Engagement	16,03	4,19	13,86	5,68
Skala Arbeitsmoral	9,94	1,58	8,92	1,95

Für die im Folgenden aufgeführten Vergleiche zwischen den Bremerhavener Daten und der Gruppe der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kranken-

pflge wurden jeweils die untersuchten Berufe mit den höchsten Werten, die Berufe mit den niedrigsten Werten und ausgewählte andere Berufe mit kontrastierenden Ergebnissen herangezogen.

Berufliche Identität

Der Vergleich (*Abbildung 58*) zeigt bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden auf der Skala von 0–24 mit 19,0 den höchsten Mittelwert aller untersuchten Berufe. Gleichzeitig weist die Gesundheits- und Krankenpflege den größten Anteil an Personen mit hoher beruflicher Identität und den geringsten Anteil an Auszubildenden mit niedriger beruflicher Identität auf.

Auch im beruflichen Engagement (*Abbildung 59*) liegt die Gesundheits- und Krankenpflege im Mittelwert knapp vor allen anderen Berufsgruppen. Bei den Automobilkaufleuten und Köchen ist jedoch der Anteil an Auszubildenden mit hohem beruflichem Engagement höher und der Anteil an Auszubildenden mit niedrigem beruflichem Engagement geringer als bei den Pflegenden.

In der Skala Betriebliches Engagement (*Abbildung 60*) liegt die Gesundheits- und Krankenpflege mit einem Mittelwert von 16,0 und mit einem Anteil von 49 % Auszubildenden mit hoher Identität an zweiter Stelle hinter den Automobilkaufleuten und hat gleichzeitig den zweithöchsten Anteil an Auszubildenden mit einem hohen betrieblichen Engagement.

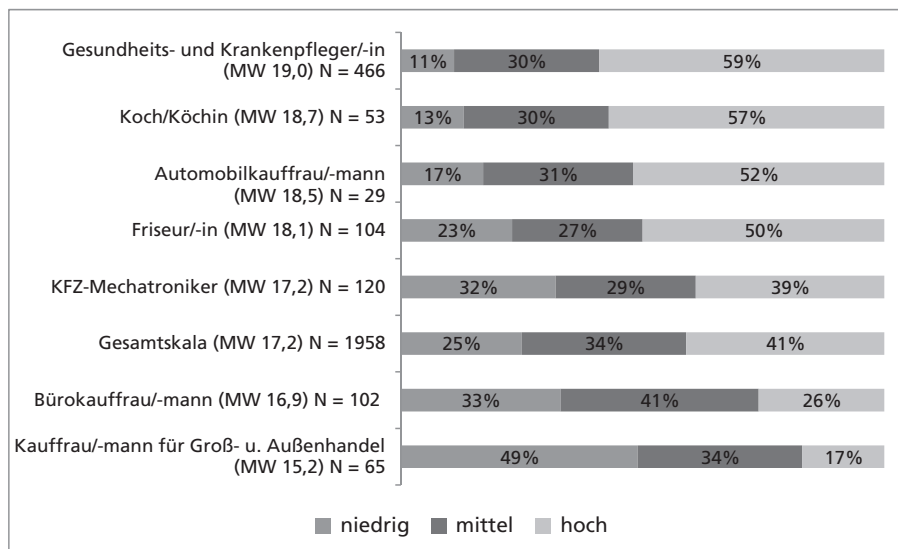


Abb. 58: Berufliche Identität/Vergleich verschiedener Berufe

Schließlich (*Abbildung 61*) liegt die Gesundheits- und Krankenpflege auch bei der Arbeitsmoral gemeinsam mit den Automobilkaufleuten sowohl im Mittelwert, im hohen Anteil der Personen mit hoher Arbeitsmoral und im geringen Anteil der Personen mit niedriger Arbeitsmoral an der Spitze aller Berufe.

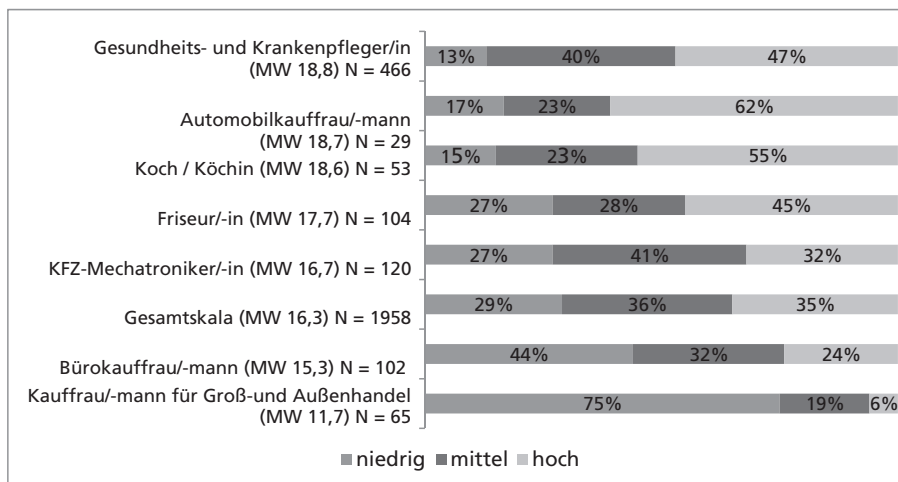


Abb. 59: Berufliches Engagement/Vergleich verschiedener Berufe

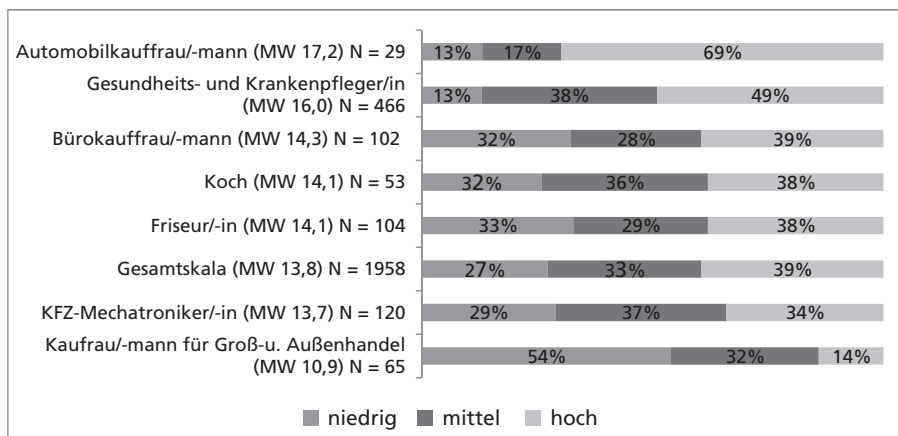


Abb. 60: Betriebliches Engagement/Vergleich verschiedener Berufe

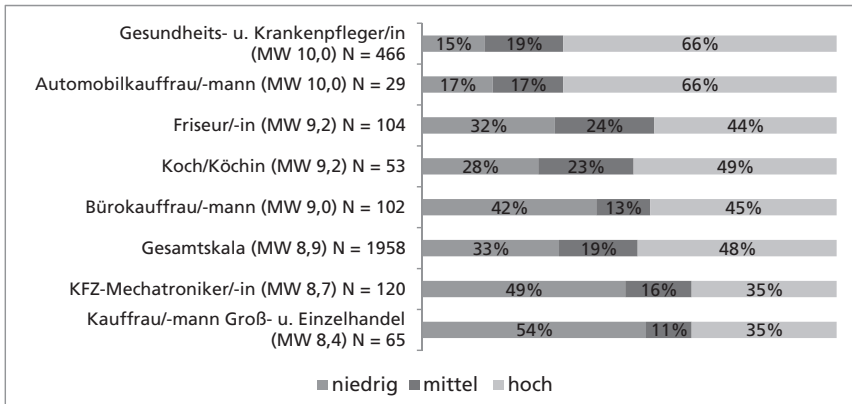


Abb. 61: Arbeitsmoral/Vergleich verschiedener Berufe

Einschätzung der Ausbildungssituation

Die Bremerhavener Auszubildenden aus 48 Berufen sind – im Gegensatz zu den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – eine sehr heterogene Gruppe. Um trotzdem einen Eindruck von den zum Teil deutlich voneinander abweichenden Einschätzungen der Auszubildenden von ihren Ausbildungsbedingungen zu bekommen, wird im Folgenden die Einstellung der Bremerhavener Auszubildenden zu ihrer Ausbildung denen der der Gesundheits- und Krankenpflegenden gegenübergestellt. Der Vergleich erfolgt anhand von Items, welche sich in der vorliegenden Untersuchung in der Gesundheits- und Krankenpflege als Einflussfaktoren auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung bei Auszubildenden herauskristallisiert haben. Zu beachten ist hierbei, dass die Statements zum Teil unterschiedlich formuliert sind und in der Bremerhaven-Studie für manche Antwortoptionen eine Vierer-Skalierung verwendet wurde. Dennoch lässt sich eine Tendenz der Antworten ablesen.

Ein Einflussfaktor auf die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement ist die Ausbildung im Wunschberuf und im gewünschten Betrieb. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigt hier Unterschiede: Für einen weit höheren Anteil an Auszubildenden aus Bremerhaven gegenüber den Pflegenden ist der Ausbildungsberuf nicht lang gehegter Wunschberuf (*Abbildung 62*).¹⁶⁴

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage, ob die Ausbildung im gewünschten Betrieb stattfindet: Auf über die Hälfte (56 %) der Bremerhavener Auszubildenden trifft diese Aussage – im Gegensatz zu den Pflegenden – nicht zu (*Abbildung g*).

164 Bei diesem Item wurde in der Bremerhaven-Studie eine Viererskalierung verwendet.

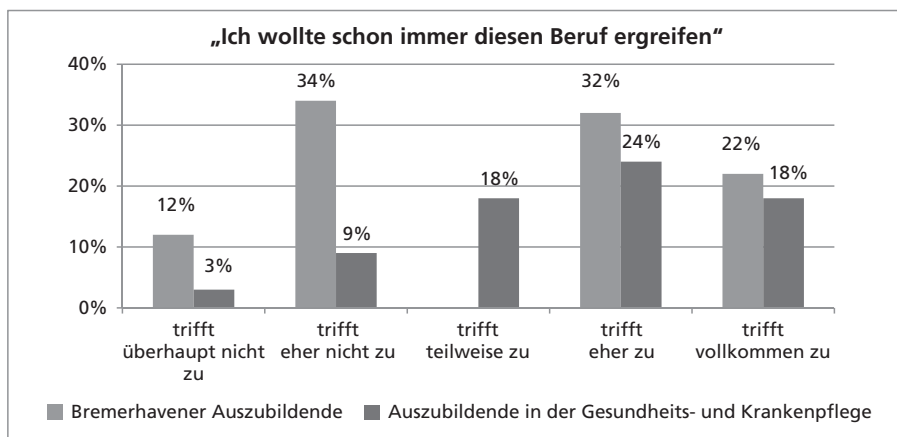


Abb. 62: Wunschberuf/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

Ein Vergleich der Einstellungen des sozialen Umfeldes zur Berufswahl zeigt keine nennenswerten Unterschiede: Auch bei den Bremerhavener Auszubildenden finden bei 81 % der Befragten Freunde und Bekannte den Beruf der Auszubildenden in Ordnung. Bei den Pflegenden ist dies zu 86 % der Fall.

Im Vergleich der Zufriedenheit mit der Ausbildung liegt die Bewertung der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowohl im Hinblick auf die Gesamtausbildung (*Abbildung 63*) als auch in Bezug auf die praktische Ausbildung (78 % vs. 68 %) über den Zahlen aus Bremerhaven.

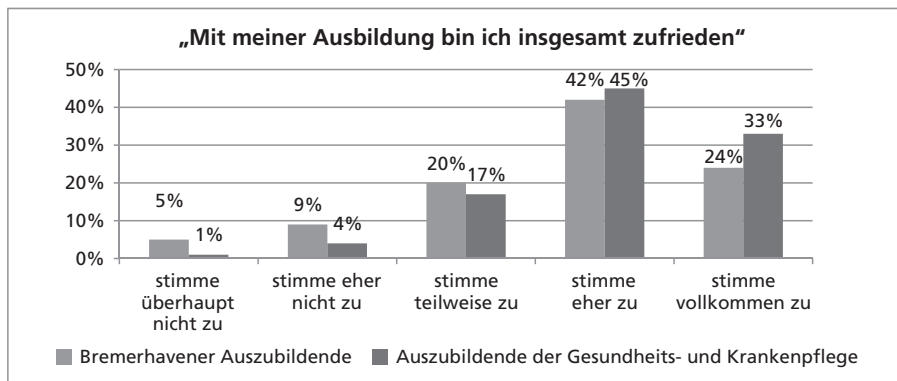


Abb. 63: Ausbildungszufriedenheit/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

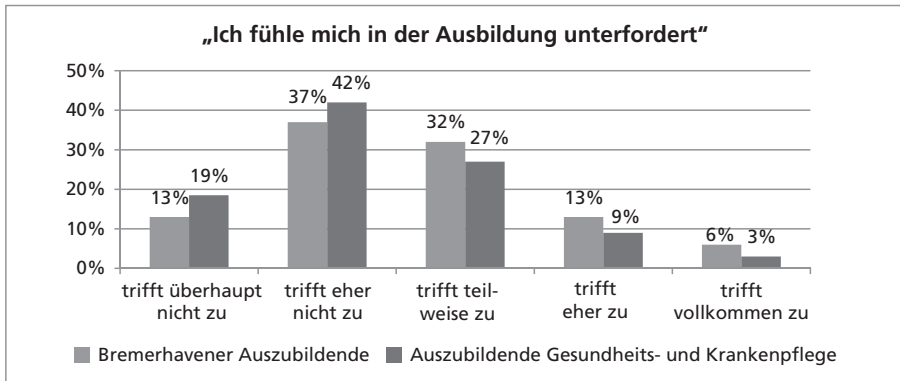


Abb. 64: Unterforderung/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

Wie auch in der Pflegeausbildung scheint es in den anderen Berufen zu gelingen, ein Gleichgewicht zwischen Arbeitstätigkeit und Lernen in der Praxis herzustellen (*Abbildung h*).

Der Anteil der Auszubildenden, die sich unterfordert fühlen, ist in der Gesundheits- und Krankenpflege geringfügig kleiner als in der Vergleichsgruppe aus dem dualen Ausbildungssystem. Deutlicher ist der Unterschied im Bereich Praxisanleitung: Nur 2 % der Pflegenden geben an, eher *nicht* viel von ihren Praxisanleitern lernen zu können, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, wo immerhin 7 % der Aussage überhaupt nicht und 10 % der Aussage eher nicht zustimmen. Auch in dem Item „Ich erhalte Unterstützung und Rückmeldung für meine Arbeit“ schätzen, wie in *Abbildung i* ersichtlich, die Gesundheits- und Krankenpflegenden die Unterstützung und Rückmeldung für ihre Arbeit leicht positiver ein als die Bremerhavener Vergleichsgruppe.

Das Arbeitsklima im Betrieb wird von den Bremerhavener Auszubildenden mit durchschnittlich 80 % positiver eingeschätzt als dies bei den Pflegenden der Fall ist. Dies bestätigt sich auch bei weiteren Items zur Arbeitsatmosphäre.

Die Statements zum Lernort Schule offenbaren deutlich größere Unterschiede, als dies bei den Items zur praktischen Ausbildung der Fall ist. Bei der Frage zum Engagement der Lehrer (*Abbildung 66*)¹⁶⁵ zeigt sich eine weit positivere Einschätzung der Pflege-Auszubildenden als in der Vergleichsgruppe: der Anteil derer, die der Aussage vollkommen zustimmen, ist doppelt so hoch als in Bremerhaven.

¹⁶⁵ Bei diesem Item wurde in der Bremerhaven-Studie eine Vierer-Skalierung verwendet.

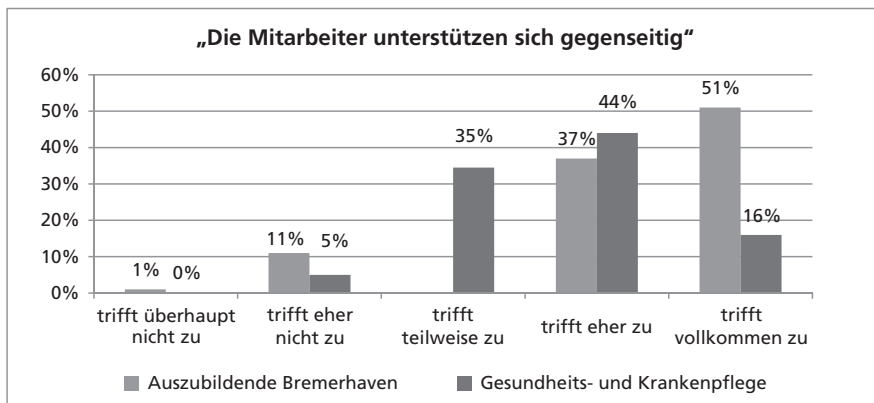


Abb. 65: Gegenseitige Unterstützung/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

Knapp 80 % der Pflege-Auszubildenden vs. 61 % der Vergleichsgruppe sprechen ihren Lehrenden einen guten Überblick über die Erfordernisse der beruflichen Praxis zu (Abbildung 67).¹⁶⁶

Das zeigt sich auch in der Einschätzung der Praxisrelevanz von Unterrichtsinhalten: Auch hier liegen die Werte (55 % vs. 35 % Zustimmung) hoch über denen aus dem dualen Berufsausbildungssystem (Abbildung j). Das gilt ebenso für die Frage, ob der Unterricht hilfreich ist, die Probleme in der Praxis zu lösen (Abbildung 68).

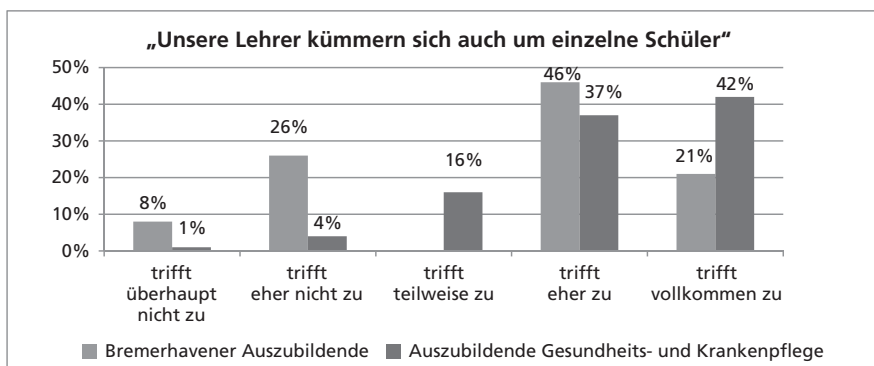


Abb. 66: Engagement der Lehrer/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

¹⁶⁶ Bei diesem Item wurde in der Bremerhaven-Studie eine Vierer-Skalierung verwendet.

Auch hinsichtlich der Lernortkooperation (*Abbildung 69*)¹⁶⁷ zeigt sich ein deutlicher Unterschied zugunsten der Pflegeausbildung, in der die Abstimmung zwischen Schule und Praxis als gut funktionierend wahrgenommen wird. 67 % der Bremerhavener Auszubildenden stimmen diesem Item eher oder überhaupt nicht zu.

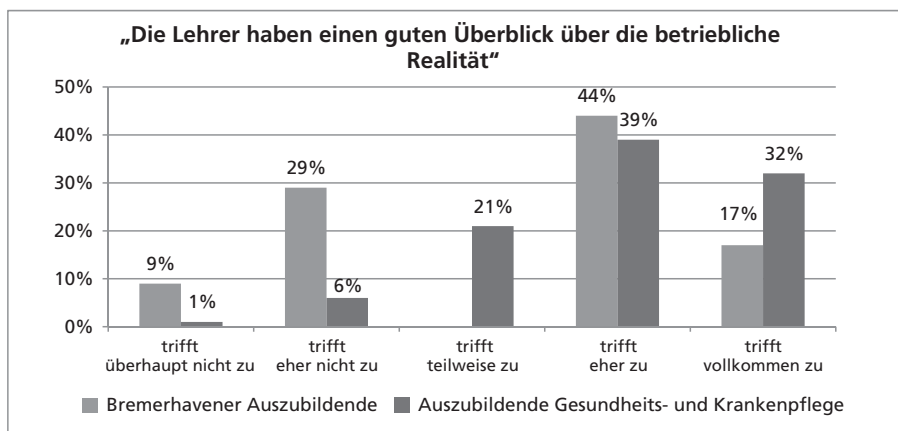


Abb. 67: Lehrer überblicken die berufliche Praxis/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

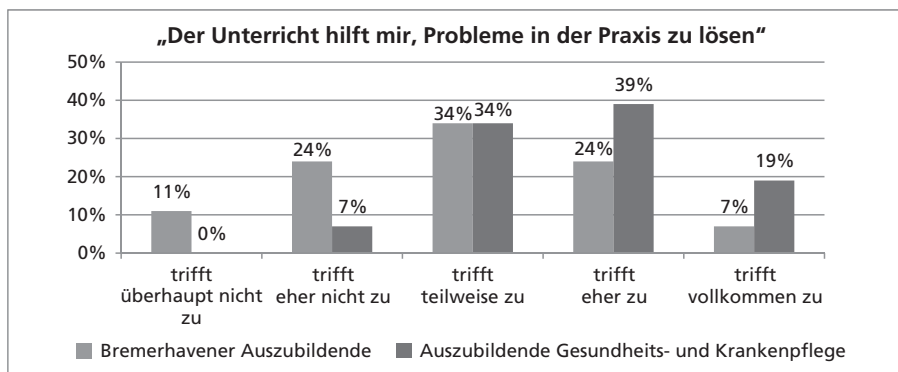


Abb. 68: Unterricht hilft, Praxisprobleme zu lösen/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

167 Bei diesem Item wurde in der Bremerhaven-Studie eine Viererskalierung verwendet.

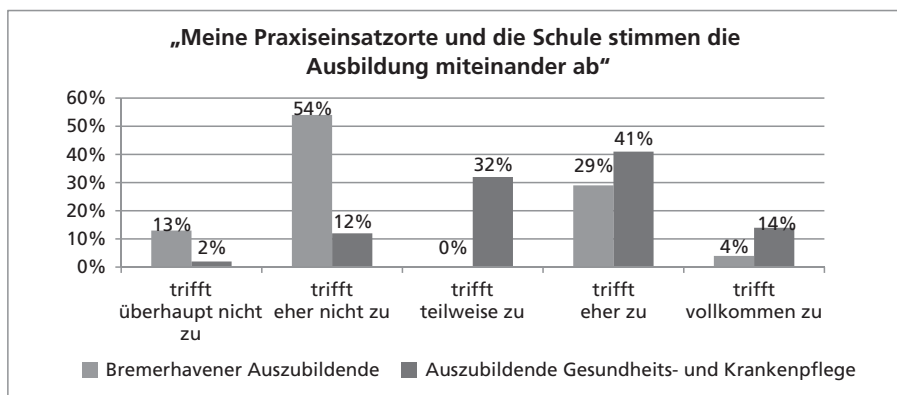


Abb. 69: Lernortkooperation/Bremerhavener Auszubildende vs. Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege

Zusammenfassung Pflegeausbildung vs. duale Berufsausbildung

Die vergleichende Analyse von Pflegeausbildung und dualer Berufsausbildung zeigt die Gesundheits- und Krankenpflege in allen vier Skalen an der Spitze der untersuchten Berufe. Auf der Suche nach Gründen zeigen sich Unterschiede in den Aspekten *Ausbildung im Wunschberuf*, *Ausbildung im Wunschbetrieb* und schließlich der *Koordination der theoretischen und praktischen Ausbildung*. Zu den ersten beiden Aspekten kann hier keine Aussage getroffen werden, da es bei den Bremerhavener Auszubildenden ja nicht um einen speziellen Beruf wie in der Vergleichsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege geht, sondern die Ergebnisse aus verschiedenen Berufen herrühren. Auffällig ist jedoch, dass es wieder das Thema Lernortkooperation ist, an dem sich deutliche Unterschiede zwischen Gruppen aufzeigen lassen: Vorteile bzw. Mängel in der Lernortkooperation lassen sich sowohl in der Abstimmung theoretischer und praktischer Ausbildung wie auch in der Praxisrelevanz der Lerninhalte ausmachen.

