

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Zukunft der Pflege-Ausbildung: Die Akademisierung
der Pflege im beruflichen Selbstverständnis der ersten
Bachelor-Absolvent/inn/en in Wien

Verfasserin

Friederike Christiane Stewig

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Februar 2013

Studienkennzahl /

A 057/122

Studienblatt:

Studienrichtung/

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Studienblatt:

Betreuerin:

Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Hanna Mayer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst und andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im In- noch im Ausland im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ort, Datum

Friederike Stewig

Zusammenfassung

In dieser Studie wird die Akademisierung der Pflege-Erstausbildung aus der Perspektive von Absolvent/inn/en untersucht. Fünf der ersten Bachelor-Absolvent/inn/en des Studiengangs Gesundheits- und Krankenpflege in Wien wurden befragt, wie sie ihre akademische Pflegeausbildung, ihre Rolle und ihre ersten Erfahrungen in den institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens, in der Wissenschaft und in der Entwicklung der Pflegeberufe wahrnehmen. Ausgangspunkt dieser Arbeit ist, dass die Akademisierung der Pflege sowohl Resultat als auch Motor für Veränderungen in der Pflege ist, wobei die Akademisierung der Erstausbildung von besonderer Bedeutung ist, da hier der zentrale Beruf in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege durch erste Bachelor-Studiengänge akademisiert wird.

Ziel der Untersuchung ist es, die Wahrnehmung und Deutungsmuster der Absolvent/inn/en analytisch aufzuarbeiten um festzustellen, worin die Absolvent/inn/en den besonderen Wert dessen, was sie sich in der (Fach)Hochschule an Kompetenzen aneignen können, sehen. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews dienen u.a. dazu, erste Themen, die voraussichtlich in Zukunft für diese spezifische berufliche Sozialisation von hoher Bedeutung sein werden, zu identifizieren. Aufgrund der Neuheit der akademischen Erstausbildung gibt es in Österreich kaum Erfahrungen dazu, was es bedeutet, wenn die Berufsberechtigung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege nicht nur durch eine Ausbildung an einer GuK-Schule, sondern auch durch einen Bachelor-Studiengang an einer Fachhochschule erworben werden kann. Untersucht wurden die Motive der Berufswahl (verbunden mit der Untersuchung, ob die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung eine besondere Rolle spielte), die Wahrnehmung und Einschätzung des gesellschaftlichen Status von Pflege sowie der eigenen Rolle (insbesondere im Kontext von Akademisierung), die Wahrnehmung und Einschätzung ihres erstqualifizierenden Studienganges (inklusive ihrer Wahrnehmung der traditionellen Ausbildung) sowie die Vorstellungen der Absolvent/inn/en zu zukünftigen Veränderungen.

Für die Untersuchung wurde ein qualitativer, explorativer Ansatz gewählt, da es sich bei den neuen Studiengängen in der Pflege um ein neues Phänomen handelt und damit Problembereiche erst identifiziert werden. Die Interviews zeigen, dass die akademische Pflegeausbildung einen Schnittpunkt ganz verschiedener Wünsche und Erwartungen bildet. Das berufsqualifizierende Studium bietet gleichermaßen die Sicherheit eines Berufs, für den es eine hohe Nachfrage gibt und es ermöglicht durch die Ausbildung an einer Hochschule sofortige Weiterbildungsmöglichkeiten als auch vielfältigere Entwicklungsmöglichkeiten. Die Interviews zeigen auch, dass sich die Absolvent/inn/en in Such- und Verortungsprozessen befinden, wobei für sie selbst und für die traditionell ausgebildeten Pflegefachkräfte sowohl die Spezifik der akademischen Ausbildung als auch der Status der akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte unklar ist, bzw. Ausgangspunkt von Spannungen und kritischen Zuschreibungen ist.

Danksagung

Diese Arbeit spiegelt mein Forschungsinteresse wieder und ist zugleich eng verknüpft mit der persönlichen Verbundenheit mit dem Thema der Akademisierung. Die 15 Jahre, die ich als Gesundheits- und Krankenschwester – hauptsächlich im Fachbereich Onkologie – tätig war, haben nicht nur mein eigenes Selbstverständnis geprägt, sondern auch dazu geführt, dass ich zahlreiche Veränderungen und Reformen des Berufsfeldes und der Gesundheitsversorgung miterlebt habe. Die Akademisierung der Pflege war eine davon, wobei ich in einem Umfeld gearbeitet und studiert habe, in dem die meisten eine Ausbildung an einer GuK-Schule absolviert haben und die Akademisierung individuell der praktischen Tätigkeit folgte. Vor dem Hintergrund dieser ‚doppelten Identität‘ hat es mich besonders interessiert, wie sich eine wissenschaftliche Fundierung des gesamten Berufsfeldes Pflege und insbesondere der Erstausbildung darstellt und wie diejenigen, die von vornherein von einer Hochschule kommen, den Beruf und das Feld der Pflege wahrnehmen.

