

Gudrun Piechotta

Von der „Schwesternschülerin“ zur Studentin Bildungs- und Berufserfahrungen und neue Perspektiven in der Pflege

Zusammenfassung

Auch in der Bundesrepublik Deutschland beginnt sich seit einigen Jahren die Pflege zu akademisieren. Anhand der bildungs- und berufsbiographischen Verläufe und den Erfahrungen von ausgebildeten Pflegenden, die als erste Studiengeneration an der Universität Bremen mit einem pflegewissenschaftlichen Lehramtsstudiengang beginnen konnten, beleuchtet der Artikel die (bisherige) Arbeits- und Bildungssituation im Pflegesektor. Dabei wird deutlich, daß die Sonderstellung der Pflegeausbildungen und der pflegespezifischen Fort- und Weiterbildungen mit eklatanten strukturellen, inhaltlichen, sozialen und nicht zuletzt mit berufsbiographischen Nachteilen verbunden sind.

Abstract

For a few years now, nursing in the Federal Republic of Germany is turning into a graduate profession. This article illuminates the previous situation of work and education in the nursing sector, taking account of educational and professional biographic processes and experiences of trained nurses at the University of Bremen. These students are the first cohort at the University which started the study programme of teaching profession for nursing science. It comes into the picture then that the special status of nursing education and the specifics of nursing in further education and training entails striking disadvantages in structure, content and social aspects, especially professional biographic aspects.

1. Problemaufriß

Aufgrund der fehlenden Verankerung im Berufsbildungsgesetz (BBiG) gelten für die weiblich dominierten Pflegeberufe¹ eine Vielzahl von Sonderregelungen. So muß der theoretische Unterricht nicht von universitär ausgebildeten Lehrern und Lehrerinnen, sondern kann von weitergebildeten Pflegenden und universitär ausgebildeten Fremddozenten/-innen durchgeführt werden. Die Lehrkräfte für den praktischen Ausbildungsteil müssen – im Gegensatz zu den Bestimmungen in der dualen Berufsausbildung – keine ausgebildeten Fachkräfte mit vorgeschriebener arbeitspädagogischer Zusatzqualifikation sein (Becker/Meifort

1994, S. 30; vgl. auch Brenner 1992). Ferner fehlt den Pflegeausbildungen ein Berufsbild, auf dessen Grundlage Grob- und Feinlernziele expliziert werden könnten; mit einem erfolgreichen Ausbildungsabschluß wäre damit die berufsspezifische Qualifikation belegt (vgl. Becker/Meifort 1994, S. 43)².

Im Bereich der Altenpflegeausbildung ist diese Situation eklatant, weil hier bislang die Ausbildungsdauer nicht einheitlich geregelt ist, die Zulassungsvoraussetzungen (Mindestalter, schulische Voraussetzungen) von Bundesland zu Bundesland differieren, selbst die Berufsbezeichnung uneinheitlich ist, über Lehrinhalte und Ausbildungsziele nur ein minimaler Konsens besteht und viele Ausbildungseinrichtungen sogar ein Schulgeld von den Auszubildenden verlangen (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1985; Braun 1992; Meifort 1993; Becker/Meifort 1994; Hammer 1994; Meifort 1998)³.

Darüber hinaus sind die Pflegeausbildungen im Sinne des „ganzen Hauses“ (Brunner 1966) gestaltet. Das bedeutet, daß die praktischen und theoretischen Ausbildungsanteile unter „einem Dach“ stattfinden: externe Kontakte und Diskussionsforen, wie sie z.B. durch den Besuch einer Berufsschule, durch die Einsätze in anderen Pflegeeinrichtungen bzw. durch den Austausch mit Auszubildenden und Personal anderer (Pflege-)Berufe gewährleistet wären, sind nicht vorgesehen. Folglich bleibt das Nachdenken über Pflege auf das „Haus“ beschränkt, die eigene Ausbildung und Arbeit, der Pflegeberuf als solcher können wenig hinterfragt werden und die Reflexion über die Rolle von „Pflege“ in der Gesellschaft wird nicht gefördert. Da das Krankenhaus zugleich Ausbildungsträger und Arbeitgeber von Auszubildenden und Lehrenden ist und die Schule keine unabhängige staatliche Institution, befinden sich die Auszubildenden in einem ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnis. Oftmals wird ihr Einsatz im Praxisbereich nicht unter Ausbildungskriterien geplant; vielmehr werden sie auf dem Stellenplan angerechnet und sollen die Versorgung der Patienten/Bewohner auf einer Station oder in einem Wohnbereich gewährleisten (vgl. Bischoff 1993).

Eine ähnliche Situation findet sich im Fort- und Weiterbildungsbereich. Hier führt vielfach der Bedarf von Arbeitgebern und Ausbildungsträgern an schnell qualifizierten Arbeitskräften zu einer unzureichenden Qualität des Angebots. Es fehlt an überschaubaren, einheitlichen und berufsübergreifenden Maßnahmen und staatlichen Prüfungen, die eine systematische Wissensvermittlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Status- und Einkommensveränderungen garantieren. Statt dessen, so Becker/Meifort (1994), werden Weiterbildungen darauf reduziert, die Defizite einer fehlenden kohärenten Ausbildungsstruktur annähernd auszugleichen und die „Reparaturaufgaben im System der Berufsausbildung“ zu übernehmen (Becker/Meifort 1994, S. 20; vgl. auch Wanner 1987; Ertl-Schmuck 1990; Robert Bosch Stiftung 1992, 1993; Lohr 1995; Wittneben 1995).

Seit Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre verändert sich nun die Bildungslandschaft⁴. Es entstehen pflegespezifische Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen – einer davon ist das pflegewissenschaftliche Lehramtsstudium in Bremen⁵. Somit ist es ausgebildeten Pflegenden, Pflegeerfahrenen und -interessierten seit einigen Jahren möglich, sich im Rahmen eines Studiums für unterschiedliche Arbeitsbereiche (z.B. Management oder Lehramt) zu qualifizieren und nach dem Abschluß – mit höherer Qualifikation und neuem Status – erneut im Pflegebereich tätig zu sein. Inwieweit sich die Qualität der Pflege im

allgemeinen und die Qualität des pflegerischen Bildungssektors im besonderen dadurch verändern wird, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

Die an der Universität Bremen durchgeführte Befragung konnte jedoch den Fragen nachgehen, welche Auswirkungen und Probleme die (bisherigen) Bildungssonderwege für die Pflegeausbildungen und -berufe offerieren und wie sich auf diesem Hintergrund bildungsbiographische Wünsche und berufsbezogene Motivationen für ein pflegewissenschaftliches Studium bei der einzelnen bzw. dem einzelnen Pflegenden entwickeln.

2. Der Modellversuch „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen

Die Universität Bremen hat im WS 1993/94 erstmals Bewerberinnen und Bewerber für das Kontaktstudium „Propädeutikum Pflegewissenschaft“ aufgenommen. Damit wurde der offizielle Lehrbetrieb für den Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ eröffnet, der als Modellversuch von 1992-1999 wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird (Krüger u.a. 1993; Piechotta/Remmers 1995).

Die Aufnahme zum Kontaktstudium ist nicht an die allgemeine Hochschulreife gebunden, vielmehr müssen die Bewerber/-innen folgende Zulassungsbedingungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege;
- eine mindestens dreijährige berufliche Praxis;
- eine nachgewiesene Teilnahme an berufsadäquaten Fortbildungen (mindestens 16 Stunden) oder
- eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege;
- eine Weiterbildung zur Unterrichtsschwester/zum Unterrichtspfleger⁶ oder eine Weiterbildung mit dem Ziel, eine Leitungs- oder Funktionsstelle (in der Pflegedienstleitung, Stationsleitung, im Anästhesie-Intensivbereich etc.) zu besetzen.

Der erfolgreiche Abschluß des Propädeutikums berechtigt zur sofortigen Aufnahme des ordentlichen Studiums „Lehramt Pflegewissenschaft“, das sich über acht Semester und ein Examenssemester erstreckt. Es ist Teil der Lehrer-/Lehrerinnenausbildung für Schulen des Berufsbildungsbereichs und entspricht der Rahmenvereinbarung der Kultusminister-Konferenz (KMK) von 1995, die Pflege als 16. berufliche Fachrichtung der universitären Lehramtsstudiengänge in ihren Katalog aufgenommen hat. Das Studium schließt mit dem 1. Staatsexamen ab; ein Referendariat für den Unterricht an öffentlichen Schulen und Pflegeschulen⁷ kann folgen. Nach dem 1. Staatsexamen besteht ferner die Möglichkeit, ein Diplom „Berufspädagogik“ zu erwerben⁸. Der erfolgreiche Studienabschluß berechtigt außerdem zu weiteren akademischen Qualifikationen wie Promotion und Habilitation.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde etwa drei Monate nach Beginn des Kontaktstudiums eine empirische Erhebung über die Bildungs- und Berufswege der ersten Propädeutikumsteilnehmerinnen und -teilnehmer durchgeführt (Krüger u.a. 1993, S. 44ff.).