Dazu ist zu sagen, dass in deren Gestaltung sich das duale System und die Pflegeausbildung grundsätzlich unterscheiden: In der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung hat die theoretische Ausbildung einen sehr hohen Stellenwert. Das zeigt sich schon alleine daran, dass mit jedem neuen Krankenpfleegeresetz der Anteil theoretischer Unterrichtsstunden zunahm, während der Anteil praktischer Ausbildung gleichzeitig abnahm. Die Schulleitung ist gesamtverantwortlich für theoretische und praktische Ausbildung, und Lernortkooperation wird i. d. R. von Seiten der Schule initiiert und organisatorisch strukturiert. Im dualen System mit getrennten Verantwortlichkeiten für theoretische und praktische Ausbildung hat die Ausbildung im Betrieb eine höhere

Bedeutung als die in der Berufsschule, was sich nicht nur in der geringeren Anzahl theoretischer Unterrichtsstunden widerspiegelt. Die Berufsschule muss nicht nur mit einem Betrieb kooperieren, sondern mit zahlreichen Firmen, die sich darüber hinaus hinsichtlich Mitarbeiterzahlen, Tätigkeitsschwerpunkten und Interesse an einer Zusammenarbeit grundlegend unterscheiden. Lernortkooperation ist im berufsbildenden System zwar strukturell verankert, scheint aber – so die Ergebnisse von BEICHT, KREWERTH, EBERHARD und GRANATO (2009) bzw. HEINEMANN, MAURER und RAUNER (2009) – eher weniger gut zu funktionieren, als dies anhand der vorliegenden Daten für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung der Fall ist.

Hinsichtlich des Aspektes Praxisrelevanz des Unterrichts lässt sich sagen, dass Pflegelehrkräfte mit obligatorischer eigener Praxiserfahrung im Berufsfeld offensichtlich in höherem Maße mit den Anforderungen und Gegebenheiten der Praxis vertraut sind als Lehrpersonen an berufsbildenden Schulen. Dieser Aspekt spiegelt sich auch in der Auswahl von Lehrinhalten, welche die Auszubildenden zur Problemlösung im Praxisfeld befähigen, wider. Beide Aspekte – Lernortkooperation und praxisrelevanter Unterricht – sind jedoch notwendig, Ausbildung für die Lernenden in Schule und Praxis als Einheit erleben zu lassen.

5.7 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

Berufliche Identität und berufliches Engagement, davon ist auszugehen, hängen eng mit der Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz zusammen. Sie sind Voraussetzung für qualitativ hochwertiges, verantwortungsvolles berufliches Handeln und letztlich auch für eine erfolgreiche Ausbildung sowie den langfristigen Verbleib im Beruf.

Die Forschungsfrage, wie sich berufliche Identität und Engagement im Beruf Gesundheits- und Krankenpflege entwickeln, ließ sich in drei Unterfragen operationalisieren, die nun beantwortet werden können. Im Einzelnen waren dies die Fragen nach ...

1. der Ausprägung,
2. dem Entwicklungsverlauf und
3. den Einflussfaktoren beruflicher Identitäts- und Engagemententwicklung.

Zunächst konnte die Analyse der vorliegenden Daten zeigen, dass die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – auch im Vergleich mit den untersuchten Berufsgruppen im Rahmen der Bremerhaven-Studie – eine hohe Ausprägung an beruflicher Identität, beruflichem bzw. betrieblichem Engage-

ment und an Arbeitsmoral aufweisen. Signifikante Unterschiede diesbezüglich sind jedoch zwischen den Auszubildenden der beteiligten Schulen zu beobachten – sowohl im Vergleich der Schul-Gesamtgruppen als auch im Vergleich einzelner Klassen aus unterschiedlichen Bildungseinrichtungen.

Die Frage, in welchen Aspekten sich die Gruppen mit unterschiedlicher Identitätsausprägung darüber hinaus unterscheiden, führte in allen durchgeführten Vergleichen zu denselben drei Faktoren: der konkreten Ausbildungssituation am Lernort Praxis, der Qualität der Lernortkooperation zwischen Schule und Krankenhaus und der Praxisrelevanz des theoretischen Unterrichts. Der – nur vorsichtig zu interpretierende – Vergleich der Daten mit denen der Bremerhaven-Studie führt zum selben Resultat und bestätigt dieses Ergebnis. Es ist demnach anzunehmen, dass genau diese Aspekte der beruflichen Ausbildung besonders relevant sind im Hinblick auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung. Die Unterschiede machen deutlich, dass hier noch bislang unentdecktes Entwicklungspotenzial steckt.

In der Frage nach dem Entwicklungsverlauf beruflicher Identitäts- und Engagemententwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege konnte aufgezeigt werden, dass die Auszubildenden ihre Ausbildung mit einer hohen Ausprägung an beruflicher Identität und Engagement beginnen, während der Ausbildung jedoch keine nennenswerte Entwicklung mehr stattfindet. Erst nach Ausbildungsende ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen, der – so die Erkenntnisse aus der Gruppendiskussion – mit der Übernahme der vollen Verantwortung für das berufliche Handeln zu erklären ist. Dieses Ergebnis entspricht einschlägigen Voruntersuchungen und führt zu der Frage, ob auch hier noch – bislang ungenutzte – Chancen der gezielten Förderung während der Ausbildung bestehen. Ansatzpunkte hierzu konnten mit der Untersuchung potenzieller Einflussfaktoren auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung identifiziert werden.

Hierzu wurde im ersten Schritt die Einstellung der Befragten zu ihrer Ausbildung, ihrem Studium bzw. ihrer Situation am Arbeitsplatz erhoben, einschließlich pflegeberufsrelevanter Aspekte wie Motive zur Berufswahl, berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis. Zusammenfassend lässt sich dazu festhalten, dass die befragten Auszubildenden und Studierenden in der Pflege ihrer Ausbildungssituation gegenüber überwiegend sehr positiv eingestellt sind. Dieses Ergebnis wird durch das der Absolventen bestätigt, von denen knapp 80 % im Beruf und 67 % auch zukünftig bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber verbleiben wollen. In einem Beruf, der auch aufgrund des bereits bestehenden Fachkräftemangels einen Wechsel in andere Einrichtungen sehr leicht

macht¹⁶⁸, drängt sich trotz dieses positiven Ergebnisses die Frage auf, wie die betriebliche Bindung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen noch zu intensivieren ist. Ein Ansatzpunkt ist hier die gezielte Personalentwicklung, da auch Zusammenhänge zwischen Fortbildungsbereitschaft und beruflicher Identität bzw. Engagement aufzuzeigen sind.

Bei der Frage nach den Einflussfaktoren zeigte sich, dass die Einflussfaktoren auf berufliche Identität und berufliches Engagement in weiten Teilen deckungsgleich sind. Sie werden daher gemeinsam dargestellt.

Die Analyse der Faktoren, die bereits vor Ausbildungsbeginn auf berufliche Identitätsentwicklung einwirken, zeigt die Relevanz des Umstands, dass die Ausbildung im gewünschten Beruf stattfindet: Während die Gesundheits- und Krankenpflege als Wunschberuf im deutlich positiven Zusammenhang mit beruflicher Identität steht, korrelieren Items, die auf einen ursprünglich anderweitigen Berufswunsch hindeuten, negativ damit. Hier ist v. a. die Medizin zu nennen. War dies das ursprünglich angestrebte Berufsziel, wirkt sich das nicht nur auf die berufliche Identität und das Engagement, sondern auch auf den geplanten Berufsverbleib deutlich negativ aus.

Den hohen Einfluss der Peer Group auf die Berufswahlentscheidung bei Jugendlichen bestätigt (vgl. hierzu z. B. Beinke 2006) das Ergebnis, dass auch die Einstellung von Freunden und Bekannten zum eigenen Beruf die Ausprägung beruflicher Identität beeinflusst.

Während der Ausbildung stellen sich unterschiedliche Einflüsse auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung an den Lernorten Schule und Praxis dar. Zunächst lässt sich aber festhalten, dass sich die Zufriedenheit mit der Ausbildung insgesamt positiv auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung auswirkt.

Am Lernort Praxis beeinflusst v. a. die gute Ausbildungsqualität, welche sich in der Qualität der Lernangebote – insbesondere in arbeits- und pflegeprozessorientierten Aufgaben – und in einer positiven Arbeitsatmosphäre im Einsatzbereich ausdrückt, die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement. Unterforderung in der praktischen Ausbildung und die vorwiegende Durchführung von unzusammenhängenden Einzeltätigkeiten stehen hingegen in negativem Zusammenhang mit beruflicher Identitätsentwicklung. Diese Ergebnisse bestätigen einschlägige Voruntersuchungen (siehe z. B. Heinemann/Maurer/Rauner 2009).

168 Erst unlängst berichtete eine Auszubildende der Verfasserin über ihre Vorstellungsgespräche für eine Stelle nach der Abschlussprüfung in anderen Einrichtungen: „Ich habe überall das Gefühl, nicht ich bewerbe mich in der Klinik, sondern die Kliniken bewerben sich bei mir. Das macht ja richtig Spaß!“

Am Lernort Schule, der insgesamt einen geringeren Einfluss auszuüben scheint als die Praxis, ist es – neben einer positiven Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit – insbesondere die intrinsische Lernmotivation „Interesse am Lerngegenstand“ sowie die antizipierte Erhöhung der Berufschancen durch gute Lernleistungen, die sich positiv auf berufliche Identitätsentwicklung auswirken. Auch die Zufriedenheit mit den Lehrpersonen fördert berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung.

Als wohl wichtigster Einflussfaktor zeigt sich die Qualität der Lernortkooperation zwischen der Schule und der Praxis: Die funktionierende Abstimmung theoretischer und praktischer Ausbildungsinhalte und die als positiv empfundene Zusammenarbeit zwischen den jeweils zuständigen Personen – z. B. im Rahmen gemeinsamer Projekte – wirkt sich in hohem Maße förderlich auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung aus. Dass die Lernortkooperation in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung überwiegend positiv eingeschätzt wird, steht darüber hinaus in deutlichem Widerspruch zu bisherigen Befunden aus dem dualen Ausbildungssystem.

In der Gruppe der Absolventen dominiert die als positiv empfundene Zusammenarbeit im Team als Einflussfaktor auf berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung, was auch die Ergebnisse von KIRPAL (2011) bestätigt. Doch auch das Ansehen des Berufs in der Gesellschaft – aus Perspektive der Berufstätigen – stellt sich als nicht zu unterschätzender Einflussfaktor dar.

Hinsichtlich der berufsspezifischen Einflussfaktoren Pflegeverständnis und berufliches Selbstverständnis kann in allen Gruppen, d. h. bei Auszubildenden, Studierenden und Absolventen, ein positiver Zusammenhang zwischen beruflicher Identitätsentwicklung und einem Pflegeverständnis ganzheitlicher Ausprägung im Sinne von JUCHLI (1987) aufgezeigt werden. Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis finden sich hingegen zwischen Auszubildenden und Absolventen: Während bei den Auszubildenden ein positiver Zusammenhang zwischen einer Identifikation mit originär pflegerischen Tätigkeiten und beruflicher Identität bzw. beruflichem Engagement besteht, kann bei den Absolventen ein Zusammenhang zu einem eher an medizinischen Delegationsaufgaben orientierten Berufsverständnis aufgezeigt werden. Dieses Ergebnis sollte an einer größeren Stichprobe (insbesondere von Absolventen) überprüft werden, da es Hinweise darauf liefert, welche Auswirkungen zukünftig anstehende Aufgabenverteilungen im Krankenhaus haben könnten.

Der Blick auf die Einflussfaktoren auf betriebliches Engagement zeigt in allen untersuchten Gruppen einen Zusammenhang zwischen der als positiv empfundenen Arbeitsatmosphäre und der Ausprägung betrieblichen Engagements. Bei Auszubildenden und Studierenden beeinflusst auch die prinzipielle Ausbil-

dungszufriedenheit die Ausprägung des betrieblichen Engagements. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang auch zur Qualität der praktischen Ausbildung: Als kompetent empfundenen Praxisanleiter und zum Ausbildungsstand passende Arbeitsaufträge fördern ebenfalls das betriebliches Engagement.

Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Auszubildenden und der Studierenden sind aufgrund der kleinen Fallzahl nur vorsichtig zu interpretieren; dennoch zeigen sich Tendenzen: Zum einen scheinen die Studierenden durchweg eine „erwachsenere“ Einstellung zu ihrem Studium zu haben als dies bei den Auszubildenden der Fall ist. Das zeigt sich in der eher intrinsisch und qualitätsbewusst orientierten Lernmotivation der Studierenden, ebenso wie in einem disziplinierteren Lernklima an der Fachhochschule. Zum Zweiten fällt auf, dass für das betriebliche Engagement der Studierenden in der Bewertung des Lernortes Praxis deutlicher die Qualität des Lernangebotes eine Rolle spielt als das bei den Auszubildenden der Fall ist; für diese ist das Arbeitsklima an sich entscheidend für die Ausprägung betrieblichen Engagements. Die Arbeitsatmosphäre wirkt sich bei den Studierenden ausschließlich auf betriebliches Engagement aus, während es bei den Auszubildenden mit allen vier Skalen korreliert. Interessant ist darüber hinaus, dass die akademische Ausbildung hinsichtlich der Kooperation der Lernorte zwischen der Fachhochschule und den Praxiseinsatzorten keine Nachteile gegenüber der deutschen Ausbildung aufweist. Diese Aspekte müssten jedoch in einer Studie mit größeren Fallzahlen erneut untersucht werden, um hieraus weitergehende Schlussfolgerungen ableiten zu können.

6 Fazit

6.1 Methodenreflexion

Die Berufsbildungsforschung ist, darauf weist RAUNER (2006a) hin, ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in dem auf Methoden aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen zurückgegriffen wird: Insbesondere sind dies die der Sozialwissenschaften, der Erziehungswissenschaften und der berufswissenschaftlichen Forschung (vgl. ebd., 13–14).

Das gewählte methodische Untersuchungskonzept ist eine Kombination aus einem standardisierten Instrument, einem berufsspezifisch ergänzten Kontextfragebogen sowie einer Gruppendiskussion. Die Verwendung des standardisierten Fragebogens lässt sich methodologisch der empirischen Sozialforschung zuordnen. Die Erweiterung des Kontextfragebogens um berufsspezifische Aspekte und die Gruppendiskussion hingegen entsprechen einer berufswissenschaftlichen Vorgehensweise.

Die vorliegende Forschungsarbeit hat einen explorativen Charakter. Zwar liegen, insbesondere zum Thema Commitment, auch aus der Berufsgruppe der Pflegenden bereits zahlreiche hinweisgebende Forschungsergebnisse vor. Speziell die Frage nach den Einflussfaktoren auf berufliche Identitäts- und Commitmententwicklung ist aber bisher wenig untersucht und machte daher Vorgehen notwendig, welches inhaltlich zwar breit ansetzt, aber dennoch nicht das gesamte Spektrum möglicher Perspektiven abdecken kann. Wichtige Aspekte der beruflichen Identitätsentwicklung, so z. B. die Bedeutung der Sozialisation *für* den Beruf, konnten nur angerissen und nicht ihrer Bedeutung entsprechend vertieft dargestellt werden; die umfassende Bearbeitung und Erforschung dieses Themas würde eine eigene Forschungsarbeit darstellen.

Die Entscheidung, anstelle von Hypothesen mit Forschungsfragen zu arbeiten, hat sich als praktikabel erwiesen. Die Ergebnisse bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für nachfolgende, hypothesenprüfende Forschungsarbeiten.

Nähe und Distanz zum Forschungsgegenstand

„Nähe und Distanz ermöglichen und beschränken in je spezifischer Weise Vorgehensweise und Ergebnisse im Forschungsprozess“.

Dieses Zitat von HEINEMANN (2006, 568) verdeutlicht die Problematik, die der Berufsbildungsforschung innewohnt und die auch in der vorliegenden Arbeit reflektiert werden muss: Als Forscherin, die seit inzwischen drei Jahrzehnten im Berufsfeld Gesundheits- und Krankenpflege in unterschiedlichsten Funktionen

beruflich tätig ist, waren bzw. sind die Prozesse und Ergebnisse dieser Forschungsarbeit von einem sehr hohen persönlichen Interesse und von einer detaillierten „Innenansicht“ des Berufs geleitet.

Das beeinflusst nicht nur die Fragestellungen, sondern auch die Auswahl und Anwendung der Methoden, die Interpretation der Ergebnisse und schließlich die Schlussfolgerungen.

Gleichzeitig ermöglichte diese Nähe zum Gegenstand erst die Studie in der vorliegenden Form: Die berufsspezifische Ergänzung des Kontextfragebogens um die Aspekte Motive zur Berufswahl, berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis, die zu sehr interessanten Ergebnissen geführt hat, erforderte domänenspezifische Fachkenntnisse. Auch die große Teilnahmebereitschaft auf Seiten der Auszubildenden und Mitarbeiter konnte – davon ist auszugehen – nur als Kollegin der Lehrenden, die ihre Auszubildenden zur Teilnahme motiviert haben, als Pflege-Berufskollegin der befragten Absolventen und als Lehrerin eines Teils der Auszubildenden, erzielt werden. Gleichzeitig ist jedoch zu bedenken, dass es sich zum Teil um eine Art von „Klassenzimmerbefragungen“ handelte, bei denen sowohl durch die Anwesenheit der Mit-Auszubildenden als auch einer Lehrperson mögliche Verzerrungen im Antwortverhalten einzukalkulieren sind (vgl. Simonson 2009, 80). Ebenso sind mögliche Effekte der sozialen Erwünschtheit als Tendenz von Befragten, die eigene Meinung in Richtung auf vermeintlich sozial erwartete Verhaltensweisen zu verzerren (vgl. ebd., 73), zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für die „eigenen“ Auszubildenden der Schule am Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur. Die schriftliche, anonyme Online-Befragung ermöglichte jedoch darüber hinaus eine maximale Distanz zwischen der Forscherin und den Probanden.

Diese Distanz wurde im qualitativen Forschungsteil weitgehend aufgegeben, bzw. das Nähe-Problem musste bei der Methodenwahl berücksichtigt werden. Auf das Risiko, sich als Forscher mit den Probanden als Mitglied derselben Praxisgemeinschaft zu erleben und dadurch den Erkenntnisprozess zu beeinträchtigen, weist RAUNER (2006b) im Zusammenhang mit der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung hin. Er schlägt ein Supervisionsarrangement vor, bei dem ein zweiter Forscher als „professioneller Außenseiter“ das Interview zwischen dem Berufswissenschaftler und dem Probanden beobachtet (vgl. ebd., 245–246). Damit „könne gewährleistet werden, dass die Balance und das Spannungsverhältnis von Nähe und Distanz sowie die Berücksichtigung der für die Qualifikationsforschung und die Durchführung von Arbeitsstudien erforderlichen Kompetenzen im Forschungsprozess repräsentiert sind“ (ebd., 246). Für Einzelinterviews wäre eine solche Vorgehensweise erwogen worden; die gewählte Methode der Gruppendiskussion war jedoch kein Interview im eigentlichen Sinne – der Forscher hat hierbei nicht die Aufgabe, zu befragen,

sondern die eines Diskussionsleiters und Moderators. Und dieser muss, darauf weist LAMNEK (2005) hin, die Diskussionsinhalte unbedingt verstehen können, um überhaupt seiner Aufgabe – nämlich das Gespräch leiten und gegebenenfalls nachfragen zu können – gerecht werden zu können. Fachkompetenz ist ferner hilfreich, um die formale Autorität des Diskussionsleiters zu gewährleisten (vgl. ebd., 144).

In der durchgeführten Gruppendiskussion bestand die Rolle der Forscherin vorwiegend darin, den Diskussionsteilnehmerinnen durch Erläuterungen zu beruflicher Identität und Engagement inhaltliche Sicherheit und mithilfe des Topic-Guides dem Gespräch Struktur zu geben. Die zum Diskussionszeitpunkt vorliegenden Forschungsergebnisse der Online-Befragung wurden – um die Diskussion anzuregen – mittels Grafiken visualisiert und erläutert, aber nicht interpretiert. Hierzu zwei Beispiele:

RF: „Auf dieser Grafik sehen Sie die unterschiedlichen Einschätzungen der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Schülern und Examinierten. Können Sie sich das erklären?“

RF: „ ...genau. Das war in der Tat die meistgenannte Antwort. Trifft das auch auf Sie zu?“

Dass die Teilnehmerinnen sich möglicherweise durch die Rolle der Forscherin als Pflege-Kollegin in ihrem Diskussionsverhalten beeinflussen ließen, ist wiederum nicht auszuschließen. Die Kommunikationsbeziehung zwischen Forscher und Probanden ist jedoch – so LAMNEK (1995) bezugnehmend auf DENZIN (1970) – Voraussetzung, Rahmen und konstitutiver Bestandteil für den Forschungsprozess. Eine Unabhängigkeit zwischen dem Forscher und den Daten gibt es nicht (vgl. ebd., 23).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Nähe zwischen Forscherin und Forschungsgegenstand zur Beantwortung der konkreten Fragestellungen sowohl im Hinblick auf die berufsspezifische Ergänzung des Kontextfragebogens als auch auf die Moderation der Gruppendiskussion erforderlich war. HEINEMANN (vgl. 2006, 573) weist darauf hin, dass im Forschungsprozess Reflexionsinstrumente verwendet werden sollten, die es ermöglichen, die Spannung zwischen Nähe und Distanz produktiv zu nutzen. Als Möglichkeit hierzu nennt er die kommunikative Validierung, die im Rahmen der Gruppendiskussion auch aus diesem Grund durchgeführt wurde (siehe Kap. 4.4.5).

Forschungsmethoden und -instrumente

Kernstück der Online-Befragung und damit Grundlage aller aufgeführten Ergebnisse waren die Skalen zum beruflichen bzw. betrieblichen Engagement,

zur beruflichen Identität sowie zur Arbeitsmoral von HEINEMANN und RAUNER (2008). Ergänzt wurde der sog. Commitment-Fragebogen der KOMET-Forschung durch einen Kontextfragebogen, der mit pflegeberufsspezifischen Aspekten ergänzt wurde.