Die Arbeit wäre ohne Begleitung und Unterstützung vieler Menschen in dieser Form nicht realisierbar gewesen. Mein besonderer Dank gilt daher den Absolvent/inn/en, die sich für ein Interview zu Verfügung stellten und der Studiengangsleiterin, FH-Prof.in Mag.a Dr.in Roswitha Engel, die mir Kontaktadressen zur Verfügung gestellt hat. Durch die Bereitschaft der Absolvent/inn/en, sich offen über ihre Ausbildung, ihre Erfahrungen und ihre Erwartungen zu äußern, konnte diese Arbeit erst entstehen. Ich danke besonders Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, die mir in meiner akademischen Ausbildung neben der Vermittlung einer fundierten Forschungsmethodik die Besonderheiten der Freiheit in der Wissenschaft vermittelte.

Meiner Familie und Freunden möchte ich danken, da ich durch ihre Unterstützung und ihre Motivation in einer privilegierten Lebensform studieren konnte und sich mir in dieser Lebensphase eine breite soziokulturelle Welt eröffnete. Dr. Detlef Georgia Schulze danke ich für die gründliche Durchsicht und Kritik des Manuskripts ‚in letzter Minute‘.

Mein innigster Dank gilt Dr. Petra Schaper-Rinkel, die mir durch ihre wissenschaftstheoretischen Anregungen, methodischen Forderungen sowie Geduld eine weitere Perspektive auf Wissenschaft und ihre Praktiken eröffnete, mich durch den Prozess des Schreibens begleitet hat und mich motivierte, meine eigene wissenschaftliche Perspektive weiter zu entwickeln.

Inhalt

InhaltV

Abkürzungen	VIII
1 Einführung.....	1
2 Hintergrund und Forschungsstand	5
2.1 Zur Akademisierung der Pflege.....	5
2.1.1 Zur Geschichte der Pflegeberufe vor der Akademisierung.....	5
2.1.2 Schritte zur Akademisierung der Pflege seit den 1970er Jahren.....	7
2.2 Rahmenbedingungen und Kontext der akademischen Pflegeausbildung.....	10
2.2.1 Der europäische Kontext.....	10
2.2.2 Der gesetzliche Rahmen für die Grundausbildung in Österreich – Anforderungen an die Erstausbildung.....	12
2.2.2.1 Ausmaß von theoretischer und praktischer Ausbildung.....	13
2.2.2.2 Zugangsvoraussetzungen	14
2.2.2.3 (Lern) Orte der Ausbildung.....	14
2.2.2.4 Kompetenzorientierung in der Ausbildung.....	15
2.2.2.5 Berufsbild und Berufsberechtigung	16
2.2.3 Problembereiche und offene Fragen hinsichtlich der veränderten Rahmenbedingungen	17
3 Empirischer Teil.....	19
3.1 Zur Untersuchungsperspektive.....	19
3.2 Vorüberlegungen und Begriffsklärungen zum Untersuchungsgegenstand.....	19
3.3 Methode und Prozess der Befragung	21
3.3.1 Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.....	21
3.3.2 Datenerhebung: Problemzentrierte Interviews.....	22
3.3.2.1 Zielgruppe und Auswahl der Interviewpartner/innen	22
3.3.2.2 Erhebungszeitpunkt und Erhebungsort	22
3.3.2.3 Durchführung der Interviews	23
3.3.2.4 Interviewverfahren: Problemzentrierte Interviews.....	23
3.3.3 Datenanalyse: Kombination einer Analyse von Fragen mit Elementen der qualitativen Inhaltsanalyse	25
3.3.4 Qualität der qualitativen Forschung	26
3.4 Ergebnisdarstellung	27
3.4.1 Motive der Berufswahl.....	27
3.4.1.1 Frederik: Berufswahl Pflege aufgrund der Vorerfahrung als Zivildienstler	27
3.4.1.2 Christian: Berufsorientiertes Studium als Voraussetzung für Job und Karriere	29
3.4.1.3 Elise: Vorbild Mutter - „sie war so etwas wie ein Idol für mich“	30