3. Anlage der Erhebung

3.1 Die Samplezusammensetzung

Für die Teilnahme am Propädeutikum wurden 45 Bewerber/-innen per Losverfahren ausgewählt.⁹ Von diesen haben schließlich 41 an der Befragung teilgenommen. Alle hatten, den o.g. Zugangsvoraussetzungen entsprechend, eine Ausbildung in der Alten-, Kinderkranken- oder Krankenpflege abgeschlossen und sich in diesem Arbeitsfeld fort- bzw. weitergebildet. Sie verfügten über mehrjährige Berufserfahrungen.

Da sich relativ wenig Personen mit einer Kinderkrankenpflegeausbildung bzw. mit einem Altenpflegeexamen bewarben, konnte die Absicht, jeweils ein Drittel der Befragten aus einer der drei Pflegeausbildungen zu rekrutieren, nicht realisiert werden. Aus den Ausbildungsbereichen „Altenpflege“ und „Kinderkrankenpflege“ waren zudem ausschließlich Bewerbungen von Frauen eingegangen. Dementsprechend sind bei der durchgeführten Befragung Altenpflegerinnen (n=5) und Kinderkrankenschwestern (n=10) im Vergleich zu der Zahl der Interviewpartnerinnen und -partner aus der Krankenpflege (18 Krankenschwestern, 8 Krankenpfleger) unterrepräsentiert.

Das Sample zeichnet eine hohe soziale Heterogenität (Alter, Familienstand, Kinderanzahl) aus. Unter lebens-, bildungs- und berufsbiographischen Gesichtspunkten war somit die Chance gegeben, eine große Bandbreite von Erfahrungen, Erwartungen und Verarbeitungsmustern einzufangen. Im statistischen Sinne sind die Ergebnisse selbstverständlich nicht repräsentativ, aber das Sample dürfte den bildungsmotivierten und aufstiegswilligen Personenkreis in der Pflege gut abbilden.

3.2 Durchführung und Methode

Als Erhebungsmethode wurde das problemzentrierte Interview gewählt, weil es im Zusammenhang mit einer sozialisationsrelevanten Fragestellung entwickelt wurde und sich inzwischen auch in der Lebenslaufforschung bei der Rekonstruktion von lebensbiographischen Weichenstellungen und Entscheidungen bewährt hat (Witzel 1982; Born u.a. 1996; Erzberger 1998).

Die in den Bewerbungsformularen aufgeführten und quantitativ erfaßten Sozial-, Bildungs- und Berufsdaten wurden bereits vor den Interviews in Form eines Diagramms visualisiert¹⁰. Den Schwerpunkt der Untersuchung bildete die qualitative Befragung der Propädeutikumsteilnehmerinnen und -teilnehmer¹¹. Die Einzelinterviews dienten der Rekonstruktion der Sinn-, Handlungs- und Er-

fahrungszusammenhänge, die für die Berufsfindung, die Bewertung von Ausbildung und beruflichem Alltag sowie für Fachkompetenz eine Rolle spielten. Im Gegensatz zu einer standardisierten Untersuchung besteht damit die Möglichkeit, reflexives Datenmaterial zu erheben; widersprüchliche Aussagen, Ambivalenzen und Uneindeutigkeiten der befragten Subjekte sind ausdrücklich zugelassen, um „Aufschluß (...) über verwickelte Details von Phänomenen“ zu erhalten (Strauss/Corbin 1996, S. 5).

Der Leitfaden implizierte kein festes Frageschema oder eine Fixierung des Befragungsablaufs, sondern sollte im wesentlichen „das Hintergrundwissen des Forschers/Interviewers thematisch organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen“ (Witzel 1982, S. 90). Die Gesprächsführung blieb den Teilnehmern/-innen überlassen, und es gab genügend Raum für Erzählsequenzen. Die 1,5 bis 2,5 Stunden dauernden Interviews wurden von Mitte Januar bis Mitte Februar 1994 durchgeführt.

4. Berufsbiographische Bausteine: Mit einer Pflegeausbildung an die Universität

Im folgenden werden die Ausführungen der 41 Befragten über ihre berufsbezogenen Bildungsprozesse und -strukturen dargestellt; abschließend werden die Motive zur Aufnahme des pflegewissenschaftlichen Lehramtsstudiums skizziert.

4.1 Bildungserfahrungen I: Theorie und Praxis in der Berufsausbildung

In der retrospektiven Sicht wird die Pflegeausbildung von den meisten Interviewpartnerinnen und -partnern kritisch beurteilt, wobei z.T. gruppenspezifische Begründungen aufgeführt werden. Der *theoretische Teil* der Ausbildung wird zunächst einmal dahingehend kritisiert, daß die Gewichtung der verschiedenen Unterrichtsfächer nicht den Anforderungen im Pflegealltag gerecht werde. Die meisten der Gesprächspartnerinnen aus der Altenpflege bemängeln, daß sie nicht genügend medizinisches Wissen vermittelt bekamen. So sei es oft nicht möglich, die wachsende Anzahl von chronisch kranken oder schwerstkranken Patienten sachgerecht zu versorgen: „*Wir haben immer mehr wirklich schwere Krebskranke heute in den Pflegeheimen usw., so daß man doch eine Menge auch Medizinisches mehr wissen müßte*“ (API, 39, 254-258).

Im Gegensatz hierzu stört viele der interviewten Krankenschwestern/-pfleger und Kinderkrankenschwestern, daß ein großer Teil der Ausbildung primär aus der Vermittlung von medizinischem Grundwissen (z.B. Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre) bestehe. Diese Überfrachtung der Kranken- oder Kinderkrankenpflegeausbildung mit medizinischen Fächern entspreche nicht den Anforderungen der Pflegepraxis. Dabei wird in den jeweiligen Ausführungen nicht der

Erwerb medizinischen Wissens als notwendige Bedingung für eine hinreichende Pflegetätigkeit in Frage gestellt, vielmehr wird die fehlende Vermittlung von psychologischen, soziologischen und kommunikationstheoretischen Erkenntnissen beklagt, die gerade für einen adäquaten Umgang mit den Patienten/-innen unverzichtbar seien. Ohne den Erwerb von Fähigkeiten bei der Gesprächsführung, theoretischen Kenntnissen über Interaktionsstrukturen auf der Station, Wissen über die psychosozialen Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen (z.B. Stigmatisierungsprozesse, Rollenveränderungen bzw. Veränderungen der Ich-Identität) wird nur ein funktionalistisches, Routineabläufe sicherndes Regelwerk erlernt: „Also, so zu lernen, in welcher Reihenfolge ein Patient gewaschen werden muß“ (KS, 44, 1191-1194). Darüberhinaus wird mit der Unterrichtung der medizinischen Inhalte zumeist eine Sicht der Pflege als ärztlichem Assistenzberuf vermittelt und die „Schieflage“ bei der Gewichtung der Unterrichtsfächer führt zu einer quantitativen und qualitativen Marginalisierung des Pflegeunterrichts. In vergleichsweise wenigen Unterrichtsstunden werden überwiegend funktionelle pflegerische Grundkenntnisse gelehrt; dementsprechend bleibt in Erinnerung, daß es „neben Staatsbürgerkunde so in der Ausbildung auch dieses Pipifax Krankenpflege (gab)“ (KS, 44 1188-1190).

Weitere Unzulänglichkeiten werden im Zusammenhang mit der Unterrichtsweise bzw. Didaktik geschildert. Die Mehrzahl der Gesprächsteilnehmer und -teilnehmerinnen mit einer Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung, erhielten einen Frontalunterricht, der ihnen nur eine passive Rezeption der dargebotenen Inhalte erlaubte. Statt des Erarbeitens problemdifferenzierter Sichtweisen wurde Auswendiglernen bzw. die bloße Wiedergabe des reglementierten, vorgegebenen Wissens und das unreflektierte Lernen von normativen Lerninhalten gefordert.