Schon im Pretest hatte sich angedeutet, dass die Skala zur Messung der Arbeitsmoral keine interne Kohärenz aufweist. Die erneute Reliabilitätsuntersuchung unter Berücksichtigung aller Auszubildenden bestätigte dieses Ergebnis (Cronbachs Alpha = ,490). Dieses Ergebnis kann möglicherweise mit der geringen Anzahl der drei Items zusammenhängen (vgl. Bortz/Döring 2005, 198). Wichtiger ist jedoch die Frage, die bereits in Kapitel 5.4 diskutiert wurde – ob die Items inhaltlich für die Erhebung von Arbeitsmoral im Sinne von JAEGER (1989) überhaupt dem pflegerischen Kontext angemessen sind. Die Ergebnisse, die im Rahmen dieser Arbeit mit der Skala ermittelt wurden, sollten nur vorsichtig interpretiert werden.

Auch die Skala zur Messung beruflicher Identität wies in der befragten Personengruppe Schwächen auf; der grenzwertige Cronbachs Alpha-Wert des Pretests bestätigte sich in der Hauptuntersuchung. Auch hier waren mit einem Ergebnis von ,691 (das Ergebnis im Pretest war ,694) im Hinblick auf die interne Konsistenz der Skala nur knapp akzeptable Werte zu erzielen. Die starke Korrelation der Skalen untereinander bestätigt jedoch ihren inhaltlichen Zusammenhang. Auch die Plausibilität der Ergebnisse, die zudem in der qualitativen Untersuchung bestätigt werden konnten, spricht für die Anwendbarkeit der Skala auch im pflegerischen Berufsfeld.

Der Commitment-Fragebogen wurde ursprünglich für die Befragung von Auszubildenden konzipiert und im Rahmen der vorliegenden Untersuchung – um die ausbildungsspezifischen Fragen gekürzt – erstmalig auch für Absolventen verwendet. Die Anwendbarkeit auch für diese Personengruppe hat sich bestätigt. Für weitere Anwendungen im Pflegebereich sollte die Frage, ob die aktuelle Tätigkeit im gewünschten Einsatzbereich stattfindet, ergänzt werden; es ist zu vermuten, dass bei der Vielzahl von möglichen pflegerischen Arbeitsfeldern die Arbeit in einem Wunschbereich sich ebenfalls auf berufliche Identitäts- und Engamententwicklung auswirkt.

Für die pflegeberufsspezifische Ergänzung der Kontextbefragung waren neue Fragenkomplexe entwickelt worden. Die Besonderheit dieser ist die Dialog-Form, mit der Einstellungen und Meinungen in indirekter Form erfasst werden können.

Die Verständlichkeit der Fragen, Akzeptanz und Relevanz für die Befragten zeigte sich darin, dass zu diesen Items in der Gesamtstichprobe nur bei drei Befragten fehlende Werte zu verzeichnen waren. Die ermittelten Ergebnisse be-

stätigen die Ergebnisse anderer (meist qualitativer) Erhebungen und konnten zusätzlich mithilfe der qualitativen Vertiefung abgesichert werden. Somit können die Fragen als eine geeignete Ergänzung des Gesamtinstrumentes in der Befragung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angesehen werden. Sie sollten nach Anwendung in weiteren Untersuchungen jedoch evaluiert werden. Die drei Items zur Erfassung eines „Helfersyndroms“ sind in ihrer Validität zweifelhaft und sollten in weiteren Untersuchungen durch eine standardisierte Skala ersetzt werden.

Ergänzend zu den Ausführungen zum Thema Nähe und Distanz im Zusammenhang mit der Gruppendiskussion ist anzumerken, dass die gewählte Methode auch im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse Vorteile gegenüber Einzelinterviews aufwies. Besonders die aufschlussreichen Aussagen zur einseitigen Sicht der Ärzte auf Patienten und der damit einhergehenden kompensierenden Rolle von Pflegenden entwickelten und konkretisierten sich in der intensiven Diskussion; erst durch die verschiedenen Praxisbeispiele der Teilnehmerinnen wurden die Feststellungen in der vorliegenden Form getroffen.

Die Auswertung in Form einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse war dadurch erschwert worden, dass alle Teilnehmerinnen über die gesamte Diskussionsdauer hin bestrebt gewesen waren, immer neue Aspekte beizutragen – somit konnten nur wenige Streichungen und Zusammenfassungen vorgenommen werden. Die anschließende Zuordnung der gebündelten Antworten zu den vorab theoriegeleitet ermittelten relevanten Forschungsaspekten ermöglichte jedoch genau das, was vorab als Ziel der Gruppendiskussion formuliert worden war – die Ergänzung und Vertiefung der Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung im Sinne einer Methodentriangulation.

6.2 Reichweite der Ergebnisse

Zum Befragungszeitpunkt, d. h. im Schuljahr 2010/2011, gab es in Deutschland laut Auskunft des statistischen Bundesamtes 59.172 Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege an 670 Schulen, davon waren 80 % weiblich. Die Geschlechterverteilung der Gesamtpopulation entspricht somit in etwa der in den befragten Schulen.¹⁶⁹ Ungefähr ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser und damit auch der Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft.

¹⁶⁹ Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine Befragung der Auszubildenden nach ihrem Geschlecht nicht erfolgte, da diese einen Rückschluss auf einzelne Auszubildende ermöglicht hätte. Daher wurden lediglich die teilnehmenden Schulen nach der Geschlechterverteilung unter ihren Auszubildenden befragt. Ca. 15 % der Auszubildenden in den beteiligten Schulen waren zum Befragungszeitpunkt männlichen Geschlechts.

Die vorliegende Studie umfasst die Untersuchung von 467 Auszubildenden und 123 Absolventen in Krankenhäusern eines konfessionellen Trägers. Es ist davon auszugehen, dass dieser Einfluss die berufliche Identitätsentwicklung zumindest mitprägt und Unterschiede zu Auszubildenden aus Schulen in öffentlicher oder privater Trägerschaft bestehen. Das gilt ebenso für die Gruppe der befragten Absolventen. Daher sind die Ergebnisse am ehesten auf Auszubildende und Angestellte an Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft übertragbar. Aufgrund der Standorte der Schulen in drei verschiedenen Bundesländern sind die Ergebnisse als unabhängig von regionalen Besonderheiten und bundesländerabhängigen Rahmencurricula und Prüfungsmodalitäten anzusehen.

Die Ergebnisse, die mithilfe der vergleichsweise kleinen Gruppe Schweizer Studierender aus einer Fachhochschule im deutschen Sprachraum gewonnen werden konnten, lassen sich nicht auf die insgesamt 2.512 Bachelor-Studierenden der Pflege in der Gesamtschweiz (vgl. Weber/Cappelli 2011, 24) übertragen. Dennoch geben sie erste Hinweise auf Unterschiede zu deutschen Auszubildenden, die in Folgeforschungen aufgegriffen werden sollten.

6.3 Ansatzpunkte für die weitere Forschung

Die vorliegende Forschungsarbeit bezieht sich auf Auszubildende und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Einrichtungen eines kirchlichen (katholischen) Trägers. Die Ergebnisse zeigen eine überwiegend große Zufriedenheit mit der Ausbildung und eine hohe Ausprägung an beruflicher Identität und an Engagement. Auch stellt sich ein tendenziell ganzheitliches, an originär pflegerischen Tätigkeiten und Patientenbedürfnissen ausgerichtetes Berufsverständnis dar. Es wäre interessant zu erfahren, ob Auszubildende und Mitarbeiter privater und/oder öffentlicher Träger in ihren Einstellungen hiervon abweichen.

Im Hinblick auf die zukünftige Verortung der Pflegeausbildung sollte zudem näher untersucht werden, wie sich Auszubildende hinsichtlich ihrer beruflichen Identitätsentwicklung von Studierenden primärqualifizierender Studiengänge unterscheiden. Die Ergebnisse der Schweizer Studierenden weisen darauf hin, dass berufsqualifizierende Studiengänge nicht zwangsweise Nachteile gegenüber der Berufsausbildung aufweisen müssen. Dennoch unterscheidet sich das Schweizer Gesundheitswesen in vielen Aspekten vom deutschen System, und die vorliegenden positiven Ergebnisse sollten an Studierenden und Absolventen deutscher primärqualifizierender Studiengänge überprüft werden.

Es wurde bereits festgestellt, dass dem Thema berufliche Identitätsentwicklung in der Pflegeausbildung bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und

dass, so die vorliegenden Ergebnisse, der Einfluss der Schule als Ort der theoretischen Ausbildung offenbar eher begrenzt ist. Ausgehend von der dieser Arbeit zugrunde liegenden Definition von beruflicher Identität, nämlich als individuellen Prozess der Wechselwirkung zwischen Beruf und Person, erscheint es durchaus denkbar, über gezielte Interventionen nicht nur am Lernort Praxis und im Rahmen der Lernortkooperation, sondern auch im theoretischen Unterricht auf berufliche Identitätsentwicklung einzuwirken. Das gleiche gilt für die Absolventen, deren – insbesondere betriebliches – Engagement sich im Vergleich der Krankenhäuser deutlich unterscheidet. Dieses Ergebnis sollte mit einer größeren Stichprobe untersucht werden, da hieraus möglicherweise Maßnahmen der Personalentwicklung abgeleitet werden könnten. Der Erfolg von gezielten Maßnahmen wäre, sowohl bei Auszubildenden als auch bei Berufstätigen, mithilfe von Interventionsstudien zu überprüfen.

Insbesondere im Hinblick auf den Verbleib im Beruf und in der Einrichtung bleiben zahlreiche Fragen offen, die zukünftig von zunehmender Bedeutung sind. Auch der Zusammenhang von beruflicher Identität und beruflicher Kompetenz ist bislang nicht empirisch belegt. Ausgehend von dem Ergebnis dieser Arbeit, dass berufliche Identitätsentwicklung sich maßgeblich *nach* der Ausbildung vollzieht, sollten, um diese Frage zu klären, möglicherweise andere Testzeitpunkte gewählt werden. Eine Untersuchung von beruflicher Handlungskompetenz und beruflicher Identitätsentwicklung im Rahmen der KOMET-Forschung, z. B. bei Absolventen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung, könnte hier unter Umständen zu neuen Erkenntnissen führen. Zu diesem wichtigen Aspekt, der beruflichen Identität als Dimension von beruflicher Handlungskompetenz, besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die hier untersuchte Gruppe der Schweizer Studierenden war relativ klein und lieferte zum Teil auch widersprüchliche Ergebnisse. Es wäre daher sinnvoll, mit einer größeren Stichprobe einzelne Aspekte intensiver zu untersuchen.

In Bezug auf die Erforschung beruflicher Identität und Engagements müssten zudem weitere Forschungen zeigen, ob es – wie in dieser Arbeit zugrundegelegt – tatsächlich „die eine berufliche Identität“ des Menschen gibt, die sich auf der Verhaltensebene in beruflichem und betrieblichem Engagement äußert, oder ob nicht auch primär zwischen einer beruflichen und einer betrieblichen Identität zu unterscheiden ist. Erkenntnisse hierzu würden eine noch differenziertere Erfassung von berufsbezogener Identität und Engagement ermöglichen.

6.4 Schlussfolgerungen für die Praxis

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit können Empfehlungen für die berufliche Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege auf verschiedenen Ebenen abgeleitet werden:

- zur Verortung der Pflegeausbildung,
- zur Bewerberauswahl für die Pflegeausbildung,
- zur Gestaltung von Pflegeausbildung an den Lernorten Schule und Praxis und
- zur Personal- und Teamentwicklung nach Ausbildungsabschluss.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf Identitätsentwicklung während der Ausbildung, das zeigen die Ergebnisse, ist eine gelingende Lernortkooperation, welche mehr ist als eine Vernetzung der Lernorte Schule und Praxis. Lernortkooperation ist auf Gegenseitigkeit ausgerichtet, auf Bemühungen von beiden Seiten auf ein gemeinsames Ziel hin. Lernortkooperation muss auf allen Ebenen der Ausbildungsgestaltung stattfinden: in strukturellen Rahmenbedingungen, die einen lebendigen Austausch erst ermöglichen, auf curricularer Ebene sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung und letztlich auch in der didaktisch-methodischen Gestaltung konkreter Lernsituationen. Das Ziel von Lernortkooperation ist es, dass Auszubildende Theorie und Praxis nicht als unauf löslichen Widerspruch, sondern als sinnvolle Einheit erleben.

Das Thema Lernortkooperation, so zeigen die nachfolgenden Ausführungen, zieht sich wie ein roter Faden durch alle Überlegungen zur Förderung beruflicher Identität in der Gesundheits- und Krankenpflege.

6.4.1 Verortung der Pflegeausbildung

Im Rahmen der anhaltenden Diskussion, an welcher Schulform die deutsche Pflegeausbildung der Zukunft verortet werden soll, gibt es mindestens drei Möglichkeiten:

1. die Integration der Gesundheits- und Krankenpflege ins System der dualen Berufsbildung mit getrennten Verantwortlichkeiten für theoretische und praktische Ausbildung,
2. der Verbleib in der derzeitigen Sonderstellung an Schulen des Gesundheitswesens und
3. die Überführung in ein primärqualifizierendes Studium an Hochschulen.

Als ein Schlüsselaspekt für die Entwicklung von beruflicher Identität und Engagement hat sich in der vorliegenden Untersuchung die Qualität der Lernortkooperation herauskristallisiert; zur Option der Integration ins duale System macht der Vergleich mit den Auszubildenden der Bremerhaven-Studie trotz eingeschränkter Interpretationsmöglichkeit der Daten deutlich, dass gerade am Punkt Lernortkooperation die wesentlichen Unterschiede zu den Schulen im Gesundheitswesen zu finden sind. Es gelingt im System der dualen Berufsausbildung offensichtlich weniger gut, das Lernen in der Schule und in der Praxis zu harmonisieren. Die Unterrichtsinhalte werden als weniger praxisrelevant eingeschätzt als dies in der Pflegeausbildung der Fall ist, und die Abstimmung zwischen den Lernorten Berufsschule und Betrieb wird als weniger gelingend empfunden. Offensichtlich fällt es in diesem System der getrennten Verantwortlichkeiten sehr viel schwerer, Ausbildung als Einheit erleben zu lassen. Dass die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege in allen vier Skalen im Spitzenbereich liegen, darf als zusätzlicher Hinweis auf die Vorteile der an Krankenhäuser gebundenen Schulen des Gesundheitswesens gelten. Bei aller gebotenen Vorsicht ist zu schlussfolgern, dass eine Eingliederung der Gesundheits- und Krankenpflege in das duale System an Berufsschulen möglicherweise mit einem Verlust an Ausbildungsqualität und reduzierten Chancen zur beruflichen Identitätsentwicklung einhergehen würde.

Zur Frage der vollständigen Überführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in ein primärqualifizierendes Studium deuten die Ergebnisse der Schweizer Studierenden darauf hin, dass eine akademische Pflegeausbildung sehr gute Chancen für berufliche Identitäts- und Engagemententwicklung bietet, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend dazu beitragen. Mit diesbezüglichen Überlegungen ist jedoch der Aspekt der Zugangsvoraussetzung „(Fach)Hochschulreife“ verknüpft. Es stellt sich die Frage, ob die Personengruppe mit der höchsten Berufsidentität zu Beginn ihrer Ausbildung, nämlich die Schüler mit mittlerem Bildungsabschluss¹⁷⁰, den Umweg über den Erwerb einer Hochschulzugangsberechtigung in Kauf nehmen oder aber der Pflegeausbildung verloren gehen würden. Es wäre zu befürchten, dass der Fachkräftemangel in der Pflege sich mit der völligen Überführung in ein Studium zusätzlich verschärfen würde.¹⁷¹

Dass auch ein System funktionieren kann, in dem Bachelor- und Diplom-Pflegebildung nebeneinander laufen und beide zu berufsqualifizierenden Ab-

170 Das gilt für den Vergleich mit den Schülern mit Hochschulzugangsberechtigung, nicht aber im Vergleich mit der zahlenmäßig kleinen Gruppe Hauptschüler mit abgeschlossener Berufsausbildung.

171 Das gilt nach Meinung der Verfasserin *nicht* für die Umsetzung der geplanten EU-Reform, bei der es um eine 12-jährige allgemeine Schulbildung und nicht um eine Hochschulzugangsberechtigung geht. Diese kann auch ohne Abitur oder Fachhochschulreife erworben werden.

schlüssen führen, zeigt der Blick in unsere Nachbarländer wie die Schweiz und Großbritannien; in wenigen Jahren wird man auch in Deutschland auf entsprechende Erfahrungen zurückgreifen können. Zu bedenken sind bei grundständigen Pflegestudiengängen jedoch die Argumente RAUNERs (2012b), dass berufliche und akademische Bildung unterschiedlichen Logiken folgen und sich die mit ihnen angestrebten Kompetenzen voneinander unterscheiden. Eine Akademisierung der Berufsausbildung reduziert die Möglichkeiten derselben, wenn ein grundständiges Pflegestudium wirklich akademische Bildung und nicht berufliche Bildung in den Räumen einer akademischen Einrichtung ist.

Ein sehr interessanter und gut vorstellbarer Weg wäre hingegen ein System paralleler Bildungswege, bei dem der entscheidende Faktor die absolute Durchlässigkeit ist (vgl. RAUNER 2012b sowie *Abbildung 2*). Nach einer allgemeinen (mittleren) Schulbildung würden die Auszubildenden in Schulen des Gesundheitswesens mit ihrer Berufsabschlussprüfung gleichzeitig ein Berufsabitur erwerben, welches den Übergang in den tertiären Bildungsbereich, am besten europaweit, ermöglichen würde. Für die Pflegenden, die sich „am Bett“ und nicht „vom Bett weg“ weiterqualifizieren möchten, würde sich der berufsbegleitende berufliche Bildungsweg über das Masterstudium bis zum Ph.D. (Professional) anbieten. Absolventen mit Interesse an Wissenschaft und Forschung würden stattdessen den akademischen Bildungsweg einschlagen. Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass der akademische Qualifikationsweg für Pflegenden bis zum Master nicht länger als vergleichbare Studiengänge werden darf.

Von einem solchen System, so ist zu vermuten, würde die Patientenversorgung sehr profitieren – reflektierende Praktiker könnten wissenschaftliche Erkenntnisse direkt dahin transferieren, wo Pflege stattfindet.

6.4.2 Bewerberauswahl

Die Auswahl geeigneter Bewerber für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein bedeutender Schritt, um den Pflegebedarf der Zukunft zu decken. Damit liegt die Verantwortung, wer in Zukunft pflegt, in Händen der Bildungsanbieter. Ganz gleich, ob mithilfe moderner Assessment-Center oder Einzelinterviews: Es geht darum, junge Menschen zu finden, die den beruflichen und ausbildungsbezogenen Anforderungen gewachsen sind, die Freude am Beruf haben, eine hohe berufliche Identität entwickeln und nach der Ausbildung möglichst lange im Beruf verbleiben.

Eine Untersuchung von EIBEL und REUSCHENBACH (2011) zur Bewerberauswahl an 26 österreichischen Krankenpflegesschulen, zwei Universitäten und einer Fachhochschule zeigt Kriterien auf, die vermutlich auch den Auswahlkrite-

rien an den meisten deutschen Ausbildungsstätten entsprechen (geordnet nach Wichtigkeit, ermittelt durch Mittelwerte) (vgl. ebd., 151):

1. Zuverlässigkeit,
2. psychische Belastbarkeit,
3. gute Beobachtungsgabe,
4. Fähigkeit zur Zusammenarbeit/Kommunikationsfähigkeit,
5. physische Belastbarkeit/hohes Einfühlungsvermögen/hohes Verantwortungsbewusstsein,
6. Freundlichkeit,
7. Konfliktfähigkeit,
8. Einsatzbereitschaft,
9. Problemlösefähigkeit,
10. konkrete Vorstellung der Bewerber von der Berufsrealität/gute Konzentration und Ausdauer,
11. gute verbale Ausdrucksfähigkeit/gute Merkfähigkeit,
12. Kontaktfreude,
13. realistische Begründung der Bewerber für die Berufswahl,
14. Selbstfürsorgekompetenz,
15. Frustrationstoleranz.

Dieses Anforderungsprofil gibt den Rahmen dessen vor, was im Bewerberauswahlverfahren für relevant erachtet wird. In fast 80 % der befragten Einrichtungen werden als Auswahlmethode Bewerbungsgespräche, vorwiegend in Form von Einzelinterviews, durchgeführt. Die Motivation für die Berufswahl spielt hier wiederum als zentrale Fragestellung in allen untersuchten Einrichtungen eine wichtige Rolle (vgl. ebd., 153).

Die Ergebnisse dieser Arbeit können Hinweise auf weitere Kriterien zur Bewerberauswahl geben. Zunächst bestätigen und ergänzen sie diesbezügliche Ergebnisse früherer Untersuchungen (siehe Kap. 2.3.4): Pflege ist ein oft langgehegter Berufswunsch und der Wunsch, Menschen zu helfen, ist das meistgenannte Motiv der Berufswahl. Diese (karitative) Werteorientierung setzt sich in einem tendenziell an den Bedürfnissen der Menschen orientierten Pflegeverständnis ganzheitlicher Ausprägung fort und ergibt somit ein schlüssiges Gesamtbild. Gleichzeitig sind das genau jene Attribute, welche in positivem

Zusammenhang mit einer hohen Ausprägung an beruflicher Identität und beruflichem Engagement stehen.

Die Aussage, eigentlich einen anderen Berufswunsch gehegt zu haben – insbesondere den eines Mediziners – steht hingegen in negativem Zusammenhang mit beruflicher Identitätsentwicklung. Dies wird besonders deutlich am Zusammenhang des einzelnen Items zum geplanten Berufsverbleib: Der ursprüngliche Berufswunsch Medizin korreliert stark negativ mit der Aussage, im Beruf verbleiben zu wollen. Mit dem Ziel, Auszubildende zu gewinnen, die auch nach der Ausbildung im Beruf verbleiben, sollte daher – und das insbesondere bei Bewerbern mit Hochschulzugangsberechtigung – ein besonderes Augenmerk auf die Motive zur Berufswahl gelegt werden.

Als weiterer Einflussfaktor für berufliche Identitätsentwicklung, der im Einstellungsinterview thematisiert werden kann, hat sich noch die positive Einstellung des sozialen Umfeldes zum Berufswunsch Pflege heraus kristallisiert. Auch zu diesem Item ließ sich zusätzlich zur Ausprägung beruflicher Identität und beruflichen Engagements eine positive Korrelation zum geplanten Verbleib im Beruf aufzeigen.

6.4.3 Gezielte Förderung beruflicher Identität am Lernort Schule

In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Ausprägung von beruflicher Identität und Engagement bei den Auszubildenden nach Ausbildungsbeginn stagniert und erst nach Ausbildungsabschluss ansteigt. Hierfür konnten Gründe identifiziert werden; das sollte aber nicht den Blick dafür verschließen, dass die Entscheidung, nach Ausbildungsabschluss überhaupt in der Pflege zu verbleiben oder aber sich beruflich neu zu orientieren, bereits im Verlauf der Ausbildung getroffen wird. Daher sollte auch am Lernort Schule die Förderung beruflicher Identitätsentwicklung in den Blickpunkt gerückt werden.

Grundsätzliche Überlegungen auf curricularer Ebene

Auch wenn die empirischen Ergebnisse nur wenige Anhaltspunkte zu möglichen unterstützenden Einflussfaktoren am Lernort Schule bieten – die im kategorialen Rahmen aufgeführten Leitideen und Prozesse beruflicher Bildung können Hinweise zur Förderung der Entwicklung beruflicher Identität geben.