3.4.1.4	Doris: Attraktiver Beruf durch eine Vielfalt an Arbeitsmöglichkeiten	32
3.4.1.5	Mechthild: Sicherheit durch berufsorientiertes Studium	33
3.4.1.6	Zusammenfassung: Die Wahl der Ausbildung als Kompromiss zwischen sozialem Interesse, Sicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten	34
3.4.2	Wahrnehmung und Einschätzung des gesellschaftlichen Status.....	35
3.4.2.1	Frederik: Das Ansehen ist gestiegen	35
3.4.2.2	Christian: Stereotype Vorstellungen in der Öffentlichkeit.....	37
3.4.2.3	Elise: „Wenn man es nicht unbedingt muss, dann macht man etwas anderes, sagt meine Oma“	38
3.4.2.4	Doris: Medien und Klischees von Krankenschwestern als ärztlichen Untergebenen bestimmen das Berufsbild.....	39
3.4.2.5	Mechthild: „die sehen das schon mehr als Arzthelferin, den Beruf der Krankenpflege“	41
3.4.2.6	Zusammenfassung: Stereotype Vorstellungen und geringer gesellschaftlicher Status des Berufes	43
3.4.3	Wie sehen die Absolvent /inn/en ihre Ausbildung?	43
3.4.3.1	Frederik: „Üben tut man dann mit den Personen sicher in der Einrichtung“	44
3.4.3.2	Christian: „Mehr praktische Grundausbildung“	45
3.4.3.3	Elise: Forschungskompetenz und die Fähigkeit zum selbständigen Lernen	46
3.4.3.4	Doris: geringe Relevanz der praktische Kompetenz	49
3.4.3.5	Mechthild: bei längeren Praktika „gern mehr Abwechslung haben“	50
3.4.3.6	Zusammenfassung: Hohe Wissenschaftsorientierung und Ambivalenz im Hinblick auf die Praxis	50
3.4.4	Wahrnehmung der Unterschiede zwischen GuK-Absolvent/inn/en und FH-Absolvent/inn/en	52
3.4.4.1	Frederik: Delegieren als praktische Kompetenz für akademisch ausgebildete Fachkräfte.....	52
3.4.4.2	Christian: Selbständigkeit durch praktische Kompetenz in der traditionellen Ausbildung.....	55
3.4.4.3	Elise: Veränderungsbereitschaft als praktische Kompetenz für akademisch ausgebildete Fachkräfte	56
3.4.4.4	Doris: „Ich habe genauso gearbeitet, wie alle anderen auch.“	58
3.4.4.5	Mechthild: Selbst-bewusst-sein als „Können“ von akademisch Ausgebildeten- „Vom Beruf her [...] sind wir nicht unbedingt besser vorbereitet“	59
3.4.4.6	Zusammenfassung: Selbständigkeit und Durchsetzungsvermögen als zentrale Fähigkeiten	61
3.4.5	Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Rollen sowie Aufgaben im Berufsfeld62	
3.4.5.1	Frederik: Wissenschaft als Motor für Entwicklung der Pflege.....	62
3.4.5.2	Christian: „neues Handlungsfeld für uns FH-Absolventen [...] gibt es noch nicht“	64
3.4.5.3	Elise: „Sich- verantwortlich- fühlen“ und sich behaupten können	65
3.4.5.4	Doris: „Pflege [kann] auch ganz anders sein“	67