Dies hängt auch damit zusammen, daß (bislang) ein erheblicher Teil des Unterrichts durch Fremddozenten und -dozentinnen abgedeckt werden muß, da viele Fächer nur von akademisch ausgebildeten Personen gelehrt werden dürfen. Diese Lehrkräfte haben zwar Medizin, Psychologie, Soziologie, Pharmakologie etc. studiert, doch ihnen fehlen pädagogisch-didaktische Kenntnisse und aus dieser „Not heraus“ lehren sie so, wie es ihnen im eigenen Studium oftmals vorgeführt wurde: im Vorlesungsstil. Dies impliziert: kein flexibles Unterrichten, keine Orientierung an alternativen Unterrichtsformen, keine interessante und stimulierende Zusammenstellung von Lernmethoden und keine Abstimmung auf die Intentionen und Lernvoraussetzungen der Lernenden. Da die Dozenten/-innen außerdem keine oder nur wenige Einblicke in den Pflegeberuf und seine spezifischen Aufgaben haben, fehlt es oftmals an pflegerelevanten inhaltlichen Bezügen. Der häufige personelle Wechsel verhindert einen systematischen Aufbau von Wissen und Lernprozessen bei den Auszubildenden. Viele Dozenten/-innen sind demotiviert, stehen aufgrund zahlreicher anderer Verpflichtungen unter Zeitdruck und erzeugen eine hektische Unterrichtsatmosphäre; häufig fällt der Unterricht sogar aus:

„Und die Ärzte oder Ärztinnen in der Klinik, die die Fächer unterrichten ... die sind vom Chef verdonnert, Unterricht zu machen. Kommen aus dem OP rangejagt und haben keine Zeit und keine Lust und werden schlecht bezahlt. Und das ist ein unmöglicher Zustand“ (KS, 23, 1178-1188).

Im Gegensatz zu den Kranken- und Kinderkrankenschwestern beurteilen die Altenpflegerinnen ihren Unterricht und die Lehrenden wesentlich positiver. Sie fühlten sich weniger als „Schülerinnen“¹², sondern eher als lernende, lebenserfahrene Erwachsene wahrgenommen. Der Unterricht beruhte denn auch eher auf einem dialogischen Prinzip, das jederzeit Fragen und das Einbringen persönlicher Interessen erlaubt. Konträr zu dem direktiv geregelten Ausbildungswesen in der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung scheint der Unterricht in der Altenpflegeausbildung eher kooperative Umgangsformen zwischen Lernenden und Lehrenden zu beinhalten. Im Vergleich zu den Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pflegern weisen die zukünftigen Altenpflegerinnen eine umfangreiche Lebenserfahrung auf und/oder sie haben bereits einen berufsbiographischen Hintergrund. Dies zwingt wiederum die Unterrichtenden, sich stärker an den Erfahrungsbezügen der Lernenden zu orientieren und eine Verknüpfung der Lerninhalte mit den unmittelbaren Problemen und Bedürfnissen des Arbeitsalltags vorzunehmen. Nicht unerheblich dürfte sein, daß das Lehrpersonal in der Altenpflege mehrzählig über pädagogische und sozialpädagogische Kompetenzen verfügt. Das heißt auch, daß im Vergleich zur Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung weniger Ärzte/Ärztinnen Unterrichtsfächer- und stunden anbieten.

Unabhängig von der Art der Erstausbildung und unabhängig vom Qualifikationsprofil des Lehrpersonals vermissen die meisten der Gesprächsteilnehmer/-innen inhaltliche und konzeptionelle Absprachen zwischen den Lehrenden (das heißt unter den Honorarkräften und zwischen Honorarkräften und hauptberuflich tätigen Lehrenden), so daß für sie als Auszubildende keine Bezüge zwischen den einzelnen Lehrgebieten ersichtlich werden. Im Kern äußern die befragten Pflegenden Wünsche nach einem problemzentrierten Lernen, bei dem in bezug auf einen Gegenstand – im folgenden Beispiel geht es um Diabetes mellitus – Erkenntnisse der Einzeldisziplinen gebündelt und integrativ umgesetzt werden:

„Wenn es denn in Krankheitslehre um Diabetes geht, dann müßte theoretisch auch die Arzneimittellehre daran anknüpfen und die Ernährungslehre, daß man so ein komplettes Bild hat, nicht? Also, diese Absprachen funktionierten überhaupt nicht, so daß man ... im ersten halben Jahr vielleicht da was von gehört hat und im nächsten halben Jahr da was und ein Jahr später wieder im nächsten Fach etwas darüber, so daß also wirklich so ein komplettes Bild über eine Geschichte sich erst ganz spät ergab, wenn überhaupt“ (API, 39, 816-832).

Wesentlich problematischer als fehlende inhaltliche Bezüge zwischen den theoretischen Fachinhalten ist die *Unverbundenheit zwischen Theorie und Praxis*. Die praktische Arbeit auf der Station ist nicht auf den jeweiligen Wissensstand abgestimmt bzw. ergänzt nicht die erworbenen theoretischen Kenntnisse. So wird z.B. die praktische Fähigkeit, Blutdruck zu messen, zu Beginn der Ausbildung im Krankenhaus erworben, während das Thema „Blutdruckmessung“ erst nach einem Jahr behandelt wird.

„... das traf nicht mit dem, was uns dort beigebracht wurde, zusammen. Also, was weiß ich, ich hab ... im 1. Kurs ... Blutdruck gemessen auf der Station und hab's im 3. Kurs in der Schule gelernt, also wie man's macht. Da gab's überhaupt keine Absprache und das traf überhaupt nicht zusammen“ (KIKS, 22, 334-343).

Dieser Mißstand wird oftmals weder vom Schul- noch vom Stationspersonal erkannt bzw. wegen der bestehenden Konkurrenz und der (gegenseitigen) Resentiments zwischen den Unterrichtskräften und den Pflegenden im Krankenhaus bzw. Altenheim eher verschärft¹³. Wenn es zu Absprachen kommt, dienen diese häufig dazu, die jeweiligen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten noch strikter zu trennen:

„Also wir hatten so praktische Anleitungen nur von den Stationen, nicht von den Unterrichtskräften. Also in meiner Ausbildung war das strikt getrennt, mit einer rein theoretischen Seite und einer rein praktischen Seite ...“ (KP, 42, 106-112).

Kontinuierlich sitzen die Auszubildenden somit zwischen zwei Stühlen. Sie müssen die Unterschiede bzw. Widersprüche zwischen der Theorie und der alltäglichen Pflegepraxis auf der Station allein ausbalancieren. Zusätzlich kommt hinzu, daß sie aus den Reihen der „Pragmatiker“ (pflegerisches und ärztliches Personal auf den Stationen) häufig mit dem Argument „der Pflegeberuf ist schließlich ein praktischer Beruf“ konfrontiert werden und auf diese Weise immer wieder vermittelt bekommen, daß theoretisches Wissen für die Praxis nicht viel bringe; es wird als zweitrangig, optional oder überflüssig erachtet.

Vielfach besteht auf der Station nur ein utilitaristisches Interesse an den Auszubildenden:

„Man pauschaliert das ja gern immer und sagt, die Leute werden halt nutzbar gemacht für die Praxis. Aber es ist tatsächlich ein bißchen so gewesen meines Erachtens. Daß also die Schüler das und das können müssen, um dann auch auf der Station nicht dumm rumzustehen, um auch schon ein bißchen eingesetzt werden zu können“ (KP, 24, 259-271).

Auch der *praktische Teil* der Ausbildung einschließlich der *Theorie-Praxis-Verknüpfung* ist aus der Sicht der meisten Interviewten unzulänglich und frustrierend. In der Berufspraxis zähle primär die Fähigkeit, Arbeitsvorgänge schnell durch Nachahmung zu erlernen, auch wenn man die Zusammenhänge (noch) nicht versteht („*Das hab ich mir auf Station angeeignet, also ich hab mir das zeigen lassen, wie es geht, aber wußte eigentlich viel zu wenig darüber*“ (KIKS, 22, 349-352)). Vor allem wird den Auszubildenden im Stationsalltag der Status einer „Schülerin“ bzw. eines „Schülers“ mit all seinen Implikationen nicht zugestanden¹⁴. Der praktische Einsatz wird erst gar nicht als Ausbildungsabschnitt und Lernprozeß betrachtet und die Umsetzung theoretischen Wissens unter Anleitung von vornherein unterbunden. Das theoriegeleitete Pflegen wird mit dem Hinweis auf geringe Praktikabilität, hohen Zeitaufwand und akute Arbeitsüberlastung oder durch Verweis auf die Faktizität der Verhältnisse entwertet bzw. abgewehrt:

„Wenn man theoretisch arbeiten will, schafft man vielleicht dann die Hälfte der Patienten, die eigentlich zu versorgen sind. Also kann man dieses theoretische Wissen, was einem vermittelt wurde, meist gar nicht anwenden“ (API, 2, 105-113).

Hinzu kommt das Auseinanderklaffen zwischen den im Unterricht vermittelten Kenntnissen und dem gängigen Handeln auf der Station. Insbesondere jüngere Befragte berichten, daß neuere Erkenntnisse zwar immer wieder von den Lehrkräften thematisiert und in den Unterrichtsstoff integriert werden, aber nicht im Pflegealltag umgesetzt werden können, weil sie dort noch nicht ange-

wendet, als nicht sinnvoll abgelehnt oder schlichtweg als mögliche Neuerung von vornherein boykottiert werden:

„An eine Sache kann ich mich sogar noch gut erinnern, und zwar hatte unsere Unterrichtsschwester uns also das Katheterisieren mit Schlitztuch beigebracht, nicht. Und dann sind wir auf die Station und wir haben natürlich gefragt, wo ist denn das Schlitztuch, und da dachten die natürlich, jetzt geht's los. Da hat keiner mit Schlitztuch gearbeitet!“ (KS, 40, 172-182).