Ein wesentlicher Ansatz auf curricularer Ebene ist hier die Umsetzung einer entwicklungslogischen Lehrplanstruktur, die – wie in den Kapiteln 2.2.3.2 *Entwicklungslogisch begründete Ansätze* und 2.3.3 *Entwicklung beruflicher Identität* beschrieben ist – beste Voraussetzungen dafür bietet, berufliche Handlungskompetenz und Identitätsentwicklung bei den Auszubildenden anzubahnen.

Des Weiteren ist das Ziel der Gestaltungskompetenz beruflicher Bildung von Bedeutung, zu dessen Entwicklung sich berufliche Bildung stringent an Problemen und Aufgabenstellungen der Berufspraxis orientieren sollte. Hier hat die Pflegeausbildung möglicherweise Nachholbedarf: Spätestens seit der Erhöhung der theoretischen Ausbildung von 1.800 auf 2.100 Stunden durch das Krankenpflegegesetz von 2003 ist die Gefahr der Überfrachtung des Unterrichts mit Inhalten groß, die zwar für Pflegende prinzipiell interessant sind, aber wenig konkreten Handlungsbezug aufweisen. Stattdessen sollte es das Ziel sein, möglichst häufig bei allen Ausbildungsinhalten nicht nur die „bestmögliche Pflege“, sondern auch immer wieder die verschiedenen Kompromisse zu thematisieren, welche die Berufsrealität in der Praxis erfordert.

Diese Überlegung führt auch zum Begriff des Arbeitsprozesswissens bzw. zum Konzept der vollständigen Aufgabenlösung (siehe *Abbildung 1*). Auch Pflegekompetenz basiert darauf, den vorhandenen Gestaltungsspielraum möglichst klug auszuschöpfen, anstatt zu beklagen, dass die scheinbar optimale Lösung für den Patienten aus zeitlichen, personellen, finanziellen oder organisatorischen Gründen – oder auch aufgrund von Patientenwünschen – nicht umsetzbar ist. Nur so lässt sich die häufig thematisierte Theorie-Praxis-Diskrepanz auflösen. Dass Lehrende, um die Realität in der Pflegepraxis im Unterricht angemessen thematisieren zu können, einen engen Kontakt zur Praxis pflegen müssen, ist selbsterklärend.

Gestaltung von Lernsituationen

Berufliche Identität, so zeigen es die bisherigen Forschungsergebnisse (siehe Kap. 2.3.3), entwickelt sich individuell in der Auseinandersetzung mit beruflichen Erfahrungen, d. h. vorwiegend in der Praxis. In der Praxis ist jedoch oft wenig Zeit zur reflektierten Auseinandersetzung mit dem Erlebten. Auszubildende werden nicht selten mit prägenden Erlebnissen positiver wie negativer Art alleine gelassen; sie haben keine Gelegenheit, Vorkommnisse zu bearbeiten und sinnvoll in ihre bereits vorhandene berufliche Identitätsstruktur zu integrieren.

Die Chance hierzu bietet sich am Lernort Schule in einer weiteren Form von Theorie-Praxis-Verknüpfung – der Reflexion. Möglichkeiten zum reflektierten Umgang mit Praxiserlebnissen sind z. B. Praxisberichte oder Lerntagebücher, in denen Auszubildende erlebte Pflegesituationen schildern und in Form einer Art wissensbasierter Fallrekonstruktion (vgl. Darmann 2004, 199–200) das theoretische Wissen wie eine Schablone über die erlebte Situation legen und diese damit neu deuten. Ein anderer Weg sind Praxisauswertungen, bei denen zu Beginn des Unterrichtsblocks (bzw. nach dem Praxiseinsatz) ausgewählte Praxiserlebnisse der Auszubildenden geschildert und z. B. mithilfe des Reflexionszirkels

kels von PALMER, BURNS und BULMAN (vgl. Bulman 1994, 134–136) in einem mehrstufigen Prozess bearbeitet werden.

Doch auch die didaktisch-methodische Unterrichtsgestaltung bietet Möglichkeiten zur Förderung beruflicher Identitätsentwicklung. Neben dem bereits thematisierten stringenten Praxisbezug aller Lerninhalte ist hier insbesondere an das Prinzip der vollständigen Lern- und Arbeitshandlung zu denken. Methoden wie das *Problemorientierte Lernen* (POL) im Sinne des Problem-Based-Learning-(PBL)-Konzeptes oder die Bearbeitung von Lernaufgaben, wie sie im Rahmen der KOMET-Forschung entwickelt wurden, basieren alle auf derselben Grundidee – der Bearbeitung realistischer und praxisrelevanter Probleme in den Schritten Informationssammlung, Planung, Entscheidung, Durchführung (bzw. Beschreibung der Durchführung) und Evaluation. Insbesondere das Problem-Based-Learning-(PBL)-Konzept bietet darüber hinaus weitreichende Möglichkeiten auch zur Anbahnung reflexiver Kompetenzen.¹⁷² Problemorientiertes Lernen im Sinne des PBL-Konzeptes mit seinen Selbststudiums- und Gruppenarbeitsphasen erleichtert darüber hinaus auch den Umgang mit dem Problem der Heterogenität in der Pflegeausbildung, wenn die Gruppeneinteilung je nach Aufgabenstellung und Lerngruppe überlegt erfolgt.

Auch eine generelle Orientierung an den drei Dimensionen des Arbeitsprozesswissens Know-that, Know-how und Know-why, insbesondere mit Schwerpunkt auf dem handlungsbegründenden Wissen, stattet Auszubildende erst mit der Kompetenz aus, ihr Wissen gegenüber anderen Personen und Berufsgruppen angemessen zu vertreten – eine entscheidende Voraussetzung zur Entwicklung eines beruflichen Selbstbewusstseins als Grundlage professioneller beruflicher Identität.

Ein letzter Punkt, aber nicht weniger wichtig, ist die Gestaltung von Ausbildungsinhalten, die berufliche Identitätsentwicklung explizit zum Ziel haben, wie die geschichtliche Entwicklung des Pflegeberufs und berufspolitische Themen. Auch hier ist insbesondere auf die Relevanz der reflektierten Auseinandersetzung mit den Ausbildungsinhalten hinzuweisen. Ein auf reines (Prüfungs-)Wissen ausgerichteter Unterricht ist nicht geeignet, zur beruflichen Identitätsentwicklung beizutragen.

172 Zu den Potenzialen des Problemorientierten Lernens in der Pflegeausbildung siehe z.B. Darmann-Finck, Ingrid/Boonen, Angela (Hrsg.) (2008): *Problemorientiertes Lernen auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten*, Hannover: Schlütersche

6.4.4 „Lernstation“ – Chancen zur Entwicklung pflegerischer Gestaltungskompetenz und beruflicher Identität am Lernort Praxis

Der wichtigste Einflussfaktor in der Entwicklung beruflicher Identität ist – so zeigen es sowohl vorherige Forschungsergebnisse als auch die vorliegenden Resultate – der Lernort Praxis. Das Lernen in der beruflichen Praxisgemeinschaft – situiertes Lernen – bietet einerseits die besten Chancen, Auszubildende in ihrer Identitätsentwicklung zu fördern; andererseits besteht hier jedoch auch die größte Gefahr, dass Denk- und Handlungsweisen ungeeigneter Vorbilder unreflektiert übernommen werden, Erlebnisse unverarbeitet bleiben und letztlich die berufliche Motivation an der Diskrepanz zwischen Werteorientierung und Realität zugrunde geht.¹⁷³

Die vorliegenden Ergebnisse machen sehr deutlich, welche Einflussfaktoren zu einer gelingenden Identitätsentwicklung beitragen und welche nicht: Positiv korrelieren eine gelingende Verzahnung theoretischer mit praktischer Ausbildung, eine positive Arbeitsatmosphäre und gute Praxisbeurteilungen als Zeichen für Kompetenzzuwachs, offensichtlich negativ wirken sich hingegen das Gefühl der Unterforderung und die vorwiegende Durchführung einzelner Tätigkeiten anstelle einer umfassender Patientenversorgung aus.

Ein Konzept, welches alle als förderlich identifizierten Faktoren in sich vereint und gleichzeitig das Prinzip der vollständigen Lern- und Arbeitshandlung verwirklicht, ist die sog. Schul- oder Schülerstation. Das in bereits zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre beschriebene Modell praktischer Ausbildung beruht darauf, dass eine Gruppe Auszubildender mehr oder minder selbstständig (unter Anleitung von Lehrern und/oder Praxisanleitern) für einen definierten Zeitraum eine Station oder den Teil einer Station übernimmt und alle anfallenden Aufgaben im Dreischichtsystem erfüllt. In allen hier aufgeführten Veröffentlichungen waren es ausschließlich Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr, mit denen das Projekt einmal während ihrer Ausbildung durchgeführt wurde (vgl. Bayer 2009, Brühl/Chudoba/Kotte 2000, Hanig 2012, Kohl 2007, Lehmann 2009 u. Toteff 2007).

Eine abgewandelte Form der Schulstation ist auch das Konzept der *Bereichspflegeanleitung* am Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur. Als langjährig etablierter und ständig evaluierter Ausbildungsbestandteil finden sog. Bereichspflegeanleitungen dort mehrmals im Jahr in verschiedenen Fachabteilungen statt. Während der jeweils dreitägigen Projekte übernehmen meist zwei bis

173 Barbian und Van de Loo (vgl. 2011, 92–93) schildern „Druckerleben“, vor allem durch Anforderungen der beruflichen Umwelt, welches konträr zu persönlichen Werten und Einstellungen empfunden wurde, als Hauptgrund für Ausbildungsabbrüche.

drei Praxisanleiterinnen mit bis zu fünf Auszubildenden einen Teilbereich der jeweiligen Station, allerdings nur während der Frühschicht. Beteiligt sind – im Gegensatz zu den Schulstation-Projekten – Schüler aller Ausbildungsjahre; aufgrund der Schüleranzahl hat jedoch kaum ein Schüler mehrfach während der Ausbildung Gelegenheit, an Bereichspflegeanleitungen mitzuwirken. Vorbesprechungen, tägliche Evaluationsphasen und Nachbesprechungen sind fester Bestandteil der Bereichspflegeanleitungen. Hier steht weniger die Vorbereitung zur praktischen Abschlussprüfung im Vordergrund, wie es in den Schulstation-Projekten besonders aus Perspektive der Auszubildenden gesehen wird (vgl. Brühl/Chudoba/Kotte 2000, 15 u. Kohl 2007, 59). Stattdessen bieten Bereichspflegeanleitungen Auszubildenden Gelegenheit, auch alle administrativen Aufgaben durchführen zu lernen und – im quasi geschützten Raum mit Praxisanleitern im Hintergrund – Patienten umfassend pflegerisch versorgen zu lernen. Bereichspflegeanleitungen werden von Auszubildenden stets als besondere Bereicherung ihrer Ausbildung beschrieben.

Der enorme Organisations- und Informationsaufwand, den Bereichspflegeanleitungen bedeuteten und den auch alle Autoren zu Schulstation-Projekten beschreiben, führt zu der Frage, ob es nicht möglich ist, aus der Projektform eine permanente Einrichtung zu machen und in der Klinik eine Lernstation zu implementieren. Denkbar wäre eine Station mit überschaubarer Bettenzahl, auf der ausschließlich Praxisanleiter gemeinsam mit einer bestimmten Anzahl an Auszubildenden in allen drei Schichten tätig sind und die eng von der Schule begleitet wird. Auszubildende aller Kurse könnten mehrfach während ihrer Ausbildung hier eingesetzt werden und Aufgaben entsprechend ihres jeweiligen Ausbildungsstandes übernehmen – und so gezielt und stufenweise ihre Handlungskompetenzen ausbauen. Und dies nicht nur im pflegerischen Bereich, sondern in wirklich allen Tätigkeiten, die im Stationsalltag anfallen. Durch die Mitarbeit ausgebildeter Praxisanleiter wären nicht nur die Patientensicherheit, sondern auch die intensive Betreuung der Auszubildenden und das Lernen am geeigneten Modell, gewährleistet. Gleichzeitig wäre eine solche Station auch für Lehrpersonen in der Schule eine Möglichkeit, durch regelmäßige Hospitationsphasen, nah an der Praxisrealität zu bleiben und damit auch den Unterricht noch praxisnäher zu gestalten. Gemeinsam von Auszubildenden und Lehrpersonen erlebte Situationen könnten wiederum zum Gegenstand der Reflexion im Unterricht gemacht werden, und selbst die verbleibenden Stationen, die dadurch zahlenmäßig weniger gut mit Auszubildenden ausgestattet wären, würden von der Lernstation profitieren – die dort eingesetzten, lernstationserfahrenen Auszubildenden könnten sie durch größere Kompetenzen weitaus umfassender in allen Bereichen unterstützen. Denkbar wäre darüber hinaus ein regelmäßiges Rotationsverfahren für Praxisanleiter anderer Statio-

nen, um von den Erfahrungen der Lernstation auf breiter Ebene profitieren zu können.

Die Lernstation wäre für die Ausbildung in jeder Hinsicht ein Gewinn: eine lebendige Lernortkooperation mit allen Vorteilen des situierten Lernens, mit der Möglichkeit, vollständig und umfassend Patienten zu versorgen und Arbeitsaufgaben, welche dem Lernstand entsprechen und die Auszubildenden trotzdem fordern. Auszubildende hätten einen deutlich größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum als dies in den meisten Praxiseinsätzen der Fall ist, und sie würden mehr Verantwortung übernehmen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich so auch berufliche Identität und Engagement verstärkt *während*, und nicht erst *nach* der Ausbildung entwickeln würden.

6.4.5 „Lernstatt Pflege“ – potenzielle Möglichkeiten zur Förderung von beruflicher Identität und Engagement bei Gesundheits- und Krankenpflegenden

Bei den Absolventen zeigen die empirischen Ergebnisse einen eindeutigen Trend zum hohen Stellenwert der Zusammenarbeit im Team, insbesondere im Zusammenhang mit betrieblichem Engagement. Das macht dieses Ergebnis insbesondere für Arbeitgeber interessant, denen daran gelegen ist, ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Betrieb zu halten. An dieser Stelle Konzepte zur Teamentwicklung vorstellen zu wollen, würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Wichtig ist bei Überlegungen zur Personalentwicklung aber, die Gruppe der frisch Examinierten besonders im Blick zu behalten – die Phase des Übergangs von der Ausbildung in den Beruf hat sich als entscheidend in der Entwicklung beruflicher Identität und Engagements erwiesen. Es ist zu vermuten, dass Maßnahmen der Personalentwicklung im ersten Jahr nach der Berufsabschlussprüfung einen großen Einfluss besonders auch auf den Verbleib im Unternehmen haben. Aspekte, die zur Entwicklung betrieblichen Commitments möglicherweise eine Rolle spielen, sind der Einsatz in einem gewünschten Einsatzbereich und das Angebot der persönlichen Weiterentwicklung durch gezielte Fort- und Weiterbildung.

Ein Konzept, welches über die Aspekte der Teamentwicklung und Fort- und Weiterbildung hinaus auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Lernortkooperation zwischen Schule und Krankenhaus bieten könnte, ist die *Lernstatt*. Der Begriff *Lernstatt* ist ein Kunstwort, welches sich aus den beiden Begriffen „Lernen“ und „Werkstatt“ zusammensetzt. Zur Anwendung des Lernstatt-Konzeptes in Einrichtungen des Gesundheitswesens liegen bislang keine Veröffentli-

chungen vor, so dass nicht auf diesbezügliche Erfahrungen zurückgegriffen werden kann.¹⁷⁴

Die Lernstatt ist ein Modell der Kleingruppenarbeit und wurde Anfang der 1970er Jahre von den beiden Sozialwissenschaftlern Helga Cloyd und Walde- mar Kasprzik – damals Mitarbeiter der Kommunikationsfirma Metaplan – als Instrument der Organisationsentwicklung konzipiert. Anlass zu dieser Konzeption waren Verständigungs- und Integrationsprobleme bei der BMW-AG München durch einen sehr hohen Anteil ausländischer Mitarbeiter, sowie die Problematik, dass alle vorherigen Sprachschulungsversuche gescheitert waren. Mithilfe des Lernstattkonzepts sollte vor Ort im Betrieb den ausländischen Mitarbeitern die Möglichkeit eines praxisorientierten Spracherwerbs gegeben werden. Im Dezember 1973 fand die erste Lernstatt-Runde mit 13 Lerngruppen bei BMW statt und wurde erfolgreich abgeschlossen. Andere Unternehmen wie die Hoechst-AG, M.A.N. AG, Continental AG und die Robert-Bosch GmbH haben die Lernstatt-Idee in den Folgejahren übernommen und ihren Erfordernissen entsprechend angepasst (vgl. Deppe 1992, 82–87 u. Kunstek 1986, 1)¹⁷⁵.

Lernstatarbeit ist eine prozess- und ergebnisorientierte Gruppenarbeit, d. h. Lernstatt trägt in erster Linie zur Gruppenbildung bei. ISCHE (vgl. 1982, 296) definiert sieben Ziele der Lernstatarbeit: praktisches Können, soziales Verhalten, Verantwortung für den Mitarbeiter, Verantwortung des Mitarbeiters, überbetriebliches „Hoechst-Know-How“, Fachwissen und Arbeitssicherheit. Die Gruppenarbeit ist an den Bedürfnissen ihrer Mitglieder ausgerichtet. Für die Arbeit an sich heißt das, der Rahmen für die Lernstatarbeit steht zwar fest, der konkrete Ablauf orientiert sich jedoch an den situativen thematischen Bedürfnissen der Teilnehmer. Das zu Lernende wird demzufolge nicht „von oben“ festgelegt, sondern entwickelt sich aus den praktischen Erfordernissen der jeweiligen Lernstattgruppe (vgl. Deppe 1992, 113 u. Dunkel/Hammer 1983, 13).

Dieses Konzept erscheint vom Prinzip her sehr gut auch als Ergänzung der innerbetrieblichen Fortbildung im Gesundheitswesen denkbar. Wenn über die eigentlichen Lernstatt-Ziele hinaus auch die Lernortkooperation zwischen Schule und Praxis gefördert werden soll, kommen zwei Voraussetzungen hinzu: Die Schule mit ihrer Affinität zu Theorien und wissenschaftlichen Erkenntnissen

174 Hamann (2000) beschreibt in seiner Dissertation Lernstatarbeit als ein Instrument der Kultur- anpassung im Rahmen von Krankenhausfunktionen, berichtet jedoch nicht über konkrete Er- fahrungen. Siehe: Hamann, Erik (2000): Ziele und Strategien der Krankenhausfusion, Baden- Baden: Nomos, 191–195

175 Zum Überblick über das Gesamtkonzept sei auf die einschlägige Literatur verwiesen, die z. T. hier zitiert wird.

und die Praxis mit ihrem großen Schatz an Erfahrungswissen müssen sich gegenseitig als „Kompetenzzentren“ für Pflege anerkennen. Nur dann ist eine fruchtbare Zusammenarbeit auf Augenhöhe möglich.

Lernstattarbeit in diesem Sinne könnte sich wie folgt gestalten: In regelmäßigen Abständen (z. B. einmal im Quartal) treffen sich – je nach zu bearbeitendem Thema interdisziplinäre – Stationsteams gemeinsam mit einer Lehrperson der Schule als Lernstattgruppe. Im ersten Schritt werden Probleme, welche in der Zusammenarbeit zwischen Schule und Station möglicherweise zwischenzeitlich aufgetreten sind, geklärt. Anschließend wird gemeinsam ein Fachthema bearbeitet, welches aktuell für die Teilnehmer von Interesse ist. Dieses Thema könnte entweder von der Stationsgruppe formuliert werden, z. B. aufgrund aktueller Pflegesituationen auf Station, oder es könnte ein Vorschlag der Schule sein, der sich z. B. aus Rückmeldungen der Auszubildenden ergeben hat. Die Rolle des Moderators wird idealerweise im Wechsel von Mitgliedern der Lernstattgruppe übernommen, während die Lehrperson in Form eines Situationsberaters¹⁷⁶ mitwirkt.

Insbesondere auch der interdisziplinäre Ansatz, d. h. der Einbezug anderer Berufsgruppen, z. B. der Ärzte zu medizinischen Themen, der Physiotherapeuten zu Themen der Mobilisation etc., wäre hier ein Gewinn. Wie die beiden Schweizer Pflegewissenschaftlerinnen DE GEEST und KESSELRING (vgl. 2002, 2) formulieren, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegenden und Medizinern für beide Berufsgruppen attraktiv und eine wichtige Ressource für die Verbesserung von Behandlungsergebnissen. Die Lernstatt könnte also über das gemeinsame Lernen eine Alternative sein, auch den interdisziplinären Ansatz mit Leben zu füllen. Nicht nur Ärzte und Pflegenden, sondern auch alle anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen hätten die Möglichkeit, gemeinsam als Gruppe in den interprofessionellen Austausch zu gehen und konkret anfallende Probleme und Fragestellungen gemeinsam zu bearbeiten; die verschiedenen Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen wie auch berufsspezifische Fachkenntnisse würden ausgetauscht und damit Informationsdefizite und Missverständnisse reduziert. Behandlungskonzepte könnten zum Wohle der Patienten und zur Zufriedenheit aller beteiligten Personen interdisziplinär abgestimmt und patientenorientiert umgesetzt werden.

Lernstattarbeit wäre somit ein Ansatz, der Teamarbeit insgesamt, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Besonderen, die Lernortkooperation zwischen Krankenhaus und Schule und die Behandlungsqualität der Patienten fördern

¹⁷⁶ Situationsberater sind Experten mit der Aufgabe, ihr Wissen in die Lernstattrunde einzubringen und diese zu beraten. Sie werden hinzugezogen, wenn die Lernstattgruppe ihre Wissenslücken nicht selbstständig schließen kann (vgl. hierzu Deppe 1992, 96–106 u. Ische 1982, 295).

könnte. Und da sowohl die Zusammenarbeit im Team als auch die Lernortkooperation als Einflussfaktoren auf berufliche Identität und Engagement aufgezeigt werden konnten, könnte über die Einführung von Lernstattarbeit auch eine gezielte Förderung dieser Entwicklung erfolgen.