3.4.5.5	Mechthild: Differenzierung innerhalb des Berufes und neue Aufgabenbereiche- „Wir [haben] so eine Vorreiterrolle“	70
3.4.5.6	Zusammenfassung: Die Kontroverse um spezielle Aufgaben oder Handlungsfelder für FH- Absolvent/inn/en	71
3.4.5.7	Exkurs: Reaktionen auf Studierende im Berufsfeld	72
3.4.6	Individuelle Zukunft und Zukunft der Pflege	74
3.4.6.1	Frederik: Wissenschaftsbasiertes Handeln und ein Einbeziehen in Entscheidungsprozesse	75
3.4.6.2	Christian: Unterschiedliche Funktionen von Fachkräften und Hilfskräften.....	75
3.4.6.3	Elise: Mehr Verantwortung für Pflegefachkräfte in Bereichen, wo Pflegekompetenz zentral ist (Pflegegeldbegutachtung).....	76
3.4.6.4	Doris: Übernahme an medizinischen Tätigkeiten und Pflegeplanung.....	77
3.4.6.5	Mechthild: Kernkompetenzen der Pflege erhalten und ausbauen.....	78
3.4.6.6	Zusammenfassung: Patientenferne Aufgaben als zentrale Perspektive für höher Qualifizierte in der Pflege.....	79
4	Diskussion der Ergebnisse.....	81
4.1	Berufswahl und geplanter Verbleib im Berufsfeld	81
4.2	Diskussion des gesellschaftlichen Status von Pflege: Kritik an stereotypen Vorstellungen.....	83
4.3	Sicht der Ausbildung: Wissenschaftsorientierung und ambivalentes Verhältnis zur Praxis.....	84
4.4	Aufgaben und Rollen: Suchprozesse von ungleichen Gleichen.....	86
4.5	Individuelle Zukunft und Zukunft der Pflege	88
4.6	Resümee.....	88
5	Reflexion des Forschungsprozess	90
6	Literatur	92
6.1	Quellen.....	92
6.2	Sekundärliteratur.....	92
7	Anhang.....	99

Abkürzungen

Abs.	Absatz
bzw.	Beziehungsweise
etc.	et cetera
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
FHGuK-AV	Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildungsverordnung
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
vgl.	vergleiche
Z.	Ziffer
z.T.	zum Teil

1 Einführung

Die Pflege soll akademisiert werden, damit die Pflegekräfte den steigenden und komplexen Aufgaben in einer sich schnell veränderten Berufswelt gerecht werden können. Diese Argumentation gibt der fortschreitenden Akademisierung der Pflege ihre Legitimation. Wenn nicht nur einzelne Tätigkeiten innerhalb der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ein hohes Qualifikationsniveau voraussetzen, sondern jede Krankenschwester und jeder Krankenpfleger in ihrer und seiner täglichen Arbeit mit hohen Ansprüchen konfrontiert ist, so erscheint die Verlagerung der Ausbildung an Hochschulen geboten. Diese Annahme ist auch Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Die tägliche Arbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege ist mit steigenden Anforderungen und steigender Komplexität verbunden: Neue Technologien (Computer als auch Medizintechnik) sind zunehmend im Einsatz und verändern die Arbeit der Pflege. Migration, die Ausdifferenzierung von Patient/inn/engruppen sowie Patient/inn/en, die sich mittels des Internets über ihre Krankheiten und deren Behandlung aktiv auseinandersetzen führen zu steigenden kommunikativen Anforderungen an Pflegefachkräfte, die zunehmend gefordert sind und gefordert sein werden, zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Wissensformen zu vermitteln. Zudem führt die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens dazu, dass auch Pflegende damit konfrontiert sind, ökonomische Rationalitäten sowie Standards professionellen Handelns und ethische Prinzipien stetig miteinander in ein Verhältnis setzen zu müssen. Schließlich verändern und differenzieren sich die institutionellen Settings und Bedingungen, so dass die Aufgabenfelder für Pflegefachkräfte breiter werden und neue Aufgabenfelder hinzukommen. All diese Anforderungen bilden den Hintergrund für eine umfassende Akademisierung der Pflege.¹

Sowohl im Gesundheits- als auch Bildungsbereich werden in den letzten Jahrzehnten weitreichende Veränderungen sowohl erwartet als auch forciert. Im Hinblick auf den demographischen Wandel stehen finanzielle Fragen der Umverteilung im Vordergrund, jedoch auch Veränderungen der Pflege und der Pflegequalifikationen. Die Sicherung und Verbesserung der Leistungen (unabhängig davon ob sie als öffentliche Versorgungsleistungen- oder private Dienstleistungen erbracht werden) ist eng mit den Arbeitsbedingungen und der Qualifikation derer verbunden, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Für die Pflegeberufe wird vor diesem Hintergrund ein erheblicher Reformbedarf diagnostiziert, der sich insbesondere auf die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen, neue Handlungs- und Arbeitsfelder der Pflege und die Ausbildung selbst bezieht (Wagner 2008; Ewers 2008; Kälbe 2012; Rappold et al. 2011; Rottenhofer et al. 2012).