„Also ich fühlte mich in der Grundausbildung eher gehemmt als gefördert. Da wir gutes Wissen vermittelt bekommen haben und in der Praxis dann eher die Erfahrung gemacht haben, daß man uns sehr viele Hemmschwellen in den Weg legt“ (KP, 42, 198-205).

Die Unverbundenheit zwischen den theoretischen und praktischen Lernanteilen hat eine Reihe von negativen Auswirkungen:

- der theoretische Unterricht hat zu wenig Bezüge zur Lebens- und Arbeitswelt „Station“, erarbeitete Einsichten und erworbene Kenntnisse können nicht umgesetzt werden;
- die praktische Arbeit auf der Station wird nicht systematisch reflektiert;
- Pflegetätigkeiten werden durch Üben gelernt, ohne daß ihr Sinn hinreichend transparent gemacht wird;
- eine aktive Auseinandersetzung mit den Lerninhalten wird von vornherein unterbunden, weil das „Warum“ und das „Wie“ des pflegerischen Alltags festgelegt bzw. strikt routinisiert ist;
- durch die Unverbundenheit von Theorie und Praxis werden problemadäquate, flexible Lernprozesse nicht gefördert.

Es ist naheliegend, daß die retrospektive *Gesamtbeurteilung* der Ausbildung bei den meisten Interviewpartnerinnen und -partnern ungünstig ausfällt. Es gibt aber auch eine kleine Gruppe von Befragten, die rückblickend mit der Pflegeausbildung zufrieden ist. Ihnen wurde Pflege als interessante Arbeit vermittelt, auf der Station wurden sie als Auszubildende anerkannt und nicht als Arbeits- bzw. Aushilfskraft überfordert, gar „verheizt“. Durch ein umfangreiches Lehrangebot konnten sie eine Reihe von Fachkompetenzen für ihre zukünftige Berufstätigkeit erwerben und darüber Selbstbewußtsein entwickeln. Zumeist werden solche Erfahrungen auf die drei folgenden Konstellationen zurückgeführt:

1. Es gibt (einzelne) sehr engagierte Lehrpersonen, die den Unterricht anregend gestalteten. Auf diese Art und Weise motivieren sie die Auszubildenden thematisch und bieten zugleich ein Modell an:

„Ja, ich hatte ein glühendes Vorbild und ein abschreckendes. Also, die eine Unterrichtsschwester, die uns zum Examen vorbereitet hat, die Psychologie, Soziologie unterrichtet hat, das war mein großes Vorbild. Weil, die kam am ersten Tag mit dem Satz auf den Lippen: ‚Ich bin gut und ich möchte, daß ihr auch gut seid!‘ Und es hat mich damals so beeindruckt, daß jemand mit 'nem derart positiven, optimistischen Zugang auf Menschen zugeht. Das hat sich auch nie verloren, dieses Bild“ (KP, 42, 268-281).

„Ich hab da 'ne Ausbildung ... von 'ner alten Unterrichtsschwester, das war so eine richtige noch so vom alten Schlag, hatte ich immer so das Gefühl ... Die ist jetzt auch pensioniert ... und die hat also das wahnsinnig toll gemacht, so diese Pflege ... die ist dann immer von ihren Sachen abgeschweift und die hat dann uns richtig die Pflege gelernt, so richtig mit Inbrunst hat sie das gemacht, das hat mich wahnsinnig fasziniert, so wie die das gemacht hat!“ (KP, 27, 304-340).

2. Die Ausbildungsstätte weist eine überschaubare Größe auf, die ein persönliches Miteinander fördert:

„Es war eigentlich recht gut. Es ist halt ein kleines Haus gewesen mit 300 Betten, und da kennt man halt jeden, und die Schule kennt jeden von Station und umgekehrt ...“ (KP, 26, 76-80).

3. Es gibt eine theoretisch profunde, Theorie und Praxis verbindende Ausbildung, in der auch die psychosozialen Aufgaben der Pflege ausführlich behandelt werden:

„Ich hab' die Ausbildung sehr genossen, weil die einen sehr hohen Anteil theoretischen Unterricht hatte. Das war eine der ersten Ausbildungen in Niedersachsen, die also so anerkannt worden sind, auch von der Bezirksregierung, mit 'nem geringen Praxisanteil. Wir hatten in diesen zwei Jahren, glaub ich, knapp 20 Wochen praktische Ausbildung, und das ist für so'n Pflegeberuf sehr wenig ... Und wir hatten unheimlich viel theoretisches Wissen vermittelt bekommen mit sehr viel neuen Inhalten und die Ausbildung hat mir sehr viel gebracht. Die fand ich sehr schön ... Also, ich denke mal, der sehr große Rahmen der psychosozialen Betreuung von Menschen, das war ein sehr großer Anteil, und da konnte ich sehr, sehr viel von umsetzen. Also, der hat mir am besten gefallen“ (API, 5, 67-211).

Bis auf die eben erwähnte kleine Gruppe mit ihren zufriedenstellenden Erfahrungen macht sich aber bei fast allen Befragten im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr, spätestens aber nach Abschluß der Ausbildung Ratlosigkeit bzw. eine diffuse, unzufriedene Stimmung breit. Nach den ersten ein bis zwei Ausbildungsjahren, die damit ausgefüllt sind, den neuen und stark beanspruchenden Anforderungen der praktischen Ausbildung gerecht zu werden, verschaffen die ersten Ansätze von Arbeitsroutine emotionale und organisatorische Erleichterung. Somit bietet sich die Gelegenheit, darüber zu reflektieren, ob und inwieweit die früheren beruflichen Erwartungen mit der gegenwärtigen Ausbildungsrealität und den zukünftigen Berufschancen übereinstimmen.

Infolgedessen wird nun festgestellt, daß in der Pflegepraxis primär reproduzierendes statt theoriegeleitetes und an den (psychosozialen) Bedürfnissen der Patienten/-innen orientiertes Handeln verlangt wird, Flexibilität und Innovationsbereitschaft weniger gefragt sind als Anpassung an hierarchische Strukturen und Organisationsroutine. Frustriert muß außerdem konstatiert werden, daß Pflege wegen ihrer marginalen Aufstiegsmöglichkeiten „eine Sackgasse“ (KP, 27, 810) ist, der (bis vor einigen Jahren) ein wichtiger biographischer Baustein, ein weiterführendes Hochschul- und Fachhochschulstudium, fehlt.

4.2 Bildungserfahrungen II: Fort- und Weiterbildungen

Dennoch beschreiben die Gesprächspartnerinnen und –partner Hoffnungen auf berufsbezogene Veränderungen und persönliche Höherqualifizierung. Diese haben sie an die Zeit nach dem bestandenen Examen und an weitere Bildungsmaßnahmen geknüpft. Und tatsächlich verstärkt sich nach der Ausbildung der Wunsch, die eigene Tätigkeit selbständig(er) zu gestalten und, mit einer umfassenden beruflichen Kompetenz ausgestattet, gegebenenfalls zu verändern. Man möchte „... *Pflege aus einem anderen Blickwinkel betrachten (...) können, Pflege neu überdenken (...) können, anders überdenken (...) können*“ (KS, 30, 236-241). Der erhoffte „andere Blickwinkel“ sollte nun durch Fort- und Weiterbildungen erworben werden.

Diese Fortbildungen, hier definiert als pflegerelevante, ansonsten aber nicht weiter spezifizierte Bildungsangebote, die ein breites inhaltliches Spektrum abdecken (die Befragten hatten z.B. Kurse mit Themen wie „Türkisch am Krankenbett“ oder „Kommunikation mit Sterbenden“ besucht), sind durchgängig positiv beurteilt worden: Bei den Veranstaltungen werde Interesse am Lernen und Weiterlernen geweckt. Dem Erfolg der Fortbildungen liegen aus der Sicht der Interviewten zwei zentrale Bedingungen zugrunde:

- Die Teilnehmer/-innen können *freiwillig, interessegeleitet*, das heißt *themenorientiert und zielgerichtet* lernen. Zudem schließen Fortbildungen nicht mit bestimmten Leistungsüberprüfungen (z.B. Zertifikaten oder Zeugnissen) ab; so ist nur in einem geringen Maß externer Leistungsdruck vorhanden.
- Die konzeptuelle Gestaltung und Durchführung der Fortbildungen basiert auf neuen didaktischen Konzepten, die eine aktive Teilnahme fördern und die Dozenten/-innen unterstützen die Auseinandersetzung mit dem bisherigen Stationsalltag, helfen bei der Suche nach Ursachen für Mißstände und Probleme und nach möglichen Lösungen. Diese Art des Unterrichts wird anfänglich als gewöhnungsbedürftig erlebt, dann aber als sehr motivierend empfunden, weil neue Sichtweisen und genuin pflegerische Kompetenzen entwickelt werden können.