Schlussgedanke

*„Pflege hat Zukunft und die Zukunft braucht die Pflege,
sowohl die Menschen der Zukunft, die trotz aller Errungenschaften in
ökonomischen und technischen Belangen weiterhin
mit Krankheit und Tod zu leben haben,
wie auch unser Beruf selbst, der im Spannungsfeld von
Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit sich durchzusetzen hat.“*

(Sr. Liliane Juchli)

Verwendete Literatur

- Abels, Heinz (2010):** Identität. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Akreml, Leila/Baur, Nina/Fromm, Sabine (Hrsg.) (2011):** Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. 1. Datenaufbereitung und uni- und bivariate Statistik. 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Allensbacher Berufsprestige-Skala (2011):** http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_1102.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Apesoa-Varano, Ester Carolina (2007):** Educated Caring: The Emergence of Professional Identity among Nurses. In: *Qualitative Sociology*, 30. Jg., Nr. 03, 249–274
- Baethge, Martin/Hantsche, Brigitte/Pellul, Wolfgang/Voskamp, Ulrich (1989):** Jugend: Arbeit und Identität. Lebensperspektiven und Interessenorientierungen von Jugendlichen. 2. Aufl., Opladen: Leske u. Budrich
- Barbian, Wibke/Van de Loo, Christoph (2011):** „Und dann war es vorbei!“ Beweggründe für den Ausbildungsabbruch in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. München: AVM
- Barmherzige Brüder, Bayerische Ordensprovinz:** <http://www.barmherzige.de> (Zugriff 07.01.2013)
- Bartholomeyczik Sabine (1997):** Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Zegelin-Abt, A. (Hrsg.): *Sprache und Pflege*, Berlin: Ullstein, 11–21
- Baruch, Yehuda (1998):** The rise and fall of Organizational Commitment. In: *Human Systems Management*, 17. Jg., Nr. 02, 135–143
- Baruch, Yehuda/Cohen, Aaron (2007):** The Dynamics Between Organisational Commitment and Professional Identity Formation at Work. In: Brown, A./Kirpal, S./Rauner, F.: *Identities at Work*, Dordrecht: Springer, 241–260
- Batzdorfer, Ludger/Dohrenkamp, Annette (2000):** Das Ansehen des Krankenpflegeberufs bei Schulabgängern. In: *Pflegezeitschrift*, 53. Jg., Nr. 12, 827–828
- Bayer, Rebekka (2009):** Fahrplan Schulstation. In: *Heilberufe*, 61. Jg., Nr. 11, 62–63
- BBT e. V. (2013):** Pflegeleitbild der Krankenhäuser der BBT-Gruppe. Unter: http://www.bb-trier.de/bb_trier/MitarbeiterSite/Downloads/BBT-4298-Pflegeleitbild.pdf?WSESSIONID=busehgj (Zugriff 11.01.2013)

- Beck, Klaus (1997):** Die Zukunft der Beruflichkeit. Systematische und pragmatische Aspekte zur Gegenwartsdiskussion um die prospektiven Voraussetzungen der Berufsbildung. In: Liedke, M. (Hrsg.): Berufliche Bildung – Geschichte, Gegenwart, Zukunft, Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 351–369
- Becker, Howard S./Carper, James (1956):** The elements of identification with an occupation. In: American Sociological Review, 21. Jg., Nr. 03, 341–348
- Becker, Matthias/Spöttl, Georg (2008):** Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang
- Behrens, Johann/Horbach, Annegret/Müller, Rolf (2009):** Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Abschlussbericht. In: Berichte aus der Pflege, Nr. 12, Mai 2009, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/Publikationen/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_12.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Beicht, Ursula/Krewerth, Andreas/Eberhard, Verena/Granato, Mona (2009):** Viel Licht – aber auch Schatten. Qualität dualer Berufsausbildung in Deutschland aus Sicht der Auszubildenden. BIBB-Report, Nr. 09. Unter: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a12_bibbreport_2009_09.pdf (Zugriff 20.01.2013)
- Beinke, Lothar (2006):** Der Einfluss von Peer Groups auf das Berufswahlverhalten von Jugendlichen. Ergebnisse einer Studie aus dem Jahre 2004 einschl. Alleinerziehender und Lehrer. In: Bley, N./Rullmann, M. (Hrsg.): Übergang Schule und Beruf. Aus der Praxis für die Praxis – Region Emscher-Lippe. Wissenswertes für Lehrkräfte und Eltern. Recklinghausen: FiAB, 249–265
- Benner, Patricia (1994):** Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 3. Nachdruck 2000, Bern: Huber
- Berger, Klaus (1999):** Lernortkooperation aus Sicht der Auszubildenden. In: Pätzold, G./Walden, G. (Hrsg.): Lernortkooperation – Stand und Perspektiven. Bielefeld: Bertelsmann, 173–195
- Bernhardt, Kathrin/Fokken, Sibille/Lamkemeyer, Annelie (2010):** Dienst Du noch oder pflegst Du schon? Die Anrede von Pflegenden im Krankenhaus. Unter: http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/96/upload/pw-berufsbeg/Anrede_von_Pflegenden.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Bertelsmann-Stiftung (2012):** Pressemeldung vom 19.11.2012: Versorgungslücke in der Pflege sorgt für Handlungsdruck bei den Kommunen. "Pflegerreport 2030" der Bertelsmann Stiftung prognostiziert: Pflegebedarf steigt um 50 Prozent – rund 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen. Unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_114244.htm (Zugriff 07.01.2013)

- Beske, Fritz (Hrsg.) (2010):** Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel: Schmidt & Klaunig
- Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Schmidt, Roland (Hrsg.) (2012):** Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Lösungen, Strategien. Heidelberg: medhochzwei
- Blankertz, Herwig (1963):** Berufsbildung und Utilitarismus. Düsseldorf: Schwann
- Blankertz, Herwig (1983):** Sekundarstufen II – Didaktik und Identitätsbildung im Jugendalter. Einführung in die Thematik des Symposions. In: Benner, D./Heid, H./Thiersch, H. (Hrsg.): Beiträge zum 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 22.–24. März 1982 in der Universität Regensburg. In: Zeitschrift für Pädagogik, 18. Beiheft, Weinheim und Basel: Beltz, 139–142
- Blau, Gary J. (1988):** Further Exploring the Meaning and Measurement of Career Commitment. In: Journal of Vocational Behavior, 32. Jg., Nr. 03, 284–297
- Blau, Gary/Paul, Allison/St. John, Natalie (1993):** On Developing a General Index of Work Commitment. In: Journal of Vocational Behavior, 42. Jg., Nr. 03, 298–314
- Bomball, Jaqueline/Schwanke, Aylin/Stöver, Martina/Schmitt, Svenja/Görres, Stefan (2010):** Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellung von Schüler/innen zur möglichen Ergriffung eines Pflegeberufes – Ergebnisbericht. Unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ipschriften/ipp_schriften05.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2005):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Aufl., Heidelberg: Springer
- Braun, Bernhard (2010):** Prognosen zum zukünftigen Personalbedarf und -angebot im Gesundheitswesen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 64. Jg., Nr. 06, 57–62
- Brown, Alan (1997):** A dynamic model of occupational identity formation. In: Brown, A. (Hrsg.): Promoting vocational education and training: European perspectives. Tampere: University of Tampere Press, 59–67
- Brown, Janie/Stevens, John/Kermode, Stephen (2011):** Supporting student nurse professionalization: The role of the clinical teacher. In: Nurse Education Today, 32. Jg., Nr. 05, 606–610
- Brühl, Ursula/Chudoba, Regina/Kotte, Susanne (2000):** Projekt „Schulstation“. In: Heilberufe, 52. Jg. Nr. 03, 14–15
- Bruns Wolfgang/Dehong Bernhard/Andreas Manfred (1999):** Ärztliche Weisungsbefugnisse in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 38. Jg., Nr. 06, 508–509
- Bühner, Markus/Ziegler, Matthias (2009):** Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. München: Pearson

- Bulman, Chris (1994):** Exemplars of Reflection: Other People Can Do It, Why Not You Too? In: Palmer, A./Burns, S./Bulman, C.: Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional Practitioner, Oxford: Blackwell Science, 131–154
- Bundesagentur für Arbeit (2010):** Klassifikation der Berufe 2010 – Entwicklung und Ergebnis. Unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Methodenberichte/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Klassifikation-Berufe-2010.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesärztekammer (2009):** Analyse: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. Unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2006):** Ausbildungsordnungen und wie sie entstehen ... Unter: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a45_entstehung-von-ausbildungsordnungen.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2011a):** Stellungnahme des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) zur „European Taxonomy of Skills, Competences and Occupations“ (ESCO). Unter: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Stellungnahme_des_Hauptausschusses_zu_ESCO.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2011b):** Rangliste 2011 der Ausbildungsberufe nach Anzahl der Neuabschlüsse. Unter: <http://www.bibb.de/de/59149.htm> (Zugriff 31.01.2013)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2012):** Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2012. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Unter: <http://datenreport.bibb.de/html/dr2012.html> (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2013):** Neue und modernisierte Berufe. Unter: <http://www.bibb.de/de/846.htm> (Zugriff 31.01.2013)
- Bundesministerium für Gesundheit (2012):** „Pfleger. Darum kümmern wir uns“ – Minister Bahr besucht Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf. Unter: <http://www.bmg.bund.de/pfleger/das-pfleger-neuausrichtungsgesetz/minister-vor-ort/kaiserswerther-diakonie.html> (Zugriff 07.01.2013)
- Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (2013):** Dienstleistungen. Unter: <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Mittelstand/Mittelstandspolitik/dienstleistungen,did=239884.html> (Zugriff 11.01.2013)
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012:** Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf (Zugriff 07.01.2013)

- Carson, Kerry D./Bedeian, Arthur, G. (1994):** Career Commitment: Construction of a Measure and Examination of Its Psychometric Properties. In: Journal of Vocational Behaviour, 44. Jg., Nr. 03, 237–262
- Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2007):** Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Clases, Christoph/Wehner, Theo (2006):** Situieretes Lernen in Praxisgemeinschaften. Ein Forschungsgegenstand. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 562–568
- Cohen, Aaron (2007):** Dynamics between Occupational and Organizational Commitment in the Context of Flexible Labor Markets: A Review of the Literature and Suggestions for a Future Research Agenda. Universität Bremen, ITB-Forschungsberichte 26/2007
- Cohen, Jacob (1988):** Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2. Edition, New York: Taylor & Francis Group
- Converse, Jean M./Presser, Stanley (1986):** Survey questions. Handcrafting the standardized questionnaire. In: Quantitative Applications in the Social Sciences, Nr. 63., Thousand Oaks/California: Sage University Paper
- Costello, Anna B./Osborne, Jason W. (2005):** Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. In: Practical Assessment, Research & Evaluation, 10. Jg., Nr. 07, 1–9. Unter: <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Dammer, Ingo/Szymkowiak, Frank (2008):** Gruppendiskussionen in der Marktforschung. 2. Aufl., Köln: rheingold verlag
- Darmann, Ingrid (2004):** Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. In: PrinterNet, 7. Jg., Nr. 04, 197–203
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (2011):** Pressemitteilung vom 19.12.2011: DBfK begrüßt Entscheidung der EU-Kommission Zugangsvoraussetzung für Krankenpflege anzuheben. Unter: <http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=DBfK-begruessst-Entscheidung-der-EU-Kommission-Zugangsvoraussetzung-fuer-Krankenpflege-anzuheben.php&navid=100> (Zugriff 07.01.2013)
- DBR-Positionspapier (2009):** Es geht voran: neuer Pflegeberuf kommt! Aktuelle Studie der Universität Bremen stützt das innovative Konzept „Pflegebildung offensiv“ des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR) mit Forschungsergebnissen. Unter: http://www.bildungsrat-pflege.de/de/index.php?id_mnu=103 (Zugriff 07.01.2013)

- De Geest, Sabina/Kesselring, Annemarie (2002):** Medizin und Pflege: siamesische Zwillinge? In: Swiss Academy of Medical Sciences (SAMW) Bulletin, Nr. 03, 1–3
- DeCharms, Richard (1968):** Personal causation: The Internal Affective Determinants of Behaviour. New York u. London: Academic Press
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1993):** Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, 39. Jg., Nr. 02, 223–238
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (2000):** The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. In: Psychological Inquiry, 11. Jg., Nr. 04, 227–268
- Dellas, Marie/Jernigan, Louise Podojil (1981):** Development of an Objective Instrument to Measure Identity Status in Terms of Occupation Crisis and Commitment. In: Educational and Psychological Measurement, 41. Jg., Nr. 04, 1039–1050
- Demmel, Walter G. (1997):** Die berufliche Vielfalt der Gegenwart. Eine nicht nur quantitative Analyse am Beispiel Bayern. In: Liedke, M. (Hrsg.): Berufliche Bildung – Geschichte, Gegenwart, Zukunft. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 295–334
- Denzin, Norman K. (1970):** The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods. Chicago: Aldine Pub Co.
- Deppe, Joachim (1992):** Quality Circle und Lernstatt. Ein integrativer Ansatz, 3. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011):** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ vom 20. Oktober 2011. Unter: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2012/01/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-26112011.pdf> (Zugriff 31.01.2013)
- Deutscher Bildungsrat (1971):** Strukturplan für das Bildungswesen, 3. Aufl., Stuttgart: Klett, 33
- Deutscher Bundestag (2011):** Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Willi Brase, Dr. Ernst Dieter Rossmann, Ulla Burchardt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/6593. Unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/065/1706593.pdf> (Zugriff 07.01.2013)

- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2012a):** An die deutschen Abgeordneten aller Parteien im EU-Parlament zum Entwurf der EU-Kommission zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG-Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung. Unter: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/Stellungnahme-Pflegewissenschaft-EU-Richtlinie-120910.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2012b):** To MPs of all parties of the IMCO Committee in the European Parliament Draft EU Directive 2005/36/EC – Admission Requirement for Nurse Education. Unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/pressemitteilungen/Letter_IMCO_MP_121213.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Development of an Objective Instrument to Measure Identity Status in Terms of Occupation Crisis and Commitment. In: Educational and Psychological Measurement, 41. Jg., Nr. 04, 1039–1050
- Diakonissen Speyer-Mannheim (2012):** Unter: <http://www.diakonissen.de> (Zugriff 05.12.2013)
- Dinter, Reinhard (2008):** Pflegehandeln an wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten. In: Schewior-Popp, S./Fischer, R. (Hrsg.): Examen Pflege Schriftliche Prüfung Tag 3. Stuttgart: Thieme, 212–216
- Dreyfus, S.E./Dreyfus H.L (1980):** A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), USAF, University of California at Berkeley
- Dunkel, Dieter/Hammer, Ottmar (1983):** Lernstatt – Zusammenarbeit und Arbeitsumfeld aktiv gestalten lernen. In: Dunkel, D. (Hrsg.): Lernstatt. Modelle und Aktivitäten deutscher Unternehmen, Köln: Deutscher Instituts-Verlag, 7–34
- Eberhard, Verena/Krewerth, Andreas/Ulrich, Joachim Gerd (2010):** Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die beruflichen Neigungen von Jugendlichen. In: Euler, D./Walwei, U./Weiß, R. (Hrsg.): Berufsforschung für eine moderne Berufsbildung – Stand und Perspektiven, ZBW Heft 24, Stuttgart 2010, 127–156
- Eibel, Petra/Reuschenbach, Bernd (2011):** Bewerberauswahl für die Pflege. Ergebnisse einer Befragung an österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. In: Pflegewissenschaft, 13. Jg., Nr. 03, 149–155
- Erikson, Erik H. (1994):** Identität und Lebenszyklus. 14. Aufl., Frankfurt/Main, Suhrkamp
- Erpenbeck, John/von Rosenstiel, Lutz (2007):** Einführung. In: Erpenbeck, J./v. Rosenstiel, L. (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. 2. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschl
- Etymologisches Wörterbuch des Deutschen (2010):** Koblenz: Edition Kramer

- Europäische Kommission (2011):** Vorschlag für Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung über die Verwaltungszusammenarbeit mithilfe des Binnenmarktinformationssystems. Unter: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/policy_developments/modernising/COM2011_883_de.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Fachhochschule St. Gallen (2013):** <http://www.fhsg.ch> (Zugriff 31.01.2013)
- Fagermoen, May Solveig (1997):** Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. In: *Journal of Advanced Nursing*, 25. Jg., Nr. 03, 434–441
- FAME-Consortium (2007):** Decomposing and Recomposing Occupational Identities – A Survey of Theoretical Concepts. In: Brown, A./Kirpal, S./Rauner, F. (Hrsg.): *Identities at Work*. Dordrecht: Springer, 13–44
- Faulbaum, Frank/Prüfer, Peter/Rexroth, Margrit (2009):** Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Filkins, Jacqueline/Landenberger, Margarete (2005):** Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Großbritannien. In: Landenberger, M. u. a.: *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche, 79–109
- Fischer, Ute Luise (2010):** „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger ...“ Soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege. In: *Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 19. Jg., Nr. 04, 239–252
- Flitner, Andreas (Hrsg.) (1956):** Humboldt. Anthropologie und Bildungslehre. Düsseldorf-München: Helmut Küpper
- Friese, Marianne (2010):** Wandel personenbezogener Dienstleistungsberufe: arbeitsmarktpolitische Bedarfe und berufspädagogische Ansätze für Qualitäts- und Professionsentwicklung. In: Marzinzik, K./Nauerth, A./Walkenhorst, U. (Hrsg.): *Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich*. Berlin: LIT, 47–65
- Gambino, Kathleen M. (2010):** Motivation for entry, occupational commitment and intent to remain: a survey regarding Registered Nurse retention. In: *Journal of Advanced Nursing*, 66. Jg., Nr. 11, 2532–2541
- Gardner, Howard (2002):** Intelligenzen – Die Vielfalt des menschlichen Geistes. 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta
- Gehring, Michael (1949):** Zur Reform der mittleren medizinischen Schulen. In: *Die Heilberufe*, 1. Jg., Nr. 06, 123–126

- Giddens, Anthony (1999):** Soziologie. Herausgegeben von Christian Fleck und Hans Georg Zilian, übersetzt nach der 3. englischen Auflage von 1997. 2. Aufl., Graz-Wien: Hausner & Hausner
- Görres, Stefan (2008):** Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. In: Die Schwester Der Pfleger, 47. Jg., Nr. 05, 447–449
- Görres, Stefan/Hasseler, Martina/Mitnacht, Barbara (2007):** Perspektiven der Pflegeversicherung. Neue Herausforderungen und innovative Aufgaben für Pflegeberufe. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12. Jg., Nr. 06, 328–329
- Görres, Stefan/Stöver, Martina/Schmitt, Svenja/Bomball, Jaqueline/Schwanke, Aylin (2009):** Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – Abschließender Projektbericht. Unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Gruber, Hans/Mandl, Heinz (1996):** Expertise und Erfahrung. In: Gruber, H./Ziegler, A. (Hrsg.): Expertiseforschung. Theoretische und methodische Grundlagen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 18–34
- Gruschka, Andreas (1985):** Wie Schüler Erzieher werden. Studie zur Kompetenzentwicklung und fachlichen Identitätsbildung in einem doppeltqualifizierenden Bildungsgang des Kollegs Schulversuchs NW. Wetzlar: Büchse der Pandora
- Gruschka, Andreas/Schomacher, Hedwig (1998):** In Praxisfeldern handeln. Arbeitsbuch für den Praxiseinstieg angehender Erzieher/innen. Berlin: Cornelsen
- Haasler, Bernd/Heinemann, Lars/Rauner, Felix/Grollmann, Philipp/Martens, Thomas (2009):** Testentwicklung und Untersuchungsdesign. In: Rauner, F./Haasler, B./Heinemann, L./Grollmann, P.: Messen beruflicher Kompetenzen Band I: Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. 2. Aufl., Berlin: LIT, 103–145
- Hacker, Winfried (1998):** Allgemeine Arbeitspsychologie: psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber
- Hackmann, Tobias (2009):** Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Beiträge Nr. 40. Unter: <http://www.fiwi1.uni-freiburg.de/publikationen/242.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.)(2011):** Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. 2. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse
- Hämel, Kerstin/Schaeffer, Doris (2012):** Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? In: Gesundheits- und Sozialpolitik: Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 66. Jg., Nr. 01, 41–50

- Hanig, Karin (2012):** Experiment geglückt. Beim Projekt Schülerstation stellen künftige Pflegekräfte am Herzzentrum Dresden Universitätsklinik ihr Können unter Beweis. Unter: <http://www.herzzentrum-dresden.com/visioncontent/medien-datenbank/120423102819.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Hanika, Heinrich/Roßbruch, Robert (2007a):** Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (1. Teil). In: *Pflegerecht*, 11. Jg., Nr. 02, 52–64
- Hanika, Heinrich/Roßbruch, Robert (2007b):** Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2. Teil). In: *Pflegerecht*, 11. Jg., Nr. 03, 103–114
- Hanika, Heinrich/Roßbruch, Robert (2007c):** Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (3. Teil). In: *Pflegerecht*, 11. Jg., Nr. 05, 203–213
- Hartig, Johannes/Klieme, Eckard (2006):** Kompetenz und Kompetenzdiagnostik. In: Schweizer, K. (Hrsg.): *Leistung und Leistungsdiagnostik*. Berlin: Springer, 127–143
- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (2005):** Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699560/publicationFile/> (Zugriff 31.01.2013)
- Haußer, Karl (1995):** *Identitätspsychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Havighurst, Robert James (1972):** *Developmental Tasks and Education*. 3. Aufl., New York: D. McKay Co.
- Heidegger, Gerald/Jacobs, Jens/Wolf, Martin/Mizdalski, Reiner/Rauner, Felix (1991):** *Berufsbilder 2000. Soziale Gestaltung von Arbeit, Technik und Bildung*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Heinemann, Lars (2006):** Nähe und Distanz in der Berufsbildungsforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 568–574
- Heinemann, Lars/Maurer, Andrea/Rauner, Felix (2009):** Engagement und Ausbildungsorganisation. Einstellungen Bremerhavener Auszubildender zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung. I:BB Universität Bremen. Unter: http://www.ibt.uni-bremen.de/fileadmin/user/A_B_Forschungsberichte/IE_Studie_Bhv_240609.pdf (Zugriff 07.01.2013)

- Heinemann, Lars/Maurer, Andrea/Rauner, Felix (2011):** Messen beruflicher Kompetenz. In: Rauner, F. u. a. (2011): Messen beruflicher Kompetenzen. Band III: Drei Jahre Komet-Testerfahrung. Berlin: LIT, 71–89
- Heinemann, Lars/Rauner, Felix (2008):** Identität und Engagement. Konstruktion eines Instruments zur Beschreibung der Entwicklung beruflichen Engagements und beruflicher Identität. A+B Forschungsbericht 01/2008, A+B Forschungsnetzwerk Bremen, Heidelberg, Karlsruhe
- Heinemann, Lars/Rauner, Felix (2009):** Begründungsrahmen für ein Kompetenzmodell. In: Rauner, F./Haasler, B./Heinemann, L./Grollmann, P.: Messen beruflicher Kompetenzen Band I: Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. 2. Aufl., Berlin: LIT, 51–75
- Heinz, Walter R. (1995):** Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim u. München: Juventa
- Henke, Klaus-Dirk u. a. (2011):** Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi). Unter: <http://www.einsparpotenzial-medizintechnik.de/downloads/studien/studie-innovationsimpulse-iegus-tu-berlin.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Henniges, Hasso v./Stoß, Friedemann/Troll, Lothar (1976):** Berufsforschung im IAB – Versuch einer Standortbestimmung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Heft 1, 1–18. Unter: http://doku.iab.de/mittab/1976/1976_1_MittAB_Henniges_Stooss_Troll.pdf (Zugriff 31-01-2013)
- Hensge, Kathrin/Lorig, Barbara/Schreiber, Daniel (2009):** Kompetenzstandards in der Berufsausbildung (Forschungsprojekt des BIBB). Abschlussbericht. Unter: https://www2.bibb.de/tools/fodb/pdf/eb_43201.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Heursen, Gerd (1995):** Kompetenz-Performanz. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe Bd. 2. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 877–885
- Hibbeler, Birgit (2012):** Berufsgruppen im Gesundheitswesen: Viele Interessen, ein Patient. In: Deutsches Ärzteblatt, 109. Jg., Nr. 13, A-623
- Hibbeler, Birgit/Gerst, Thomas (2012):** Gesundheitsfachberufe. Auf dem Weg in die Akademisierung. In: Deutsches Ärzteblatt, 109. Jg., Nr. 49, 1968–1971
- Hoff, Ernst H. (1994):** Arbeit und Sozialisation. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie I Pädagogische Psychologie, Bd. 1 Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Göttingen: Hogrefe, 525–552
- Holland, John L./Johnston, Joseph A./Asama, Francis N. (1993):** The Vocational Identity Scale: A Diagnostic and Treatment Tool. In: Journal of Career Assessment, 1. Jg., Nr. 1, 1–12