Enttäuschende Erfahrungen werden erst bei dem Versuch der Transformation des Erarbeiteten in den Stationsalltag gemacht, denn leider gelingt es zumeist nicht, die neu erworbenen Kenntnisse – auch nicht partiell – im Arbeitsalltag bzw. in der jeweiligen Institution umzusetzen. Wenn z.B. Vorschläge zur strukturellen Veränderung der Stationsabläufe unterbreitet werden, erleben die Kolleginnen und Kollegen dies wiederum oftmals als unerträgliche Kritik an der bisher geübten Praxis und weisen sie zurück. Von den Leitungskräften (Stations-, Pflegedienstleitung, Verwaltung, ärztliche Leitung) werden Veränderungsvorschläge häufig gar nicht erst zur Kenntnis genommen. Das als „rigide“ und „innovationsfeindlich“ wahrgenommene Reagieren im Arbeitsbereich führt dann allerdings wieder genau jenen Zustand von beruflicher Unzufriedenheit, dem Gefühl von Inkompetenz und persönlicher Insuffizienz herbei, der durch die Bildungsmaßnahmen eigentlich aufgehoben werden sollte.

Die Erfahrungen der Gesprächsteilnehmer/-innen mit Weiterbildungen, im folgenden als mehrmonatige bis zweijährige Bildungsmaßnahmen definiert, die eine Erstausbildung in der Pflege voraussetzen und als Qualifikationsnachweise für einen bestimmten Arbeitsbereich (z.B. in der Pflegeschule oder im Anästhesie-Intensiv-Bereich) gelten, ähneln teilweise den positiven Beschreibungen über die Fortbildungen. Doch es werden auch grundlegende Kritiken zu den Konzepten und Strukturen geäußert und die Bewertungen differieren stark je nach *Art* der Weiterbildung.

Der größte Teil der Befragten, die z.B. eine *pädagogisch orientierte Weiterbildung zur Unterrichtsschwester/Lehrerin* absolviert haben, lobt die didaktische Aufbereitung des Unterrichts und die pädagogischen Kompetenzen der Dozenten/-innen. Der anfänglich unvertraute diskursive Unterrichtsstil, der auch eine aktive Beteiligung verlangt und zum ständigen Nachdenken auffordert, motiviert und verstärkt das Erkenntnisinteresse.

Sofern sich der Unterricht auf die Darbietung von Faktenwissen beschränkt, wird der Grund hierfür eher bei den Teilnehmern/-innen gesehen, die unter Bezug auf die Lernerfahrungen während der Pflegeausbildung letztlich einen traditionell orientierten Unterricht verlangen:

„Also, die wollten genauso in dieses Schema zurück, was sie vielleicht auch in der Krankenpflegeausbildung hatten, habe ich immer gedacht. Also, der Block wird aufgeschlagen, es wird irgendwas erzählt, und dann kann man anderthalb Stunden mitschreiben, und dann zu Hause kann man das in die Mappen heften und dann sich irgendwann anschauen, am Tag X, wenn es gelernt werden soll“ (KP, 24, 923-935).

Anderslautend sind die Beschreibungen über die zweijährige *Anästhesie-Intensiv-Weiterbildung*. Diese findet berufsbegleitend und in der Institution, in der man arbeitet, statt; somit sind die Teilnehmer/-innen zugleich Auszubildende und Arbeitskraft. Der Unterricht wird fast ausschließlich vom ärztlichen Lehrpersonal bestritten. Hier werden zwar naturwissenschaftliche, medizinische und medizin-technische Fragen kompetent abgehandelt, aber Erkenntnisse aus anderen Wissensbereichen, z.B. denen der Psychologie oder der Pflegewissenschaft, bleiben unberücksichtigt.

„Also von dieser ganzen Ausbildung [Anästhesie-Intensiv-Weiterbildung; Anm. von G.P.] und von dem Lernen war das eigentlich die Zeit, die mir am wenigstens auch gebracht hat, wo ich gedacht hab, gut, also so pflegerisch ist da gar nichts gelaufen, mit ganz wenigen Ausnahmen von, weiß nicht, vielleicht zehn Stunden in der ganzen Zeit. Das andere waren alles medizinische Themen ... und der praktische Unterricht, der dann wohl vielleicht hätte Pflege beinhalten sollen, der ist halt so gelaufen, daß wir auf der Station gearbeitet haben, aber da ist halt nichts gelaufen, da war kein Unterricht, sondern wir haben da halt mitgearbeitet und da war auch nie jemand, der uns da begleitet hätte oder gesagt hätte ‚das ist gut und das kann man anders machen‘ und ‚so könnte man das auch sehen‘ und ‚diese Alternativen gibt es auch oder so was ...‘“ (KS, 16, 1017-1068).

Im Vorlesungsstil wird pures Faktenwissen vermittelt, das sie auswendiglernen müssen. Lernen bleibt so ein fremdbestimmter Vorgang und problemorientierte Kreativität sowie beruflich-pflegerische Fachkompetenz können nicht entwickelt werden. Hinzu kommt die implizite Forderung seitens des Ausbildungssträgers bzw. Arbeitgebers, die institutionell bestehende Hierarchie zu akzeptieren

und sich entsprechend anzupassen. Als Konsequenz dieser Rahmenbedingungen beschreiben die Befragten, daß ihre anfängliche Motivation für die zweijährige Weiterbildung und eine daran anschließende Tätigkeit im Intensiv-Anästhesie-Bereich größtenteils in Enttäuschung mündet, zudem die Erwartung – mit Hilfe der erfolgreich abgeschlossenen Bildungsmaßnahme – auf der Station ein stärkeres Mitspracherecht und eine größere Arbeitsautonomie zu bekommen, sich nicht erfüllt:

„Also, es war so, daß ich eine Intensivstation geleitet habe ... und dann auch in der Zeit die Weiterbildung gemacht habe. Nachdem ich fertig war, habe ich gesehen, daß ich jetzt fünf Jahre für diesen Beruf gelernt habe und daß mir die Hände gebunden waren ... Und dann habe ich immer wieder gesehen, daß wir, also als Pflegepersonal überhaupt, keine Befugnisse in irgendein, also ... unsere Arbeit wird nicht so anerkannt wie sie müßte und auch, wir haben nicht die Selbstbestimmung, wie wir sie bräuchten für die Auswahl von Personal und, und, und ...“ (KS, 34, 699-722).

Die grundlegende Kritik, die über *alle* pflegespezifischen Weiterbildungen von den Befragten geäußert wird, lautet wie folgt:

- Die Anbindung der berufsbegleitenden Weiterbildungen an die Institution, in der man auch tätig ist, erschwert oder verhindert eine distanziert-kritische Auseinandersetzung mit der Institution und der eigenen beruflichen Rolle und Tätigkeit. Wenn Weiterbildungen in Voll- oder Teilzeit (z.B. Stationsleitungskurs oder Anästhesie-Intensiv-Weiterbildung) angeboten und vom Arbeitgeber finanziert werden, geht damit zumeist eine mehrjährige berufliche Verpflichtung des Arbeitnehmers einher. Dem liege die Absicht zugrunde, daß man zur konformen, leistungsfähigen Arbeitskraft herangebildet werden solle, kommentierte eine der Gesprächsteilnehmerinnen¹⁵.
- Die Weiterbildungen bereiten nicht hinreichend auf die bevorstehenden, neuen Aufgaben in dem neuen Arbeitsbereich vor. Als „Schmalspurausbildung“ (KS, 30, 391) konzipiert, bleiben auch nach der Absolvierung z.B. der Weiterbildung zur Unterrichtsschwester Wissensdefizite und Qualifikationsmängel. Ähnlich ergeht es den Pflegenden, die die Weiterbildungen zur Pflegedienstleitung, für den Geriatrie-Psychiatrie-Bereich, für den Anästhesie-Intensiv-Bereich oder zur Stationsleitung durchlaufen. Allein die Kürze der Weiterbildungsdauer (drei Monate bis zwei Jahre) erschwert die Vermittlung eines fundierten Fachwissens:

„Man muß ja auch sagen, diese Weiterbildungen zum Lehrer für Krankenpflege sind ja sehr, sehr unterschiedlich und ich hab das Glück gehabt, eine zu haben, wo wir recht kritisch mit vielen Themen umgegangen sind. Dafür fehlten halt dann andere Sachen, die ich jetzt vielleicht auch ganz gut gebraucht hätte, aber das ist es eben: sie können halt nicht alles leisten in diesen zwei Jahren“ (KS, 16, 903-914).

„Wir haben das mit unserem Kurs [der Befragte hat mehrere Fort- und Weiterbildungen besucht; hier kommentiert er die Weiterbildung zum Unterrichtspfleger/Lehrer für Pflegeberufe; Anm. von G.P.] durchgesetzt, daß man bestimmte Fächer und Themen wählen konnte ... Es war schon ein bißchen professioneller. Aber letztendlich in anderthalb oder zwei Jahren einfach viel zu kurz, um alles das wirklich aufarbeiten zu können, was angesprochen wurde ... Also es war einfach viel zu schnell das Ganze“ (KP, 10, 443-465).

„Weil, der Punkt ist eigentlich, daß ich denke, daß diese zweijährigen pädagogischen Weiterbildungen für mich nicht ausreichend sind. Ich glaube, daß sie nicht ausreichend sind, um eine so anspruchsvollen Tätigkeit, also theoretische Ausbildung nachher auch praktisch umzusetzen ...“ (KS, 3, 472-482).

- Die Kosten für die Weiterbildungen (z.B. zur Unterrichtsschwester bzw. zum Unterrichtspfleger) sind hoch und können sich auf bis zu 50.000 DM belaufen. Hinzu kommt der Ausfall des monatlichen Einkommens während der Weiterbildungszeit. Diese Kosten werden auch nach der Weiterbildung durch das ein- oder zweistufig höhere Einkommen nicht ausgeglichen:

„Unterrichten, das wär 'ne Sache ... Genau, das hab ich mir auch alles ganz toll ausgedacht ... Dann hab ich, der erste Gedanke war: na ja gut, das muß ja auch finanziert werden, ich denn zum Arbeitsamt gedackelt, ja, dann hat der mir gleich gesagt: ja, wissen Sie was, mit Familie brauchen Sie das gar nicht erst anfangen, das können sie sowieso nicht finanzieren! ... Ich glaube, ich hatte mir das ausgerechnet, da mußte ich dann, glaub ich 30.000 Mark bezahlen, also das war 'ne Sache, die ich einfach nicht finanzieren kann“ (KP, 27, 1168-1203).

„... und dann habe ich überlegt: ja, was kannst du noch machen? Und dann Stationschwester, hatte ich überhaupt keine Lust zu, war also nicht mein Ding ... Dann habe ich überlegt: Unterrichtsschwester ... Und dann habe ich gedacht: nee, das ist es auch nicht. Und dann ist das sehr teuer auch, so 'ne Ausbildung. Ja, und dann habe ich das eigentlich so gelassen ...“ (KS, 45, 207-225).

- Die Weiterbildungen bieten nur begrenzte, weitgehend horizontale Karrierechancen, so daß ihr Nutzen für die eigene Berufs- und Lebensbiographie als gering betrachtet wird:

„Wenn man nicht mal promovieren kann, kann man nicht von Karriere sprechen und wenn man bei der Eingruppierung als Unterrichtspfleger über eine Kr-VIII-Stelle nicht hinauskommt, ist das von Karriere auch arg weg“ (KP, 10, 790-797).

„Ich hab manchmal gedacht, es ist halt schade, daß man, ja daß der Weg so abgeschnitten ist, also daß es überhaupt keine Möglichkeit gibt, ja weiterzukommen oder höherzukommen. Es gibt halt diese Möglichkeit „Ausbildung – Fachweiterbildung“ in verschiedenen Richtungen, aber dann war halt Ende ...“ (KS, 16, 521-530).

- Bei unveränderten hierarchischen Strukturen bleibt die Unterordnung der Pflegenden unter das ärztliche Personal nach wie vor bestehen:

Ein Krankenpfleger, der die kombinierte Weiterbildung von Pflegedienstleitung und Unterrichtspfleger erfolgreich absolviert und danach einige Monate in einem Krankenhaus in leitender Funktion gearbeitet hat, schließt eine weitere Tätigkeit als Pflegedienstleiter aus:

„... das ist es nicht, was mich interessiert, weil, da unterwerf ich mich den gleichen hierarchischen Strukturen, wie ich das früher getan hab. Ich werde immer irgendeinem Arzt die Anweisungen abnehmen, die er mir erteilt, und das will ich nicht“ (KP, 42, 433-439).

- Nur die *pädagogische* Weiterbildung zur/zum Unterrichtsschwester/-pfleger verhilft zu einem Wechsel in einen Bildungs- und Arbeitsbereich, der nicht unmittelbar im Krankenhausbetrieb angesiedelt ist. Ein Stück weit dem Zu-

griff des Arbeitgebers und der Ärzteschaft entzogen, bieten sich mehr Möglichkeiten zur Reflexion des Status quo in der Pflege und zur Entwicklung neuer (pflegerischer) Sichtweisen:

„... parallel dazu war ich als Schulassistentin für vier Monate dann in der Krankenpflegeschule schon. Das gefiel mir sehr gut. Dann, daran schloß sich die Weiterbildung an ..., das war damals noch eine einjährige berufsbegleitende Weiterbildung ... Ja, und dieses Jahr hat mir sehr gut getan insgesamt, so auch privat meinen Horizont erweitert. Ich denke eigentlich, so in jeglicher Beziehung hat mir das Jahr sehr gut getan, Abstand von der Arbeit zu haben, Pflege aus einem anderen Blickwinkel auch betrachten zu können, denke ich, also Pflege neu überdenken zu können und anders überdenken zu können“ (KS, 33, 218-241).

„Und dann habe ich auch diese Unterrichtspflegeausbildung gemacht ... und man versucht dann ja auch mal ein bißchen was umzusetzen ... das war 'ne ganz tolle Sache, und das hat mich immer wieder bestätigt, dann auch weiterzumachen“ (KP, 24, 521-547).

Ganz offensichtlich verschaffte die Weiterbildung hier sowohl Distanz zu den Belastungen in der Pflegepraxis als auch Freiräume zur Umsetzung des theoretischen Wissens. So konnten sich neue, nicht mehr auf Arztassistenten fixierte Denk- und Handlungsweisen herausbilden und es konnte sich eine Fachkompetenz entwickeln, die sich beruflich motivierend auswirkte.

4.3 Erwartungen an das Studium

Nach den vielfältigen, z.T. mehrjährigen Bildungsstationen, die jedoch das Ansehen oder das Einkommen nicht relevant veränderten, sind für alle befragten Propädeutikumteilnehmerinnen und -teilnehmer mit dem Universitätsstudium nunmehr große Erwartungen verknüpft.

- Von der akademischen Ausbildung erhofft man sich, endlich die soziale und berufliche Anerkennung zu bekommen, die bislang nach der Berufsausbildung und nach den Fort- und Weiterbildungen ausgeblieben ist. Außerdem sollen ausreichend (pflege-)wissenschaftliche Kenntnisse erworben werden, die ein eigenes Qualifikations- und Kompetenzprofil und demzufolge eine selbstbestimmte Umgestaltung sowohl der Pflegeausbildung als auch der Pflegepraxis ermöglichen:

„Dieser Studiengang ist ja nun darauf ausgerichtet, daß man irgendwann andere Leute unterrichtet, und da ich selber die Ausbildung sehr kritisch sehe, denke ich, man kann auch nicht immer meckern, sondern man kann eigentlich nur versuchen, es selber besser zu machen. Und ich denk, es gibt 'ne ganze Menge an Ausbildungskonzepten in der Altenpflege zu verändern und daran würde ich gerne mitarbeiten, aber dazu gehört halt auch 'ne, ja 'ne Basis, nicht?“ (API, 39, 571-585).

„Also, für mich ist es natürlich wichtig als Unterrichtsschwester, also Stoff richtig zu vermitteln, so sehe ich das jetzt, ja? Stoff richtig zu vermitteln und vor allen Dingen auch, Impulse zu setzen, und da hab ich, muß ich eben sagen, rein aus meiner eigenen Weiterbildung, Fortbildung, Ausbildung, denke ich, hab ich auch selbst Defizite, die

ich irgendwie mal, na ja, irgendwie vielleicht jetzt durch den Studiengang, daß ich mir die dann aneignen kann, um sie dann wieder weiterzugeben“ (KS, 40,1371-1385).

- Andere sind am Ende der Weiterbildungsleiter angekommen und merken, daß weitere berufliche Karrierechancen fehlen; es machen sich berufliche Enttäuschung und persönliche Unzufriedenheit breit:

„Also für mich war es bisher immer eine relative Sackgasse, denn Karriere hieß, maximal kommt man als Unterrichtspfleger oder Pflegedienstleiter irgendwo an, und das ist eine Karriere, na, die ist für mich nicht vergleichbar, die jemand macht, der ein Hochschulstudium hat“ (KP, 10, 780-790).

„Ich hab gedacht, das ist ja eine Möglichkeit ..., es ist ja eigentlich ziemlich festgefahren, so. Also, die Aufstiegsmöglichkeiten sind festgefahren“ (KIKS, 11, 870-875).