- Hörner, Wolfgang (2008):** Bildung. In: Hörner, W./Drinck, B./Jobst, S.: Bildung, Erziehung, Sozialisation. Opladen & Farmington Mills: Budrich, 9–69
- Humboldt, Wilhelm von (1809):** Der Litauische Schulplan 1809. In: Flitner, A. (Hrsg.) (1956): Humboldt. Anthropologie und Bildungslehre, Düsseldorf-München: Helmut Küpper, 76–82
- Ische, Friedrich (1982):** Lernstatt – Ein Modell der Praxis. In: Zeitschrift Führung + Organisation (ZFO), 51. Jg., Nr. 5/6: 295–298
- ISCO-08a:** Informationen zur ISCO-08, Statistik Austria. Unter: http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/oeisco08_implementation/informationen_zur_isco08/index.html#Top (Zugriff 07.01.2013)
- ISCO-08b:** ISCO 08, gemeinsame deutschsprachige Titel und Erläuterungen auf Basis der englischsprachigen Version 1.5a von April 2011. Unter: http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/oeisco08_implementation/informationen_zur_isco08/index.html#Top, link zu Gemeinsame deutschsprachige Fassung (Zugriff 07.01.2013)
- Jaeger, Carlo (1989):** Die kulturelle Einbettung des europäischen Marktes. In: Haller, M./Hoffmann-Novotny, H.-J./Zapf, W.: Kultur und Gesellschaft. Verhandlungen des 24. Deutschen Soziologentags, des 11. Österreichischen Soziologentags und des 8. Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie in Zürich 1988. Frankfurt a. Main: Campus, 556–574
- Jaeger, Carlo/Bieri, Lisbeth/Dürrenberger, Gregor (1987):** Berufsethik und Humanisierung der Arbeit. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 13. Jg., Nr. 01, Zürich: Seismo Press, 47–62
- Jank, Werner/Meyer, Hilbert (1994):** Didaktische Modelle. 3. Aufl., Berlin: Cornelsen
- Juchli, Liliane (1983):** Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 4. Aufl., Stuttgart: Thieme
- Juchli, Liliane (1987):** Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 5. Aufl., Stuttgart: Thieme
- Juliusburger, Otto (1918):** Arzt und Krankenschwester. Aus dem deutschen „Roten Kreuz“. In: Blätter für Krankenpflege, Heft Nr. 07, 97–99
- Kaiser, Henry F./Rice, John (1974):** Little Jiffy, Mark IV. In: Educational and Psychological Measurement, 34. Jg., Nr. 01, 111–117
- Kampmeyer, Dieter/Schulte, S. Josefia (1986):** Umfassende und geplante Pflegetätigkeit im Krankenhaus. Hohenlinder Schriftenreihe Nr. 01, Köln: Fortbildungsakademie für Gesundheitshilfe
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011):** <http://www.kbv.de/publikationen/40040.html> (Zugriff 07.01.2013)

- Kaster, Marion (2007):** Entwicklung der Pflege zum Beruf. In: Lauber, Annette (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Verstehen und Pflege Bd. 1. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme, 24–67
- Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur (2013):** Unser Leitbild. Unter: http://www.kkkm.de/bb_koblenz/ueberuns/Unser_Leitbild/Medien/Leitbild_KK.pdf, (Zugriff 11.01.2013)
- Keller, Josef A./Novak, Felix (1993):** Kleines Pädagogisches Wörterbuch. Grundbegriffe, Praxisorientierungen, Reformideen. 5. Aufl., Freiburg im Breisgau: Herder
- Keuchel, Regina (2006):** Miteinander statt Nebeneinander. Stand und Perspektiven der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung. In: PADUA, 1. Jg., Nr. 01, 6–11
- Kiepe, Heinz (2004):** Ausbildungsberuf. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe Band 1. 7. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 101–108
- Kirpal, Simone (2003):** Nurses in Europe: Work Identities of Nurses across 4 European Countries. ITB- Forschungsberichte 07/2003, Mai 2003
- Kirpal, Simone (2011):** Labour-Market Flexibility and Individual Careers. A Comparative Study. Dordrecht: Springer
- Klafki, Wolfgang (1986):** Die Bedeutung der klassischen Bildungstheorien für ein zeitgemäßes Konzept allgemeiner Bildung. Herwig Blankertz in memoriam. In: Zeitschrift für Pädagogik, 32. Jg., Nr. 04, 455–476
- Klafki, Wolfgang (1996):** Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch konstruktive Didaktik. 5. Aufl., Weinheim u. Basel: Beltz
- Klauer, Karl-Josef (2004):** Intelligenz. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe Band 1. 7. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 750–756
- KlDB 2010a:** Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen, Bundesagentur für Arbeit. Unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/KlDB2010/Dokumentationen/Generische-Publikationen/KlDB2010-Printversion-Band 1.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- KlDB 2010b:** Klassifikation der Berufe 2010 (KlDB 2010) – Aufbau und anwendungsbezogene Hinweise, Bundesagentur für Arbeit, Stand 15.03.201. Unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/KlDB2010/Dokumentationen/Generische-Publikationen/Anwenderhinweise.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Kleinhubbert, Guido (2006):** Vom Straps zur Schnabeltasse. In: Der Spiegel Nr. 11/2006 vom 13.03.2006. Unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-46236994.html> (Zugriff 07.01.2013)

- Klieme, Eckhard u. a. (2003):** Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Unter: http://www.bmbf.de/pub/zur_entwicklung_nationaler_bildungsstandards.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Klüver, Jürgen (1995):** Hochschule und Wissenschaftssystem. In: Huber, L. (Hrsg.): Ausbildung und Sozialisation in der Hochschule, Bd. 10 Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Stuttgart-Dresden: Klett, 78–91
- KMK (Sekretariat der Kultusministerkonferenz, Referat Berufliche Bildung und Weiterbildung) (2007):** Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-RIpl-Berufsschule.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Knoop, Robert (1995):** Relationships Among Job Involvement, Job Satisfaction, and Organizational Commitment for Nurses. In: Journal of Psychology, 129. Jg., Nr. 06, 643–649
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt., 17. Legislaturperiode, 26.10.2009, 92 Unter: http://www.csu.de/dateien/partei/beschluesse/091026_koalitionsvertrag.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Kohl, Christine (2007):** Projekt Schulstation. Praxisnah – Schüler leiten eine Station. In: Heilberufe, 59. Jg., Nr. 03, 58–59
- Köther, Ilka (Hrsg.) (2005):** Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme
- Krappmann, Lothar (2004):** Identität. In: Lenzen, D.: Pädagogische Grundbegriffe Bd. 2. 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 715–719
- Kromrey, Helmut (2000):** Empirische Sozialforschung. 9. Aufl., Opladen: Leske + Budrich
- Krosnick, Jon A. u. a. (2002):** The impact of „No Opinion“ Response Options on Data Quality. Non-Attitude Reduction or an Invitation to Satisfice? In: Public Opinion Quarterly, 66. Jg., Nr. 03, 371–403
- Krueger, Richard A. (1998):** Developing Questions for Focus Groups. London-New Delhi: Thousand Oaks
- Krüger, Helga (2003):** Professionalisierung von Frauenberufen – oder Männer für Frauenberufe interessieren? Das Doppelgesicht des arbeitsmarktlichen Geschlechtersystems. In: Heinz, K./Thiessen, B. (Hrsg.) (2003): Feministische Forschung – Nachhaltige Einsprüche, Opladen: Leske + Budrich, 123–143

- Krönitz, Johan Georg (1773)** Oekonomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats= Stadt= Haus= u. Landwirtschaft in alphabetischer Ordnung. Online Version Band 46, 619–625. Unter: <http://www.kruenitz.uni-trier.de> (Zugriff 31.01.2013)
- Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus (2007):** Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS
- Kunsteck, Rolf (1986):** Das Konzept der Lernstatt im Industriebetrieb. Kritik eines Ansatzes der Organisationsentwicklung, Spardorf: Wilfer
- Kurtz, Thomas (2005):** Die Berufsform der Gesellschaft. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft
- Kurz, Karin/Prüfer, Peter/Rexroth, Margrit (1999):** Zur Validität von Fragen in standardisierten Erhebungen. Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews. In ZUMA-Nachrichten, 23. Jg., Nr. 44, 83–107
- Lamnek, Siegfried (1995):** Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. 3. Aufl., Weinheim: Beltz
- Lamnek, Siegfried (2005):** Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz
- Landenberger, Margarete (2005a):** Einleitung. Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa – Ist-Stand und Reform. In: Landenberger, M. u. a. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, 13–15
- Landenberger, Margarete (2005b):** Ländervergleich: Lehren aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M. u. a.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche, 177–270
- Landenberger, Margarete/Stöcker, Gertrud/Filkins, Jacqueline/de Jong, Anneke/Them, Christa u. a. (2005):** Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche
- Lave, Jean/Wenger, Etienne (1991):** Situated Learning. Legitimate peripheral participation. New York/Cambridge: Cambridge University Press
- Lehmann, Johannes (2009):** Learning by doing. Praxisprojekt Schulstation. In: Heilberufe, 61. Jg., Nr. 07, 52–54
- Lempert, Wolfgang (2007):** Nochmals: Beruf ohne Zukunft? Berufspädagogik ohne Beruf? Postskriptum zur Diskussion des Buchs von Thomas Kurtz: Die Berufsform der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 103. Jg., Nr. 03, 461–467

- Lempert, Wolfgang (2009):** Berufliche Sozialisation. Persönlichkeitsentwicklung in der betrieblichen Ausbildung und Arbeit. 2. Aufl., Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- Lenzen, Dieter (Hrsg.) (1995):** Pädagogische Grundbegriffe. Band 2: Jugend bis Zeugnis, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Lenzen, Dieter (Hrsg.) (2004):** Pädagogische Grundbegriffe. Band 1: Aggression bis Interdisziplinarität. 7. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Leufgen, Matthias (2010):** Berufliche Identität im Spannungsverhältnis zwischen Gesundheitspflegenden und Umwelt. Die eigene Rolle finden. In: *Pflegezeitschrift* 2010, Jg. 63, Nr. 12, 750–753
- Liefgen, Marie-France (2008):** Die europäischen Krankenpflegeausbildungen im Vergleich. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 47. Jg., Nr. 04, 351–353
- Linke, Gaston (2012):** Pflegeausbildung im Ausland. Von den Schweizern lernen. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 51. Jg., Nr. 01: 84–87
- Linke-Winter, Margit/Pfeiffer, Helga (1999):** Wird man zur Pflege geboren? Befragung von KrankenpflegeschülerInnen zur Berufswahl. In: *Pflegezeitschrift* 52. Jg., Nr. 02, 130–134
- Loos, Peter/Schäffer, Burkhard (2001):** Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske und Budrich
- Mandl, Heinz/Friedrich, Helmut Felix/Hron, Aemilian (1994):** Psychologie des Wissenserwerbs. In: Weidenmann, B./Krapp, A. u. a. (Hrsg): *Pädagogische Psychologie*. 3. Aufl., Weinheim: Beltz. 210–218
- Mayring, Philipp (1993):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. Aufl., Weinheim: PVU
- Mayring, Philipp (2010):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aufl., Basel: Beltz
- Meeus, Wim (1993):** Occupational Identity Development, School Performance, and Social Support in Adolescence: Findings of a Dutch Study. In: *Adolescence*, 28. Jg., Nr. 112, 809–818
- Melgosa, Julian (1987):** Development and validation of the occupational identity scale. In: *Journal of Adolescence*, 10. Jg., Nr. 04, 385–397
- Meyer, J.P./Stanley, D.J./Herscovitch, L./Tropolnytsky, L. (2002):** Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. In: *Journal of Vocational Behavior*, 61. Jg., Nr. 01, 20–52
- Meyer, John P./Allen, Natalie J./Smith, Catherine A. (1993):** Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. In: *Journal of Applied Psychology*, 78. Jg., Nr. 04, 538–551

- Meyer, John P./Allen, Natalie J. (1997):** Commitment in the workplace. Theory, Research and Application. Thousand Oakes: Sage
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (2005):** Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz. Unter: <http://www.menschenpflegen.de/files/8577fb6b581b4536cd4720b2c07e2bb5/1224/Erster%20landeseinheitlicher%20Rahmenlehrplan.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Mischo-Kelling, Maria (1996):** Theoretische Grundlagen der Pflege. In: Mischo-Kelling, M./Zeidler, H.: Innere Medizin. 3. Aufl., München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1–25
- Möller, Ute/Hesselbarth, Ulrike (1998):** Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hintergründe, Analysen, Perspektiven. 2. Aufl., Hagen: Brigitte Kunz
- Morgan, David L. (1997):** Focus groups as qualitative research. 2. Aufl., Newbury Park-London-New Delhi: Sage Pub Inc.
- Moser, Klaus (1996):** Commitment in Organisationen. Bern: Huber
- Mowday, Richard T./Steers, Richard M./Porter, Lyman W. (1979):** The measurement of organizational commitment. In: Journal of Vocational Behavior, 14. Jg., Nr. 2, 224–247
- Neuweg, Georg Hans (2006):** Implizites Wissen als Forschungsgegenstand. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung, 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 581–588
- Nicolai, Friedrich (1784):** Beschreibung einer Reise durch Deutschland und die Schweiz im Jahre 1781. Nebst Bemerkungen über Gelehrsamkeit, Industrie, Religion u. Sitten/von Friedrich Nicolai. 3. Bd., Beilage VI. 4, Berlin, Stettin (Faustsammlung der HAAB Weimar)
- Niehaus, Frank (2006):** Alter und steigende Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Unter: http://www.wip-pkv.de/typo3conf/ext/np_presscenter/pi1/stream.php?file=WIP-nie.pdf
- Nightingale, Florence (2005):** Bemerkungen zur Krankenpflege. Die „Notes on Nursing“ neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok. Frankfurt: Mabuse
- Oerter, Rolf/Dreher, Eva (1995):** Jugendalter. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 3. Aufl., Weinheim 1995: Belz, 310–395

- Offermanns, Matthias/Bergmann, Karl Otto (2010):** Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Unter: https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung_pflege_langfassung1.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Ostner, Ilona/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979):** Mitmenschlichkeit als Beruf – Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt: Campus
- PABiS: Pflegeausbildungsstudie Deutschland (2006):** Unter: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/pabis-ergebnispraesentation.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Pätzold, Günter/Walden, Günter (1999):** Zur Einführung in den Sammelband. In: Pätzold, G./Walden, G. (Hrsg.): Lernortkooperation – Stand und Perspektiven. Bielefeld: Bertelsmann, 9–21
- Porst, Rolf (2009):** Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Porter, Lyman W./Smith, Frank J. (1970):** The Etiology of Organizational Commitment. Unpublished paper, University of California, Irvine
- Powell, Dorian L. (1972):** Occupational Choice and Role Conceptions of Nursing Studierenden. In: Social and Economic Studies, 21. Jg., Nr. 3, 284–312
- Prager, Jens/Wieland, Clemens (2005):** Jugend und Beruf. Repräsentativumfrage zur Selbstwahrnehmung der Jugend in Deutschland. Bertelsmann-Stiftung Gütersloh. Unter: <http://www.digitale-chancen.de/transfer/assets/699.pdf> (Zugriff 07.01.2013)
- Raeder, Sabine/Grote, Gudela (2006):** Berufliche Identität. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 337–342
- Rauner, Felix (1999):** Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula: Vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 95. Jg., Nr. 03, 424–446
- Rauner, Felix (2000):** Berufliche Kompetenzentwicklung. Vom Novizen zum Experten. In: Dehnbostel, P. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung in vernetzten Lernstrukturen. Berlin: edition sigma. Auch unter: http://home.arcor.de/et805/Lernfeldaufs%E4tze/Rauner_Novize.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Rauner, Felix (2004a):** Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. ITB-Forschungsbericht Nr. 14/2004
- Rauner, Felix (2004b):** Reform der Berufsausbildung. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie Nordrhein-Westfalen. ITB Universität Bremen. Unter: http://www.itb.uni-bremen.de/downloads/Publikationen/expertise_nrw.pdf (Zugriff 07.01.2013)

- Rauner, Felix (2005):** Berufswissenschaftliche Arbeitsstudien. Zum Gegenstand und zu den Methoden der empirischen Untersuchung berufsförmig organisierter Facharbeit. ITB-Arbeitspapiere Nr. 58 (erstmalig erschienen 1997). Unter: http://www.itb.uni-bremen.de/fileadmin/Download/publikationen/AP_58.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Rauner, Felix (2006a):** Berufsbildungsforschung – Eine Einführung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 9–16
- Rauner, Felix (2006b):** Qualifikations- und Ausbildungsordnungsforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 240–247
- Rauner, Felix (2010):** Moderne Berufsbilder als Dreh- und Angelpunkt für die Organisation gesellschaftlicher Arbeit und die Gestaltung beruflicher Bildungsgänge. In: Pflegewissenschaft, 12. Jg., Nr. 03, 141–148
- Rauner, Felix (2012a):** Diskussionsbeitrag zur Anhörung des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technologiefolgeabschätzung des Deutschen Bundestages. Öffentliches Fachgespräch zum Thema „Grenzüberschreitende Kooperation im Bereich der Berufsbildung“ am 17. 10. 2012. Unter: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a18/anhoerungen/grenzueberschreitende_kooperati_on_berufsbildung/ADrs_17-304_c.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Rauner, Felix (2012b):** Akademisierung beruflicher und Verberuflichung akademischer Bildung – widersprüchliche Trends im Wandel nationaler Bildungssysteme. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 23, 1–19. Unter: http://www.bwpat.de/ausgabe23/rauner_bwpat23.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Rauner, Felix/Attwell, Graham/Bremer, Rainer/Deitmer, Ludger/Grollmann, Philipp/Haasler, Bernd/Herrmann, Iris/Spöttl, Georg (2005):** Berufsbildung in Europa – zur Begründung eines europäischen Qualifikationsrahmens (EQF). ITB-Diskussionspapiere, 1.05/2005, 2. Aufl. Unter: http://www.itb.uni-bremen.de/downloads/Publikationen/Diskussionspapiere/Diskussionspapiere_1.05DE.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Rauner, Felix/Bremer, Rainer (2004):** Bildung im Medium beruflicher Arbeitsprozesse. Die berufspädagogische Entschlüsselung beruflicher Kompetenzen im Konflikt zwischen bildungstheoretischer Normierung und Praxisaffirmation. In: Zeitschrift für Pädagogik, 50. Jg., Nr. 02, 149–161
- Rauner, Felix/Grollmann, Philipp/Martens,Thomas (2007):** Messen beruflicher Kompetenz(-entwicklung), ITB-Forschungsbericht 21, Institut Technik und Bildung. Unter: http://www.ibb.uni-bremen.de/fileadmin/user/Kompetenzentwicklung/FB_21_Messen_beruflicher_Kompetenzentwicklung.pdf (Zugriff 07.01.2013)

- Rauner, Felix/Haasler, Bernd/Heinemann, Lars (2009):** Berufliche Kompetenzen messen. In: Rauner, F./Haasler, B./Heinemann, L./Grollmann, P.: Messen beruflicher Kompetenzen. Band I: Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. 2. Aufl., Berlin: LIT, 23–50
- Rauner, Felix/Haasler, Bernd/Heinemann, Lars/Grollmann, Philipp (2009):** Messen beruflicher Kompetenzen. Band I: Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. 2. Aufl., Berlin: LIT
- Rauner, Felix/Heinemann, Lars (2011a):** Determinanten der beruflichen Kompetenzentwicklung. In: Messen beruflicher Kompetenzen. Band III: Drei Jahre Komet-Testerfahrung. Berlin: LIT, 210–231
- Rauner, Felix/Heinemann, Lars (2011b):** Begründungsrahmen für ein Kompetenzmodell beruflicher Bildung. In: Messen beruflicher Kompetenzen. Band III: Drei Jahre Komet-Testerfahrung. Berlin: LIT, 17–50
- Rauner, Felix/Heinemann, Lars/Martens, Thomas/Maurer, Andrea (2011):** Das KOMET-Kompetenzmodell. In: Messen beruflicher Kompetenzen. Band III: Drei Jahre Komet-Testerfahrung. Berlin: LIT
- Rauner, Felix/Piening, Dorothea (2010):** Umgang mit Heterogenität in der beruflichen Bildung. I:BB Arbeitspapier, Universität Bremen. Unter http://www.ibt.unibremen.de/fileadmin/user/Fotos/Aktuelles/Handreichung_Heterogenitaet_260410_of_1_.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Reetz, Lothar (1999):** Schlüsselqualifikationen aus bildungstheoretischer Sicht – in der berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskussion. In: Arnold, R./Müller, H.-J. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung, Hohengeren: Schneider, 35–51
- Rheinberg, Falko (2006):** Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In Heckhausen, J./Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3. Aufl., Heidelberg: Springer, 331–354
- Rheinberg, Falko (2008):** Motivation. 7. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Ridder, Paul (1980):** Patient im Krankenhaus. Personenbezogener Dienst auf der Station. Band 2: Die Teilung der Arbeit. Stuttgart: Enke
- Röben, Peter (2006):** Kompetenz- und Expertiseforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl., Bielefeld: Bertelsmann, 247–255
- Roper, Nancy/Logan, Winifried W./Tierney, Alison J. (1980):** The Elements of Nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Roßbruch, Dominik (2012):** “Es handelt sich ausdrücklich um eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten“. Interview geführt von Lücke, Stephan. In: Die Schwester Der Pfleger, 51. Jg., Nr. 04, 386–387
- Rost, Detlef H. (2007):** Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien. Eine Einführung. 2. Aufl., Weinheim-Basel: Beltz

- Roth, Heinrich (1971):** Pädagogische Anthropologie. Bd. II, Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik. Hannover: Schroedel
- Ryle, Gilbert (1969):** Der Begriff des Geistes. Stuttgart: Reclam
- Schaefer, Roland/Brönnner, Beate/Bitzigeio, Klaus-Peter (1990):** Krankenpflege – ein Traumberuf? 1. Teil: Anspruch und Wirklichkeit. In: Die Schwester/Der Pfleger, 29. Jg., Nr. 06, 492–495
- Schendera, Christian FG (2010):** Clusteranalyse mit SPSS. Mit Faktorenanalyse. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag
- Schiffmann, Georg (1933):** Die rassenhygienischen Aufgaben der Heil- und Pflegeanstalten im neuen Staat. Unter besonderer Berücksichtigung der Mithilfe des Pflegepersonals. In: Geisteskrankenpflege, Monatsschrift für Geistes- und Krankenpflege 37. Jg., Heft Nr. 12, 177–182
- Schmitt, Svenja/Stöver, Martina/Görres, Stefan (2010):** Kompetenzmessung zur Sicherung zukunftsfähiger Ausbildungsstrukturen im Rahmen der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell. Externe Evaluationsergebnisse des zweiten Modellkurses. In: Pflegewissenschaft 12. Jg., Nr. 02, 69–74
- Scholl, Armin (2009):** Die Befragung. 2. Aufl., Konstanz: UVK
- Schön, Donald (1982):** The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. USA: Harper Collins (Basic Books)
- Schoska, Manuela (2008):** Verantwortung in der Pflege. Eine Betrachtung von Verantwortlichkeit am Beispiel Pflegenden im Nationalsozialismus. Saarbrücken: VDM
- Schulz, Wolfgang (1977):** Zum Stellenwert qualitativer Untersuchungsmethoden in der empirischen Forschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 2. Jg., Nr. 05, 63–68
- Schulze, Gerhard (2000):** Die Interpretation von Ordinalskalen. Paper 2 zum Hauptseminar „Forschung und soziologische Theorie II“, SS 2000, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, unveröffentlichtes Seminarpaper
- Schweikardt, Christoph/Schulze-Jaschok, Susanne (2005):** Einführung zu Florence Nightingale und den „Notes on Nursing“. In: Nightingale, Florence (2005): Bemerkungen zur Krankenpflege, die „Notes on Nursing“ neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok. Frankfurt: Mabuse, 9–19
- Seidler, Eduard (1980):** Berufskunde I: Geschichte der Pflege des kranken Menschen. 5. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Seidler, Eduard/Leven, Karl-Heinz (2003):** Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer

- Sennet, Richard (1998):** Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag
- Seyd, Wolfgang (1994):** Berufsbildung: handelnd lernen, lernend handeln: Situation und Perspektive der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen. Hamburg: Feldhaus
- Simon, Michael (2010):** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3. Aufl., Bern: Huber
- Simon, Michael (2012):** Prognosen zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“: Limitationen amtlicher Statistiken und methodische Probleme bisheriger Studien. In: Sozialer Fortschritt, 61. Jg., Nr. 02– 03, 25–38
- Simonson, Julia (2009):** Klassenzimmerbefragungen von Kindern und Jugendlichen. Praktikabilität, Potentiale und Probleme einer Methode. In: Weichbold, M./Bacher, J./Wolf, C. (Hrsg.): Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34. Jg., Sonderheft Nr. 09, 63–84
- Spranger, Eduard (1965):** Grundlegende Bildung – Berufsbildung – Allgemeinbildung. Heidelberg: Quelle & Meyer
- Stangenberger, Johannes (1901):** Unter dem Deckmantel der Barmherzigkeit. Die Schwesternpflege in den Krankenhäusern. Berlin
- Statistisches Bundesamt (2013a):** <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> (Zugriff 07.01.2013)
- Statistisches Bundesamt (2013b):** <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html> (Zugriff 07.01.2013)
- Statistisches Bundesamt (2013c):** <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/192845/umfrage/meinung-zu-berufen-mit-gutem-einkommen/> (Zugriff 07.01.2013)
- Statistisches Bundesamt (2013d):** <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/169431/umfrage/berufe-mit-hohem-frauenanteil/> (Zugriff 07.01.2013)
- Steinberger, Astrid (2009):** Lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen. In: Schewior-Popp, S./Fischer, R.: Examen Pflege. Mündliche Prüfung Teil 2. Stuttgart: Thieme, 20–42 u. 102–135
- Steinert, Brigitte/Gerecht, Marius/Klieme, Eckhard/Döbrich, Peter (2003):** Skalen zur Schulqualität: Dokumentation der Erhebungsinstrumente. Materialien zur Bildungsforschung Band 10, Frankfurt am Main
- Stemmer, Renate/Haubrock, Manfred/Böhme, Hans (2008):** Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz, Kurzfassung, 02/2008.; http://www.masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/gesundheit/downloads/Kurzfassung_2008.pdf (Zugriff 07.01.2013)

- Steppe, Hilde (1999):** Die schöne neue Welt der Pflege oder Das Coming-out der Pflegewissenschaft. In: Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 24. Jg., Nr. 120 (Nachdruck aus Mabuse 100, März/April 1996), 52
- Steppe, Hilde (Hrsg.) (1996):** Krankenpflege im Nationalsozialismus. 8. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse
- Sticker, Anna (1984):** Agnes Karll. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege. 3. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Stoll, Francois/Vannotti, Marco/Schreiber, Marc (2011):** Einstieg in die Berufswelt: Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer gelingenden Berufswahl – eine empirische Studie, Glarus: Rügger
- Stuhlmann, Karin (2009):** Berufsverläufe. Eine Längsschnittuntersuchung zur Bedeutung der Identitätsentwicklung im Jugendalter für die berufliche Laufbahn Erwachsener im Lebenslauf. Digital publizierte Dissertation an der Universität Zürich. Unter: http://www.zora.uzh.ch/19414/1/Stuhlmann_K_Diss_2009.pdf (Zugriff 07.01.2013)
- Taubert, Johanna (1992):** Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt/Main: Mabuse
- Thames Valley University (2013):** Nursing. Access to Health Studies. BSc (Hons)/ AdvDipHE/DipHE Nursing (Pre-registration). Adult Health, Child Health, Mental Health, Learning Disabilities. Unter: http://www.health-old.uwl.ac.uk/brochures/FHHS_TVU_pre-reg_nursing_brochure.pdf (Zugriff 31.01.13)
- Thiekötter, Andrea (2006):** Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege. Frankfurt: Mabuse
- Toteff, Sarah/Seifert, Jenny/Hilligardt, Tobias (2007):** Projekt Schulstation. Auszubildende, bitte übernehmen Sie! In: Heilberufe, 59.Jg., Nr. 02, 54–55
- Tuschen, Karl Heinz/Trefz, Ulrich (2010):** Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Van der Heijden, Beatrice I.J.M./van Dam, Karen/Hasselhorn, Hans Martin (2009):** Intention to leave nursing. The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. In: Career Development International, 14. Jg., Nr. 07, 616–635
- Van Dick, Rolf (2004):** Commitment und Identifikation mit Organisationen. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe
- Van Knippenberg, Daan (2000):** Work Motivations and Performance: A Social Identity Perspective. In: Applied Psychology. 49. Jg., Nr. 03, 357–371

- Veit, Annegret C. (1996):** Motive der Berufswahl und Erwartungen an den Beruf bei Auszubildenden in der Krankenpflege. In: *Pflege*, 9. Jg., Nr. 01, 61–71
- Vinzentinerinnen, Genossenschaft der Töchter der christlichen Liebe vom Heiligen Vinzenz von Paul, Dienerinnen der Armen, Provinz Köln (2012):** Unter: <http://www.vinzentinerinnen.de> (Zugriff 07.01.2013)
- Wagner, Corinne/Günther, Anne/Grüning, Beatrice/Steeg, Michael/Wittwer, Thomas (2010):** Projekt Lehrplan ABZ 2010. Schlussbericht. Unter: http://www.lehrplan-abz.ch/pdf/schlussberichtprojekt_lp_jul10.pdf (Zugriff 31.01.2013)
- Wagner, Michael (2010):** Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe. Stuttgart: Kohlhammer
- Wang, Lin/Hong, Tao/Ellenbecker, Carol H./Xiaohong Liu (2012):** Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. In: *Journal of Advanced Nursing*, 68. Jg., Nr. 03, 539–549
- Weber, Max (1972):** *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck
- Weber, Reto/Cappelli, Stéphane (2011):** Studierende an den Fachhochschulen 2010/11. Etudiants des hautes écoles spécialisées. 2010/11. Schweizer Bundesamt für Statistik. Unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4400> (Zugriff 07.01.2013)
- Wehner, Theo/Clases, Christoph/Endres, Egon (1996):** Situiertes Lernen und kooperatives Handeln in Praxisgemeinschaften. In: Endres, E./Wehner, T.: *Zwischenbetriebliche Kooperation. Die Gestaltung von Lieferbeziehungen*. Weinheim: Beltz
- Weinert, Franz E. (1999):** *Konzepte der Kompetenz. Gutachten zum OECD-Projekt Definition and Selection of Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations (DeSeCo)*. Neuchâtel (Schweiz): Bundesamt für Statistik
- Weisbrod-Frey, Herbert (1996):** Krankenpflegeausbildung im Dritten Reich. In: *Steppe, H. (Hrsg.) (1996): Krankenpflege im Nationalsozialismus*, 8. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse, 87–110
- Wenger, Etienne (2006):** *Communities of practice. A brief introduction*. Unter: <http://www.ewenger.com/theory/> (Zugriff 07.01.2013)
- Wenger, Etienne/McDermott, Richard A./Snyder, William M. (2002):** *A Guide to Managing Knowledge. Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard Business School Press
- Werner, Martina (1997):** Das Pflegeverständnis als eine Grundlage zur Entwicklung der Pflegepraxis, Erster Teil: Die Erhebungsmethode. In: *Pflege*, 10. Jg., Nr. 02, 91–95 Zweiter Teil: Der Analyseprozess. In: *Pflege*, 10. Jg., Nr. 03, 138–143

- White, Robert W. (1958):** Motivation reconsidered: The concept of competence. In: *Psychological Review*, 66. Jg., Nr. 05, 297–333
- Wiener, Yoash (1982):** Commitment in Organizations: A Normative View. In: *Academy of Management Review*, 7. Jg., Nr. 03, 418–428
- Wittneben, Karin (2003):** Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik. 5. Aufl., Frankfurt am Main: Peter Lang
- Wolff, Horst-Peter/Wolff, Jutta (2008):** Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Frankfurt/Main: Mabuse
- Woodworth, Robert Sessions (1918):** *Dynamic Psychology*. New-York: Columbia University Press
- Zlatkin-Troitschanskaia, Olga (2007):** Bildungsstandards in der beruflichen Bildung. In: *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 103. Jg., Nr. 01, 75–93

Anhang

1 Einführungstext und Fragebogen

Liebe Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Auszubildende in den Krankenhäusern der BBT-Gruppe, liebe Studierende der Schweizer Fachhochschule St. Gallen,

im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich auf Ihre Ausbildung, Ihr Studium bzw. Ihre berufliche Tätigkeit beziehen. Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen in der vorgesehenen Reihenfolge. Bitte lassen Sie keine Frage aus. In diesem Fragebogen gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten; bitte antworten Sie so, wie es aus Ihrer persönlichen Sichtweise auf Ihre Ausbildung, Ihr Studium bzw. Ihre berufliche Tätigkeit zutrifft.

Zur Beantwortung der Fragen brauchen Sie lediglich eines der vorgegebenen Kästchen anzuklicken. Wenn Sie wirklich keine Meinung zu einer Frage haben, lassen Sie diese lieber frei, als ein Kreuz in der Mitte zu machen.

Bitte beachten Sie, dass ein Großteil der Fragen für drei verschiedene Personengruppen bestimmt ist: Auszubildende und Absolventen in Krankenhäusern der BBT-Gruppe sowie Schweizer Studierende. Die Antwortoptionen sind durch ein „/“ getrennt. Bitte antworten Sie entsprechend der für Sie persönlich zutreffenden Option.



Wenn Sie an den Ergebnissen der Befragung interessiert sind oder weitere Anmerkungen haben, schicken Sie bitte eine E-Mail an Renate Fischer (ren.fischer@t-online.de).

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Angaben vertraulich behandeln und nur anonymisiert auswerten.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Unterstützung!

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wurde in diesem Fragebogen auf eine Sprachregelung, die jeweils die maskuline und feminine Form berücksichtigt, verzichtet.

Bemerkung zum Datenschutz

Online-Befragung	
Auszubildende und Studierende	Absolventen
<p>1. Zunächst einige Fragen zu Ihnen bzw. Ihrem Ausbildungsbetrieb/zu Ihrer Arbeitsstätte</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Auszubildende/r in der Gesundheits- und Krankenpflege.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Auszubildende/r an der FHS St. Gallen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Gesundheits- und Krankenpfleger/in.</p>	
<p>Mein Ausbildungsstandort ist das ...</p> <p><input type="checkbox"/> Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim.</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftskrankenhaus Bonn.</p> <p><input type="checkbox"/> Katholische Klinikum Koblenz.</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur.</p> <p><input type="checkbox"/> Brüderkrankenhaus Paderborn.</p> <p><input type="checkbox"/> Brüderkrankenhaus Trier.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich studiere an der FHS St. Gallen.</p> <p>Ich absolviere ein ausbildungsbegleitendes (duales) Studium</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Mein Ausbildungsbeginn/Beginn des Studiums an der FHS war:</p> <p><input type="checkbox"/> Frühjahr 2008</p> <p><input type="checkbox"/> Herbst 2008</p> <p><input type="checkbox"/> Frühjahr 2009</p> <p><input type="checkbox"/> Herbst 2009</p> <p><input type="checkbox"/> Frühjahr 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Herbst 2010</p> <p><input type="checkbox"/> Frühjahr 2011</p>	<p>Ich arbeite am ...</p> <p><input type="checkbox"/> Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim.</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinschaftskrankenhaus Bonn.</p> <p><input type="checkbox"/> Katholischen Klinikum Koblenz.</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur.</p> <p><input type="checkbox"/> Brüderkrankenhaus Paderborn.</p> <p><input type="checkbox"/> Brüderkrankenhaus Trier.</p> <p>Das Jahr meiner Abschlussprüfung war:</p> <p><input type="checkbox"/> 2007</p> <p><input type="checkbox"/> 2008</p> <p><input type="checkbox"/> 2009</p> <p><input type="checkbox"/> 2010</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
<p>Mein Schulabschluss</p> <p></p>	<p>Mein Schulabschluss vor Beginn der Pflegeausbildung</p> <p></p>
<p>Hauptschulabschluss mit Ausbildung in der Kranken-/Altenpflegehilfe</p>	<p>Hauptschulabschluss mit Ausbildung in der Kranken-/Altenpflegehilfe</p>
<p>Hauptschulabschluss mit andere abgeschlossener Berufsausbildung</p>	<p>Hauptschulabschluss mit anderer abgeschlossener Berufsausbildung</p>

Online-Befragung		
Zehnjährige allgemeine Schulausbildung/erweiterter Hauptschulabschluss		Zehnjährige allgemeine Schulausbildung/erweiterter Hauptschulabschluss
Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige Schulbildung		Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige Schulbildung
Fachhochschulreife	Berufsmaturität	Fachhochschulreife
Abitur	Maturität	Abitur
Welche Note hatten Sie im letzten Zeugnis Ihrer allgemeinbildenden Schule?		
in Deutsch?		
in Mathematik?		
In Englisch?		
Fragen nur für Auszubildende und Studierende		
Meine Eltern ... trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu		
interessieren sich für meine Ausbildung/mein Studium.		
unterstützen mich in meiner Ausbildung/meinem Studium.		
Fragen für Auszubildende, Studierende und Absolventen		
Warum haben Sie eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege/ein Pflegestudium begonnen? trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu		
Ich wollte schon immer diesen Beruf ergreifen.		
Ich wollte vor allem in meinem jetzigen Krankenhaus eine Ausbildung machen/Ich wollte vor allem an der FHS St. Gallen studieren.		
Ich wollte eigentlich einen anderen Beruf erlernen, habe aber nur eine Ausbildungsstelle in diesem Beruf bekommen/Ich wollte eigentlich etwas anderes studieren, habe aber nur einen Studienplatz in diesem Studiengang bekommen.		
Ich wusste nicht was ich wollte, da habe ich mich für eine Pflegeausbildung/ein Pflegestudium entschieden. Evtl. mache ich später noch etwas anderes.		
Eigentlich wollte ich Medizin studieren, habe aber keinen Studienplatz bekommen.		
Haben Ihre Eltern bzw. hat ein Elternteil eine Ausbildung im Gesundheitswesen?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja:		
Vater (Auswahl: Pflegeberuf, Arzt, anderer nicht akademischer Gesundheitsberuf, anderer akademischer Gesundheitsberuf)		

Online-Befragung
Mutter (Auswahl: Pflegeberuf, Ärztin, anderer nicht akademischer Gesundheitsberuf, anderer akademischer Gesundheitsberuf)
2. Es folgen nun einige Fragen zu Ihrem Pflegeverständnis, Ihrem beruflichen Selbstverständnis und zu Ihrer Berufswahl. Bitte beantworten Sie die Fragen ehrlich und spontan.
Zwei Pflegepersonen unterhalten sich über ihren Beruf. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den einzelnen Äußerungen zustimmen. stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme teilweise zu – stimme eher zu – stimme völlig zu
Pflegeperson A: „Ich finde, Pflege sollte sich vorrangig an Symptomen, Diagnostik und Therapie des Patienten orientieren. Das ist das, was dem Patienten wichtig ist – der Patient liegt bei uns im Krankenhaus/Spital weil er krank ist.“
Pflegeperson B: „Nein, das sehe ich anders. Pflege sollte sich vorrangig an dem orientieren, was die Krankheit für den Patienten individuell bedeutet. Nur dann sehe den ganzen Menschen mit seinen Bedürfnissen.“
Pflegeperson A: „Eigentlich möchte ich das gar nicht. Da komme ich dem Patienten emotional sehr nahe und sehe Probleme mit dem Einhalten meiner professionellen Distanz. Pflegenden sollten dem Patienten gefühlsmäßig eher neutral gegenüberstehen.“
Pflegeperson B: „Das finde ich nicht. Pflegenden sollten ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten haben. Zuwendung, Zuneigung und Vertrauen spielen in der Pflege eine wichtige Rolle.“
Pflegeperson A: „Für mich müssen Patienten in erster Linie darauf vertrauen können, dass ihre Pflege auf der Grundlage fachlich abgesicherter Vorgaben (z. B. Expertenstandards, Pflegerichtlinien, Hygienestandards) ausgeführt wird. Patienten haben einen Anspruch auf Pflege, die auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft beruht.“
Pflegeperson B: „Wissenschaftliche Erkenntnisse sind wichtig, aber wenn sie nicht den Bedürfnissen des Patienten entsprechen, sind sie zweitrangig.“
Drei Pflegepersonen unterhalten sich über ihre beruflichen Tätigkeiten. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den einzelnen Äußerungen zustimmen. stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme teilweise zu – stimme eher zu – stimme völlig zu
Pflegeperson A: „Oh, schon wieder so viele venöse Blutentnahmen. Die sollten von anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Arzthelferinnen) durchgeführt werden. Für mich haben Grund- und Behandlungspflege Priorität.“
Pflegeperson B: „Wirklich? Also ich nehme gerne Blut ab und kümmere mich auch sehr gerne um Infusionen, Transfusionen etc. Ich finde, die Durchführung solcher Tätigkeiten macht den Beruf deutlich attraktiver.“
Pflegeperson C: „Meiner Meinung nach gibt es kein Entweder – Oder. Für mich haben originäre Pflgetätigkeiten und die Durchführung von Blutentnahmen, Infusionen etc. den gleichen Stellenwert.“
Pflegeperson B: „Ich könnte mir durchaus vorstellen, als Pflegenden noch weitere Aufgaben zu übernehmen, die momentan noch dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind. Die Durchführung solcher Aufgaben wertet das Ansehen unseres Berufs in der Gesellschaft auf.“

Online-Befragung	
Pflegerperson A: „Ich würde mich stattdessen lieber vermehrt um die Information, Schulung und Beratung von Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten kümmern.“	
Drei Pflegepersonen und eine Auszubildende/Studierende unterhalten sich darüber, wie wichtig es für sie ist, dass sie Anerkennung für ihre Arbeit finden. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den einzelnen Äußerungen zustimmen. stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme teilweise zu – stimme eher zu – stimme völlig zu	
Pflegerperson A: „Mir ist am wichtigsten, dass die Patienten mit meiner Arbeit zufrieden sind. Auf sie kommt es an. Dann weiß ich, dass ich den richtigen Beruf gewählt habe. Auch wenn Angehörige mich loben, freut mich das sehr.“	
Pflegerperson B: „Also, ich freue mich am meisten über ein Lob meiner Vorgesetzten in der Pflege, z. B. unserer Stationsleitung oder der Pflegedienstleitung. Sie beurteilen ja eher meine fachliche Kompetenz und die ist mir sehr wichtig.“	
Pflegerperson C: „In Sachen fachliche Kompetenz freue ich mich am meisten über die Anerkennung durch die Ärzte. Sie tragen die Gesamtverantwortung für den Patienten.“	
Auszubildende: „Am wichtigsten ist mir, dass meine Lehrer und Praxisanleiter/Berufsbildner mit meiner Arbeit zufrieden sind. Sie wissen, wie es richtig ist, und ich möchte es gerne richtig machen.“	
Pflegerperson A: „Ich muss dazu noch ergänzen, dass auch die Anerkennung meines Berufs durch die Gesellschaft meine berufliche Zufriedenheit beeinflusst.“	
Auf einer Fortbildungsveranstaltung werden alle Teilnehmer aufgefordert, etwas zu ihrer beruflichen Motivation zu sagen. Bitte wählen Sie Aussagen aus, denen Sie zustimmen und bringend Sie diese in eine für Sie zutreffende Rangfolge ihrer Wichtigkeit. stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme teilweise zu – stimme eher zu – stimme völlig zu	
Ich bin in der Pflege tätig, weil ich den Wunsch habe, anderen Menschen zu helfen. (A)	
Ich bin in der Pflege tätig, weil ich mich damit sozial engagieren und etwas für die Allgemeinheit leisten kann. (B)	
Ich bin in der Pflege tätig, weil ich einen Beruf haben will, in dem ich mich selbst weiterentwickeln kann. (C)	
Ich bin in der Pflege tätig, weil ich in diesem Beruf viele Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung/zum Studium habe. (D)	
Ich bin in der Pflege tätig, weil ich damit die Möglichkeit habe, selbstständig und verantwortungsbewusst zu handeln. (E)	
Eigentlich wollte ich etwas anderes machen, aber das hat nicht geklappt – die Pflege war zweite Wahl. (F)	
Ich bin in der Pflege tätig, weil es ein angesehenere Beruf ist. (G)	
Kranke und hilfsbedürftige Menschen wird es immer geben. Ich bin in der Pflege tätig, weil der Beruf krisensicher ist. (H)	
Welcher Grund ist für Sie der wichtigste?	A – B – C – D – E – F – G – H
Welcher Grund trifft auf Sie am wenigsten zu?	A – B – C – D – E – F – G – H

Online-Befragung
Stimmen Sie folgenden Aussagen zu? stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme teilweise zu – stimme eher zu – stimme völlig zu
Viele Pflegepersonen vernachlässigen ihre eigenen Bedürfnisse und körperlichen Grenzen; es fällt ihnen schwer, ‚Nein‘ zu sagen.
Viele Pflegenden erwarten von den Menschen, denen sie helfen, permanent Dankbarkeit und Anerkennung.
Viele Pflegenden versuchen, über ihren übermäßigen beruflichen Einsatz das Gefühl der inneren Leere und Wertlosigkeit zu kompensieren.
3. Einige Aussagen zu Ihrer Einstellung zur Ausbildung/zu Ihrem Studium/zu Ihrer beruflichen Tätigkeit trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu
Das Krankenhaus/meine Praxisinstitution ist für mich wie ein Stück „Heimat“. ¹⁷⁷
Ich bin motiviert, egal welche Tätigkeiten ich aufgetragen bekomme. ¹⁷⁸
Ich erzähle anderen gerne, welchen Beruf ich lerne/studiere/ausübe. ¹⁷⁹
Ich möchte auch in Zukunft in meinem Krankenhaus/in meiner Praxisinstitution bleiben – auch wenn ich die Möglichkeit habe, woanders hin zu wechseln. ¹⁸⁰
Es interessiert mich, wie meine Arbeit zum Gesamtgeschehen im Krankenhaus/ in meiner Praxisinstitution, den Menschen in allen Phasen von Gesundheitsvorsorge, Krankheit und Genesung zu betreuen und begleiten, beiträgt. ¹⁸¹
Ich bin verlässlich, egal welche Tätigkeiten ich aufgetragen bekomme. ¹⁸²
Ich erzähle anderen gerne von meinem Krankenhaus/meiner Praxisinstitution. ¹⁸³
Ich passe zu meinem Beruf. ¹⁸⁴
Ich bin stets pünktlich, auch wenn meine Arbeit es nicht erfordert. ¹⁸⁵
„Beruf“ heißt für mich, qualitativ hochwertig zu arbeiten. ¹⁸⁶
Ich bin an meinem Beruf nicht besonders interessiert. ¹⁸⁷
Ich gehe in meiner Tätigkeit auf. ¹⁸⁸
Ich führe die Anweisungen meiner Vorgesetzten ohne nachzufragen durch – auch wenn ich ihren Sinn nicht verstehe.