„Ich kann diese Sackgasse einfach nicht überwinden, so, ich weiß auch nicht wie. Ich mein, ich kann mich bilden und bilden und bilden, das ist vielleicht auch ganz toll, profitier ich aber selber nicht von. Doch das ist der einzige Profit, daß ich ‚gebildet‘ bin, fachlich, aber ich krieg nicht mehr Geld“ (KP, 27, 1790-1797).

- Das Studium wird aber auch als willkommene Unterbrechung eines routinisierten Arbeitsalltags gesehen und soll einem „burnout“-Syndrom vorbeugen:

„... ich bin jetzt am Überlegen, ob das nicht zu früh war, mit der Pflege anzufangen. Ich bin einfach nur müde ... und habe mir gedacht, was man als Alternative so machen könnte und habe mich mal umgehört. Und da lief mir gerade diese Pflegewissenschaft über den Weg. Und das hörte sich auch alles ganz interessant an“ (API, 2, 323-343).

Mit der Aufnahme des Hochschulstudiums verbindet sich die Hoffnung auf grundlegende Veränderungen der zukünftigen Arbeits- und Lebenssituation. Neben dem Erwerb pflegewissenschaftlicher Kenntnisse und eines damit einhergehenden pflegerischen Kompetenzprofils soll der akademische Abschluß die Arbeitsautonomie und den sozialen Status erhöhen. Es geht darum, berufliche Langzeitperspektiven und Karrieremöglichkeiten entwickeln und verwirklichen zu können.

5. Zusammenfassung

Die Erfahrungen der Gesprächspartnerinnen und -partner haben zahlreiche Probleme und Konflikte im Bildungs- und Arbeitsbereich aufgezeigt. Ihre Aussagen legen den Finger auf „wunde Punkte“ wie die Unverbundenheit von Theorie und Praxis in der Ausbildung oder die Vielzahl von häufig wechselnden und unmotivierten Dozenten/-innen (Ärzten/-innen, Psychologen/-innen, Soziologen/-innen etc.), die weder über didaktisch-pädagogische noch pflegerische bzw. pflegewissenschaftliche Kenntnisse verfügen¹⁶. Was bleibt ist ein starrer Ausbildungs- und Berufsalltag, der den Wunsch, eine anerkannte fachspezifische Kompetenz entwickeln zu können und Handlungs- und Entscheidungsspielräume zugestanden zu bekommen, unbefriedigt läßt.

Diese strukturellen und institutionell bedingten Unzulänglichkeiten setzen sich nach der Ausbildung fort. So sind z.B. die Weiterbildungen zu kurz, um ad-

äquates Wissen erwerben zu können, ihre Abschlüsse ermöglichen keine beruflichen Aufstiege, vielmehr bleiben sie den Hochschulqualifikationen anderer Experten/-innen (vor allem den Ärzten/-innen) untergeordnet bzw. bieten keine reale Chance einer beruflichen/professionellen Emanzipation.

Inwieweit es den Absolventen/-innen des Studienganges „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen und den Studenten/-innen anderer pflegespezifischer Studiengänge gelingt, die Bildungs-, Aufstiegs- und Arbeitsmöglichkeiten zu nutzen und zu verbessern, wird die Zukunft zeigen. Wichtige berufsbiographische Bausteine und Gründe zur Hoffnung sind – jetzt – jedenfalls vorhanden.

Anmerkungen

- 1 Wenn im folgenden mit „Pflegeberuf(en)“ Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gemeint sind und andere Pflegeausbildungen und -berufe unerwähnt bleiben, so deshalb, weil die empirische Untersuchung Personen aus eben diesen drei Pflegebereichen einbezieht.
Neben diesen drei Pflegeausbildungen existiert noch eine Vielzahl von Ausbildungen im Gesundheitsbereich (vgl. Der Bundesminister für Gesundheit 1997, S. 196ff.; kritisch hierzu Meifort 1990; Bals 1992; 1993, S. 79ff.).
- 2 Zu den Ausbildungszielen vgl. Kurtenbach u.a. 1994, S. 118f..
- 3 Lediglich die Ausbildung in der Altenpflege und Heilerziehungspflege im Bundesland Hamburg entspricht den Bestimmungen des Berufsausbildungsgesetzes (BBiG). Im März 1999 hat das Bundeskabinett allerdings einen Gesetzentwurf für ein einheitliches Altenpflegegesetz verabschiedet, das nach Zustimmung im Bundestag und Bundesrat in diesem Jahr in Kraft treten kann (Heim & Pflege 1999, S. 164).
- 4 Zuvor ist nur einmal ein Diplom-Studiengang in West-Berlin für das Lehramt an Krankenpflegeschulen durchgeführt worden; zur Situation in der ehemaligen DDR vgl. Wolff/Wolff 1994.
- 5 Das Vorhaben wurde von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) finanziert. Seit dem 1. Januar 2000 ist das Studium als Regelstudiengang an der Universität Bremen etabliert.
- 6 Seit einigen Jahren umbenannt in „Lehrer/Lehrerin für Pflegeberufe“.
- 7 An den Pflegeschulen sollen dann die schulgesetzlichen Regelungen Anwendung finden.
- 8 Bis heute (Stand: Februar 2000) haben alle Absolventen/-innen ihr Studium mit 1. Staatsexamen *und* Diplom abgeschlossen.
- 9 3 Pflegenden (2 Krankenschwestern, 1 Krankenpfleger) hatten zu diesem Zeitpunkt aus privaten oder arbeitsbezogenen Gründen (z.B. wurde keine Stundenreduzierung durch den Arbeitgeber ermöglicht) das Kontaktstudium „Propädeutikum Pflegewissenschaft“ abgebrochen, so daß von einem Interview abgesehen wurde. 1 Krankenpfleger lehnte das Interview ohne Angabe von Gründen ab.
- 10 Die Befragten bekamen von den jeweiligen Interviewern/-innen das persönliche Diagramm vor Beginn des Gespräches vorgelegt und gemeinsam wurde es auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft. Das Diagramm bot nicht nur einen guten Intervieweinstieg, sondern regte auch das Erinnerungsvermögen an; häufig wurde die Dokumentation komplettiert und durch biographische Erzählungen ergänzt. So waren beispielsweise Äußerungen zu hören wie: „Stimmt, da habe ich ja die Arbeitsstelle gewechselt. Das hatte ich schon wieder fast vergessen“ oder „Mir fällt gerade auf, daß ich zu dieser Zeit noch eine andere Fortbildung gemacht habe“. Diese Korrekturen wurden sogleich per Hand im Diagramm vorgenommen.

- 11 Eine standardisierte Untersuchung – sofern sie nicht auf die Erhebung deskriptiver Daten beschränkt ist – würde eine weitreichende Kenntnis über die Struktur des Gegenstandsbereiches voraussetzen, weil erst dann eine objektadäquate Standardisierung der Erhebungsinstrumente möglich wäre.
- 12 Der Begriff „Schülerin“, „Schüler“ oder „Schwesternschülerin“ ist bewußt in Anführungszeichen gesetzt. Die Verwendung dieses Terminus ist zwar üblich, meines Erachtens ist er aber unangemessen und irreführend. Nicht zuletzt zeugt er von dem Sonderstatus in der Berufsbildungslandschaft und dem Ansehen der Auszubildenden in den Pflegeberufen: Sie bleiben auf der sozialen Stufe eines – mehr oder weniger unmündigen – Schulgängers stehen. (Stichhaltige) Gründe für diese Bezeichnung werden nicht einmal im Krankenpflegegesetz genannt. Dort heißt es lediglich: „Auf Wunsch des Bundesrates wurden auch die in diesem Bereich üblichen Bezeichnungen „Schule“ und „Schüler“ gewählt, obwohl sie von der bildungspolitisch allgemein üblichen Nomenklatur abweichen“ (Kurtenbach u.a. 1994, S. 102f.).
- 13 Vgl. hierzu auch Walter (1991).
- 14 Erfolgserlebnisse werden primär auf „den Klick“ (KP, 42, 570) zurückgeführt, wenn theoretisches Wissen und praktische Erfahrung sich zusammenfügen bzw. theoretisches Wissen die Praxis verstehbar macht und praktisches Handeln *wissentlich* durchgeführt werden kann.
- 15 Die von Leube geäußerte Kritik über die Ausbildung zur Sozialarbeiterin bzw. zum Sozialarbeiter ist auch für die Pflegeberufe und ihre Weiterbildungen relevant: „Durch die Mitbestimmung der Träger und die direkte Unterstellung unter das Ministerium (gemeint ist das Kultusministerium, d.A.) ist gewährleistet, daß die Definition ‚brauchbarer‘ Kompetenz durch die Abnehmerseite erfolgen kann. Durch die Einbindung der Auszubildenden in Praxisinstitutionen wird erreicht, daß die Absolventen in genau definierte Funktionen passen und beim Eintritt in das Feld die notwendige Berufssozialisation schon hinter sich haben (...). Eine selbständige Gestaltung der Berufsrolle oder gar ‚neue Fachlichkeit‘ wird man von diesen Absolventen nicht erwarten können“ (Leube 1981, S. XXII).
- 16 Obwohl auch die duale Ausbildung bzw. das Berufsbildungsgesetz (BBiG) immer wieder in das Kreuzfeuer der Kritik gerät (es sei für die rasch wechselnden Arbeitsmarkterfordernisse zu unflexibel, es würden zu wenig Verbindungen zwischen Theorie und Praxis hergestellt etc.; vgl. Geißler 1991), bietet es doch – im Vergleich mit den Ausbildungen außerhalb des Berufsbildungssystems – zahlreiche Chancen und vorteilhafte Bedingungen. Dazu zählen unter anderem, daß die „Lehrkräfte an Berufsschulen (...) ein mindestens achtsemestriges Hochschulstudium mit anschließendem zweijährigen Referendariat abgeschlossen haben. Die Lehrkräfte für den fachpraktischen Unterricht müssen eine dem betrieblichen Ausbildungspersonal vergleichbare Ausbildungsbefähigung nachweisen“ (Becker/Meifort 1994, S. 30; vgl. auch Krüger 1986; Landenberger u.a. 1994; Robert Bosch Stiftung 1996).

Abkürzungen

API	Altenpflegerin
KIKS	Kinderkrankenschwester
KP	Krankenpfleger
KS	Krankenschwester

Literatur

- Bals, T.: Berufsausbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Alsbach/Bergstraße 1993
- Becker, W./Meifort, B.: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikation, berufliche Anforderungen. Eine Praxisanalyse. Bielefeld 1994 (Berichte zur beruflichen Bildung, Band 169)
- Bischoff, C.: Zukunftschance Zusammenarbeit. Die Dynamik von Theorie und Praxis in der Krankenpflegeausbildung (Kongreßbericht des 2. Europäischen Kongresses für Lehrerinnen für Pflegeberufe vom 15.-17. Februar 1993 im Zentrum Gwatt/Thun). In: Pflegepädagogik (1993), H. 2, S. 8-20
- Born, C./Krüger, H./Lorenz-Meyer, D.: Der unentdeckte Wandel. Annäherung an das Verhältnis von Struktur und Norm im weiblichen Lebenslauf. Berlin 1996
- Braun, M.: Arbeitsplatzunsicherheit und die Bedeutung des Berufs. In: Glatzer, W./Noll, H.-H. (Hrsg.): Arbeitsverhältnisse in Deutschland: Ungleichheit und Angleichung. Frankfurt a.M./New York 1992, S. 75-88
- Brenner, R.: Berufsausbildung mit dualen Charakter im nicht-dualen System, oder auch: Das geordnete Chaos der Berufsausbildung in der BRD am Beispiel der Krankenpflegeberufe. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 88 (1992), H. 4, S. 300-310
- Brunner, O.: Das „ganze Haus“ und die alteuropäische „Ökonomik“. In: Oeter, F. (Hrsg.): Familie und Gesellschaft. Tübingen 1966, S. 23-56
- Brockschmidt, G.: Blätter zur Berufskunde, Altenpfleger/Altenpflegerin. Nürnberg 1985 (herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit)
- Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1997, Baden-Baden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 91)
- Ertl-Schmuck, R.: Die Ausbildung zum Lehrer für Krankenpflege. Eine Analyse der Curricula und der didaktisch-methodischen Konzepte aus Sicht der Erwachsenenbildung. Melsungen 1990
- Erzberger, C.: Zahlen und Wörter. Die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten und Methoden im Forschungsprozeß. Weinheim 1998
- Geißler, K. A.: Das Duale System der industriellen Berufsausbildung hat keine Zukunft. In: Leviathan (1991), H. 2, S. 68-77
- Hammer, E.: Qualifikationsanforderungen in der Altenhilfe. Begründung und Entwicklung eines gemeinsamen Weiterbildungskonzeptes für Altenpflege und Sozialarbeit. Frankfurt a.M. u.a. 1994
- Heim + Pflege. Magazin für das Management in Alten- und Pflegeheimen 30 (1999), H. 4.
- Krüger, H.: Die Segmentierung des Berufsbildungssystems – Eine bildungspolitische Barriere für Marktpositionen weiblicher Arbeitskräfte. In: Rudolph, H./Mayer, C./Ostendorf, H./Rabe-Kleberg, U. (Hrsg.): Berufsverläufe von Frauen. München 1986, S. 33-52
- Krüger, H./Rabe-Kleberg, U./Mischo-Kelling, M.: Pflegewissenschaft als berufliche Bildung: Ein Weg aus der Sackgasse. Entwicklung und Erprobung eines Studienganges mit berufspädagogischem Fachrichtungsprofil für Lehrkräfte in der Alten- und Kranken-/Kinderkrankenpflege. Berufliche Erstausbildung und Lehramtsstudium als biographische Bausteine. Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts „Arbeit und Bildung“. Bd. 24, Bremen 1993
- Kuhlmey, A./Winter, M. u.a.: Pflege-Eliten und ihre Berufschancen. Forschungsbericht. Neubrandenburg 1998
- Kurtenbach, H./Golombek, G./Siebers, H.: Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar. 4. Aufl., Stuttgart/Berlin/Köln 1994
- Landenberger, M./Lohr, K./Watzlawczik, G.-U.: Wege zur Verbesserung des Ansehens von Fachberufen der Kranken- und Altenpflege. In: Dietrich, H./Stoss, F.: Wege zur Ver-

- besserung des Ansehens von Pflegeberufen. Zwei Studien zum Problembereich. Nürnberg 1994, S. 106-181 (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 180).
- Leube, K.: Professionalisierung und Ausbildung in der amerikanischen Sozialarbeit. München 1981
- Lohr, K.: Pflegestudiengänge an bundesdeutschen Fachhochschulen und Universitäten: Beginn einer Neuordnung der beruflichen Bildung für Pflegeberufe. In: Stach, M./Wiechmann-Schröder, G./Kipp, M. (Hrsg.): Zur Professionalisierung der Pflege. Alsbach/Bergstraße 1995, S. 21-29
- Meifort, B.: Gesundheits- und Sozialberufe auf dem Prüfstand. In: Frackmann, M. (Hrsg.): Ein Schritt vorwärts ... Frauen in Ausbildung und Beruf. Hamburg 1990, S. 41-60
- Meifort, B.: Qualitätsmängel in der Altenpflege – oder: Wie professionell ist die Altenpflege? In: Becker, W./Meifort, B. (Hrsg.): Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe – Europa als Impuls? Berlin 1993, S. 97-127 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 159)
- Meifort, B.: Gesundheits- und Sozialpflege – ein innovatives Wachstumsfeld für Berufsbildung und qualifizierte Arbeit? – Auch für Frauen? In: dies. (Hrsg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern. Berlin 1998, S. 37-56 (Berichte zur beruflichen Bildung, H. 221)
- Piechotta, G./Remmers, H.: Lehramt Pflegewissenschaft – Das Studienmodell an der Universität Bremen. In: Stach, M./Wiechmann-Schröder, G./Kipp, M. (Hrsg.): Zur Professionalisierung der Pflege. Dokumentation eines Workshops und Beiträge zur Entwicklung und Institutionalisierung des Pflegestudiums an der Universität Gesamthochschule Kassel. Alsbach 1995, S. 77-91 (Hochschule & Berufliche Bildung, Bd. 39).
- Robert Bosch Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28).
- Robert Bosch Stiftung (1993): Pflege braucht Eliten. Symposium zur Präsentation der Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Tagungsbericht. Gerlingen (Materialien und Berichte 28).
- Robert Bosch Stiftung (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen (Materialien und Berichte 46).
- Strauss, A./Corbin, J.: Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim 1996
- Walter, I.: Krankenpflege als Beruf. Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien/München/Bern 1991
- Wanner, B.: Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenlehrerkräften. Frankfurt a.M. 1987
- Wittneben, K.: Zur Situation der Weiterbildung von Pflegekräften zu Pflegelehrkräften in Deutschland von 1903 bis 1993. In: Mischo-Kelling, M./Wittneben, K.: Pflegebildung und Pflege-theorien. München/Wien/Baltimore 1995, S. 252-291
- Witzel, A.: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a.M./New York 1982
- Wolff, H.-P./Wolff, J.: Die Berufs- und Ausbildungswege der Krankenpflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik von 1949 bis 1989. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 7 (1994), H. 2, S. 137-152

Dr. Gudrun Piechotta, (Krankenschwester, Soziologin, M.A.), Universität Bremen, Fachbereich 11/ Lehramt Pflegewissenschaft, Postfach 330 440, 28334 Bremen