177 Item Nr. 1 der Skala Betriebliches Engagement

178 Item Nr. 1 der Skala Arbeitsmoral

179 Item Nr. 1 der Skala Berufliches Engagement

180 Item Nr. 2 der Skala Betriebliches Engagement

181 Item Nr. 1 der Skala Berufliche Identität

182 Item Nr. 2 der Skala Arbeitsmoral

183 Item Nr. 3 der Skala Betriebliches Engagement

184 Item Nr. 2 der Skala Berufliches Engagement

185 Item Nr. 3 der Skala Arbeitsmoral

186 Item Nr. 2 der Skala Berufliche Identität

187 Item Nr. 6 der Skala Berufliches Engagement

188 Item Nr. 3 der Skala Berufliche Identität

Online-Befragung
Ich möchte auch in Zukunft in meinem Beruf arbeiten. ¹⁸⁹
Ich weiß, was die Arbeiten, die ich ausführe, mit meinem Beruf zu tun haben. ¹⁹⁰
Ich mache mir manchmal Gedanken darüber, was ich verändern könnte, damit meine Pflege noch besser wird. ¹⁹¹
Ich bin stolz auf meinen Beruf. ¹⁹²
Ich schätze klare und eindeutige Vorgaben, damit ich weiß, was ich zu tun habe.
Ich fühle mich meinem Krankenhaus/meiner Praxisinstitution nur wenig verbunden. ¹⁹³
Ich möchte über die Inhalte meiner Arbeit mitreden bzw. mitbestimmen. ¹⁹⁴
Die Zukunft meines Krankenhauses/meiner Praxisinstitution liegt mir am Herzen. ¹⁹⁵
Der Beruf ist für mich wie ein Stück Heimat. ¹⁹⁶
Ich passe zu meinem Krankenhaus/zu meiner Praxisinstitution. ¹⁹⁷
Fragen nur für Auszubildende und Studierende
Mit meiner Ausbildung/mit meinem Studium bin ich insgesamt zufrieden.
Von meinen Praxisanleitern/Berufsbildnern kann ich viel lernen.
Die Arbeitsaufträge, die ich übertragen bekomme, passen zu meinem Ausbildungsstand.
Ich fühle mich in der praktischen Ausbildung unterfordert.
Meine Arbeitsbelastung in der Praxis stört meine Ausbildung/mein Studium.
Ich bekomme in der Praxis wesentlich häufiger einzelne Tätigkeiten aufgetragen (z. B. Vitalzeichenkontrollen, Mahlzeiten verteilen etc.), als Patienten umfassend zu versorgen.
Fragen für Auszubildende, Studierende und Absolventen
Mein Beruf ist in der Gesellschaft gut angesehen.
Meine Freunde und Bekannte finden meinen Beruf in Ordnung.
Ich kann in meinem Beruf später gutes Geld verdienen/Ich werde in meinem Beruf angemessen bezahlt.
Fragen nur für Auszubildende und Studierende
Zu Beginn meiner Ausbildung/meines Studiums war ich weniger motiviert als heute.
Ich erledige meine Aufgaben ebenso gut wie eine examinierte/diplomierte Pflegeperson.
Ich hätte gerne die gleiche Verantwortung wie meine examinierten/diplomierten Kollegen.

189 Item Nr. 3 der Skala Berufliches Engagement

190 Item Nr. 4 der Skala Berufliche Identität

191 Item Nr. 5 der Skala Berufliche Identität

192 Item Nr. 4 der Skala Berufliches Engagement



193 Item Nr. 4 der Skala Betriebliches Engagement

194 Item Nr. 6 der Skala Berufliche Identität



195 Item Nr. 5 der Skala Betriebliches Engagement

196 Item Nr. 5 der Skala Berufliches Engagement

197 Item Nr. 6 der Skala Betriebliches Engagement

Online-Befragung	
Ich führe die meisten Tätigkeiten selbständig durch.	
Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich nach oder besorge mir die nötigen Informationen.	
Fragen für Auszubildende, Studierende und Absolventen	
4. Aussagen zu Ihrer Ausbildungssituation/Ihrer Situation als Studierende/als Gesundheits- und Krankenpflegerin	
Die Mitarbeiter unterstützen sich gegenseitig.	
Es herrscht eine vertrauensvolle Atmosphäre unter den Mitarbeitern.	
Bei Problemen habe ich stets einen Ansprechpartner.	
Fragen nur für Auszubildende und Studierende	
Die Mitarbeiter ignorieren Schüler/Studierende weitgehend.	
Die Schüler/Studierenden werden in der ganzen Breite des Berufs ausgebildet.	
Die Schüler/Studierende lernen unterschiedlichste Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche anderer Mitarbeiter kennen.	
Die Schüler/Studierende sind mit Aufgaben und Problemen betraut, die für den Stationsablauf bedeutsam sind.	
Schüler/Studierende werden in die Betreuung von Patienten mit intensivem und komplexem Pflegebedarf mit einbezogen.	
Den Schülern/Studierenden werden verantwortungsvolle Aufgaben übertragen.	
Fragen für Auszubildende, Studierende und Absolventen	
Ich habe einen Überblick darüber, was in anderen Abteilungen (Stationen, Funktionsabteilungen) getan wird.	
Ich bin darüber informiert, mit welchen Aufgaben meine Arbeitskollegen betraut sind.	
Die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert gut.	
Ich erhalte – falls notwendig – fachliche Unterstützung und Rückmeldung für meine Arbeit.	
Fragen nur für Auszubildende und Studierende	
5. Und nun einige Aussagen zu Ihrer Schule/Fachhochschule, zum Lernen und zur Lernortkooperation	
trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
	
Es gibt Mitschüler, die häufig den Unterricht stören.	Es gibt Studierende, die in Lehrveranstaltungen häufig stören.
Meine Mitschüler nehmen Rücksicht auf andere Schüler.	Meine Mits Studierenden nehmen Rücksicht auf andere Studierende.
Was wir im Unterricht machen, finde ich meistens interessant.	Was wir in den Lehrveranstaltungen machen, finde ich meistens interessant.
Die Schüler kommen pünktlich zum Unterricht.	Die Studierenden kommen pünktlich zu den Lehrveranstaltungen.

Online-Befragung	
Wenn es Probleme in der Klasse gibt, werden diese offen angesprochen, diskutiert und meistens gelöst.	Wenn es Probleme in der Semestergruppe gibt, werden diese offen angesprochen, diskutiert und meistens gelöst.
Ich fühle mich in meiner Schule wohl.	Ich fühle mich an meiner Fachhochschule wohl.
Unsere Lehrer/unsere Professoren und Dozenten	
trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
berücksichtigen die Interessen der Schüler/Studierenden im Unterricht.	
gestalten den Unterricht/die Lehrveranstaltungen interessant.	
nehmen die Schüler/Studierende ernst.	
haben einen guten Überblick über die berufliche Realität.	
kooperieren mit Praxisanleitern/Berufsbildnern und Pflegedienstleitungen im Krankenhaus/in der Praxisinstitution.	
kümmern sich auch um einzelne Schüler/Studierende.	
sprechen sich bei der Unterrichtsplanung und -durchführung/Durchführung von Lehrveranstaltungen miteinander ab.	
Sind fachlich kompetent und auf dem neuesten Stand.	
Wie schätzen Sie die folgenden Aussagen ein?	
trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
Ich bin überzeugt, dass ich das, was unterrichtet wird, gut beherrsche.	
Ich bin überzeugt, dass ich in Klassenarbeiten und Tests/Leistungsüberprüfungen gute Leistungen erzielen kann.	
Ich bin sicher, dass ich auch die kompliziertesten Ausbildungs-/Studieninhalte verstehen kann.	
Wie beurteilen Sie die Leistungsanforderungen, die in der Schule/Fachhochschule an Sie gestellt werden?	
<input type="checkbox"/> viel zu niedrig <input type="checkbox"/> etwas zu niedrig <input type="checkbox"/> gerade richtig <input type="checkbox"/> etwas zu hoch <input type="checkbox"/> viel zu hoch	
Falls Sie bereits Ihre Zwischenprüfung absolviert haben – welche Note hatten Sie?	
in der schriftlichen Prüfung:	
In der mündlichen Prüfung:	
In der praktischen Prüfung:	
Frage nur für Absolventen	
Welche Note hatten Sie in Ihrem Examen (in Ziffern)?	
in der schriftlichen Prüfung:	

Online-Befragung	
In der mündlichen Prüfung:	
In der praktischen Prüfung:	
Wie schätzen Sie Ihre Ausbildung ein? trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
Meine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege hat mich gut auf meinen beruflichen Alltag vorbereitet.	
Fragen nur für Auszubildende und Studierende	
Es gibt verschiedene Gründe, weshalb man während der Ausbildung lernt. Weshalb lernen Sie? Ich lerne, ... trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
weil mir Erfolg in der Ausbildung viel bedeutet.(A)	
weil ich meine Ausbildung/mein Studium mit guten Noten abschließen möchte.(B)	
nur dann, wenn ich den Druck durch Klausuren und Prüfungen habe.(C)	
nur dann, wenn mich jemand motiviert. (D)	
weil ich großes Interesse an den verschiedenen Themen in der Ausbildung habe.(E)	
weil die Ausbildungsinhalte/Studieninhalte meinen persönlichen Neigungen entsprechen. (F)	
weil ich gute theoretische Kenntnisse für die Qualität meiner Arbeit für sehr wichtig halte. (G)	
weil ich meine Berufschancen verbessern bzw. nach dem Ausbildungsabschluss eine Stelle in einem von mir gewünschten Arbeitsbereich bekommen möchte. (H)	
Welcher Grund ist für Sie am wichtigsten? A – B – C – D – E – F – G – H	
Welcher Grund trifft auf Sie am wenigsten zu? A – B – C – D – E – F – G – H	
Zur Zusammenarbeit zwischen Schule/Fachhochschule und Praxisinstitutionen trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
	
Meine Praxiseinsatzorte und die Schule stimmen die Ausbildung miteinander ab.	Meine Praxiseinsatzorte und die Fachhochschule stimmen die Ausbildung miteinander ab.
Zwischen dem Krankenhaus und der Schule werden gemeinsame Projekte durchgeführt.	Zwischen den Praxiseinsatzorten und der Fachhochschule werden gemeinsame Projekte durchgeführt.
Das Krankenhaus arbeitet mit der Schule nur zusammen, wenn es Ärger oder Probleme gibt.	Die Praxisinstitution arbeitet mit der Fachhochschule nur zusammen, wenn es Probleme gibt.
Das Krankenhaus ist mit der Arbeit der Schule zufrieden.	Die Praxisinstitutionen sind mit der Arbeit der Fachhochschule zufrieden.
Die Inhalte, die ich in der Schule lerne, kann ich in der Praxis anwenden.	Die Inhalte, die ich in der Fachhochschule lerne, kann ich in der Praxis anwenden.

Online-Befragung	
Die Schule ist mit der Ausbildung in der Praxis zufrieden.	Die Fachhochschule ist mit der Ausbildung in der Praxis zufrieden.
Die Tätigkeiten, die ich in der Praxis durchführe, werden in der Schule behandelt.	Die Tätigkeiten, die ich in der Praxis durchführe, werden im Studium behandelt.
Das Lernen in der Schule und das Lernen in der Praxis passen gut zusammen	Das Lernen an der FHS und das Lernen in der Praxis passen gut zusammen.
Der Unterricht in der Schule orientiert sich an dem, was ich in der Praxis können muss.	Die Inhalte meines Studiums orientieren sich an dem, was ich in der Praxis können muss.
Der Unterricht hilft mir, die Aufgaben und Probleme in der Praxis zu lösen.	Die Lehrveranstaltungen helfen mir, die Aufgaben und Probleme in der Praxis zu lösen.
Der Unterricht in der Schule und meine alltägliche Arbeit haben nichts miteinander zu tun.	Die Lehrveranstaltungen an der FHS und meine alltägliche Arbeit in der Praxis haben nichts miteinander zu tun.
In der Praxis lerne ich viel mehr als in der Schule.	In der Praxis lerne ich viel mehr als an der FHS.
Meine Praxisbeurteilungen sind immer gut.	Mit meinen Leistungen im Studium bin ich zufrieden.
Was ich in der Schule lerne, ist für meinen Beruf wichtig.	Was ich im Studium lerne ist für meinen Beruf wichtig.
Frage nur für Auszubildende	
Ich absolviere ein ausbildungsbegleitendes (duales) Studium: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Mein duales Studium ergänzt meine Ausbildung sinnvoll. trifft gar nicht zu – trifft eher nicht zu – trifft teilweise zu – trifft eher zu – trifft völlig zu	
Frage nur für Absolventen	
6. Und zum Schluss noch einige Aussagen zum Thema Fort- und Weiterbildung trifft zu – trifft nicht zu	
Ich freue mich, mein Examen zu haben und sehe vorerst keine Notwendigkeit zum Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.	
Ich habe in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine hausinterne Fortbildungsveranstaltung besucht.	
Ich habe in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine externe Fortbildungsveranstaltung besucht.	
Ich nehme an einer Weiterbildungsmaßnahme teil bzw. habe bereits eine Weiterbildung abgeschlossen.	
Ich absolviere derzeit ein berufsbegleitendes Studium.	
Ich plane innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn einer Weiterbildungsmaßnahme.	
Ich plane innerhalb der nächsten beiden Jahre den Beginn eines Studiums.	

Online-Befragung

Ich bin bereit, an Fort- und Weiterbildungen auch teilzunehmen bzw. ein Studium zu absolvieren, wenn ich die Maßnahme (ggf. zum Teil) selbst bezahlen muss und mit dem Abschluss keine tarifliche Höhergruppierung verbunden ist.

2 Auszug aus der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring

Tab. 10: Markierung inhaltstragender Textteile und Paraphrasierung

Markierung inhaltstragender Textteile (Schritt 1)	Paraphrasen (Schritt 2)
<p>Fr. B: Also so nach der Ausbildung, ich glaube schon, dass das ansteigt. Wenn ich das so von mir damals sehe jedenfalls, weil ich einfach viel Verantwortung hatte, was mich gefordert hat. Bei uns in der Ausbildung ist es anders gewesen wie es heute ist, da ist man einfach immer mitgelaufen, da hat man nicht so die Bereiche bekommen wie die das heute bekommen. Und in dem Moment, wo ich dann auf einmal alleine auf der Station war und meine 22 Patienten hatte, stand ganz alleine da, das war eine Herausforderung. Und ich fand das richtig toll, muss ich sagen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansteigende Identität nach der Ausbildung, weil man dann die Verantwortung hat 2. In der Ausbildung lief man mit 3. Verantwortung nach dem Examen war positive Herausforderung
<p>Fr. C: Ja, auf mich trifft das voll zu. [<i>ansteigende Kurve nach dem Examen</i>]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nach Examen ansteigende Identität
<p>Fr. E: Ich sage auch immer für mich, man wächst an seinen Aufgaben. Ich habe für mich, in den eineinhalb Jahren, die ich in Z. gearbeitet habe, die Erfahrung machen dürfen, dass ich so nach einem Jahr, dreiviertel Jahr ungefähr, musste ich dann oder wurde ich gebeten, die kommissarische Leitung der Station zu machen, obwohl ältere Kolleginnen da waren, weil die Stationsleitung krankheitsbedingt ausfiel, und das Bauchpinselt einen natürlich, es fordert einen, hat mir auch Spaß gemacht und in der Z., da waren wir nur mit zwei Kolleginnen, wir haben also unsere Regie da alleine geführt, man war da auch entsprechend gefordert, und wir konnten mit der Terminierung und so alles selbstständig machen, das fand ich auch klasse. Und jetzt so in meiner Situation nach der Weiterbildung, die ich gemacht habe, ich habe da noch so Aufgaben wie [<i>Text würde eine Identifizierung der Person ermöglichen</i>]. Anfangs da schmeißt man sich voll rein, das ist auch toll, fordert einen auch, macht mir auch heute noch Spaß, aber da es jetzt schon über Jahre eine gewisse Routine ist, denke ich auch schon mal „nicht schon wieder“ (<i>lacht</i>).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persönliche Entwicklung durch steigende Anforderungen 2. Selbstständigkeit ist positiv 3. Nach der Weiterbildung starkes Engagement, jetzt manchmal keine Lust 4. Anfangs ist man gefordert, dann wird es zur Routine
<p>Fr. H: Ich habe gerade noch überlegt, dass ich glaube, die Identifikation steigt auch dann, wenn man sich in dem Team wohlfühlt, wenn man eine gute Teamarbeit hat. Also wenn</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikation steigt durch wohlfühlen im Team

Markierung inhaltstragender Textteile (Schritt 1)	Paraphrasen (Schritt 2)
ich irgendwo hinkomme, wo ich sage mal, mehr Leute sind, die eine miese Arbeitseinstellung haben und das auch ständig kundtun, da identifiziere ich mich lange nicht so stark mit, wie wenn ich in einem Team bin, wo man ein gutes Wir-Gefühl hat (<i>beifälliges Nicken der anderen Teilnehmerinnen</i>).	2. Negative Arbeitseinstellung im Team führt zu geringerer Identifikation als positive Arbeitseinstellung
<p>Fr. C Ja, ich denke einfach, die Prioritäten verschieben sich. In der Zeit am Anfang, da war ich alleinstehend, da hatte ich auch sonst keine Hobbys, auf gut deutsch. Da kann man sich natürlich auch ganz anders einbringen, ich habe immer Vollzeit gearbeitet, ich habe nie Teilzeit gearbeitet. Das war eigentlich nie ein Thema. Ich hatte auch immer Zeit, bin zum Teil auch morgens hin und abends hin, wenn dann einer ausgefallen ist, das war überhaupt kein Thema. Ja, aber mittlerweile habe ich zwei Kinder, da muss ich auch irgendwo mal eine Grenze ziehen, da geht das auch ganz einfach nicht. Da denke ich auch, okay, lass mal bitteschön die anderen, ich habe auch noch andere Bereiche wo ich mittlerweile ein bisschen mehr mich drum kümmern muss. Das heißt aber jetzt nicht, dass ich auf der Arbeit mich nicht engagiere oder mich nicht integriert fühle, um Gottes Willen, ja. Aber wir haben auch viele Teilzeitkräfte, die Tendenz ist momentan steigend, ... [weiterer Text]</p>	<p>1. Mit Familie und Kindern hat verschieben sich die Prioritäten</p> <p>2. Ohne Familie und Kinder mehr eingebracht, öfter eingesprungen</p>

Tab. 11: Generalisierung und erste Reduktion

Paraphrasen (Schritt 2)	Generalisierung und erste Reduktion (Schritt 3 und 4)
Fr. B	
1. Ansteigende Identität nach der Ausbildung, weil man dann die Verantwortung hat	1. Nach Ausbildung ansteigende Identität durch Übernahme von Verantwortung
2. In der Ausbildung lief man mit	2. In der Ausbildung keine Verantwortung
3. Verantwortung nach dem Examen war positive Herausforderung	3. Verantwortung nach Examen positiv
Fr. C	
1. Nach Examen ansteigende Identität	Nach Ausbildung ansteigende Identität
Fr. E	
1. Persönliche Entwicklung durch steigende Anforderungen	1. Persönliche Entwicklung durch steigende Anforderungen
2. Selbstständigkeit ist positiv	2. Selbstständigkeit ist positiv
3. Nach Weiterbildung starkes Engagement, jetzt manchmal keine Lust	3. Starkes Engagement nach Weiterbildung, sinkt mit Routine wieder

Paraphrasen (Schritt 2)	Generalisierung und erste Reduktion (Schritt 3 und 4)
4. Anfangs ist man gefordert, dann wird es zur Routine	
Fr. C	
1. Mit Familie und Kindern verschieben sich die Prioritäten	1. Ohne Familie und Kinder höheres Engagement
2. Ohne Familie und Kinder ich mehr eingebracht, öfter eingesprungen	
Fr. H	
1. Identifikation steigt durch wohlfühlen im Team	1. Identifikation steigt durch gute Arbeitsatmosphäre im Team
2. Negative Arbeitseinstellung im Team führt zu geringerer Identifikation als positive Arbeitseinstellung	Positive Arbeitseinstellung im Team führt zu höherer Identifikation

Tab. 12: Zweite Reduktion und Bündelung der Aussagen

Generalisierung und erste Reduktion durch Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (Schritt 3 und 4)	Zweite Reduktion und Bündelung der Aussagen (Schritt 5 und 6)
Fr. B	<p><i>Aussage 1:</i> Steigende Verantwortung und Selbständigkeit nach dem Examen steigern berufliche Identität.</p> <p><i>Aussage 2:</i> Übernahme von Verantwortung und Selbständigkeit nach dem Examen sind positiv.</p> <p><i>Aussage 3:</i> Hohes Engagement nach Weiterbildung sinkt mit der Routine wieder.</p> <p><i>Aussage 4:</i> Engagement lässt durch Familie und Kinder nach.</p> <p><i>Aussage 5:</i> Positive Arbeitsatmosphäre fördert Identifikation.</p>
1. Nach Ausbildung ansteigende Identität durch Übernahme von Verantwortung	
2. In der Ausbildung keine Verantwortung	
3. Verantwortung nach dem Examen positiv	
Fr. E	
Nach Ausbildung ansteigende Identität	
1. Persönliche Entwicklung durch steigende Anforderungen	
2. Selbständigkeit ist positiv	
3. Starkes Engagement nach Weiterbildung, sinkt danach wieder	
Fr. C	
Ohne Familie und Kinder höheres Engagement	
Fr. H	
Identifikation steigt durch Identifikation steigt durch gute Arbeitsatmosphäre	
Positive Arbeitseinstellung im Team führt zu höherer Identifikation	

Berufsbildung, Arbeit und Innovation

Dissertationen/Habilitationen

Pflegenotstand in Deutschland -
eine Frage beruflicher Identität?

Berufliche Kompetenz - berufliche Identität - berufliches Engagement. Diese drei Faktoren sind entscheidend für eine hohe Pflegequalität und ein langjähriges, zufriedenes Verbleiben in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die international angelegte Arbeit untersucht anhand umfangreicher Befragungen von Auszubildenden, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Schweizer Pflegestudierenden die positiven und negativen Einflussfaktoren auf die berufliche Identitätsentwicklung. Ergänzt und verglichen werden die Ergebnisse mit Befunden aus dem dualen Ausbildungssystem.

Renate Fischer liefert mit ihrer Arbeit neue Ansatzpunkte zur Bewerberauswahl und zur Gestaltung einer kompetenz- und identitätsfördernden Pflegebildung.

Renate Fischer

ist Lehrerin an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Katholischen Klinikum Koblenz/Montabaur und nebenberuflich in der Fortbildung für Lehrer im Gesundheitswesen tätig.



ISBN 978-3-7639-5231-1