¹ Die Akademisierung der Pflege-Berufe bedeutet auf der anderen Seite aber auch die Ausprägung von Tätigkeiten unterhalb der Qualifikation des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Dazu gehören in der allgemeinen Pflege insbesondere Tätigkeiten von Pflegehelfer/inn/en.

Eine wichtige Veränderung und Reform ist die Akademisierung der Pflege. Gesundheitsberufe sind in vielen Ländern schon lange ein Bereich, in dem akademisch ausgebildet wird (z. B. in Belgien, Griechenland, Portugal, Großbritannien, den Niederlanden, Skandinavien, Polen etc.) (Behrendt 2008; Stöcker 2002). Pflegewissenschaftliche Studiengänge sind seit längerem etabliert worden. Steigende fachlichen Anforderungen im Berufsalltag, neue Handlungsfelder (z. B. Case- und Care-Management, Gutachterliche Tätigkeiten etc.) und eine Angleichung der Bildungssysteme in Europa haben in den letzten Jahren auch in Österreich zu Modellversuchen geführt, die Erstausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an Hochschulen und Fachhochschulen zu etablieren. Im Gegensatz zu den vielfältigen Studiengängen im Gesundheitsbereich (wie Public Health, Gesundheitsmanagement), die kein Äquivalent außerhalb der Hochschulen haben, führen Studiengänge zur Gesundheits- und Krankenpflege zu einer Berufsqualifikation, die bisher in Österreich an den staatlichen und privaten Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege erworben werden konnten. In dieser Studie steht die Akademisierung der Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch den Fachhochschul-Bachelorstudiengang im Mittelpunkt. Die dortigen Absolvent/inn/en sind zur Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, und sie sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“ / „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ (im Folgenden für die bessere Lesbarkeit: Pflegefachkräfte) zu führen (§ 12 Abs. 1 GuKG). Diese Studiengänge als Untersuchungsfeld für die Zukunft der Pflegeausbildung zu nehmen, bietet sich aus mehreren Gründen an: *Erstens*, weil hier besonders deutlich werden könnte, worin die neuen Kompetenzen und Handlungsfelder bestehen, die als bedeutsam für die Zukunft der Gesundheits- und Krankenpflege gesehen werden. *Zweitens* handelt es sich um die größte Berufsgruppe in der Pflege und bei diesem Beruf besteht nun *drittens* der besondere Fall, dass Ausbildungen an unterschiedlichen Ausbildungseinrichtungen (GuK-Schulen und Fachhochschulen) und mit unterschiedlichen schulischen Voraussetzungen zum gleichen Beruf führen (vgl. Weiss 2009).

Eine Möglichkeit, die Veränderungen zu untersuchen, bestünde darin, die für die berufliche Erstausbildung bzw. für das Studium relevanten Dokumente wie Curricula, Kompetenznachweise, Praktikumskataloge, Prüfungsaufgaben, verwendete Literatur, Evaluationsergebnisse zu vergleichen.² Da die Curricula jedoch für einen solchen Vergleich

2 In dem ursprünglichen Exposé für diese Arbeit mit dem Titel „Die Zukunft der Praxisausbildung: Herausforderungen der neuen Pflegeausbildungsmodelle im tertiären Sektor in Österreich für das System der praktischen Anleitung in der pflegerischen Ausbildung“ wurde zunächst mit den Arbeiten mit dem Ziel begonnen, eine Analyse der praktischen Ausbildungen beider Ausbildungsgänge vor dem Hintergrund internationaler Entwicklungen vorzunehmen. Es erwies sich im Laufe der Rechercharbeiten jedoch als unmöglich vergleichbare Unterlagen (z. B. Praxiskataloge bzw. Kompetenznachweise, Kooperationsabkommen etc.) von den Trägern zu erhalten. Überdies hinaus unterscheiden sich die Studiengänge in ihren Schwerpunktsetzungen von Fachhochschule zu Fachhochschule, so dass ein Vergleich mit den stark standardisierten Ausbildungen gerade nicht möglich ist. Im Verlauf der Recherchen wurde deutlich, dass entgegen der ursprünglichen Annahme, dass die Herausforderungen in der Vermittlung konkreter Fähigkeiten

nicht zur Verfügung standen³, wurden für diese Studie eine Reihe der ersten Absolvent/inn/en des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege der FH Campus Wien befragt, um der Frage nachzugehen, wie sie ihre Ausbildung sehen und was für sie den ‚Mehrwert‘ einer akademischen Erstausbildung in der Pflege ausmacht. Fünf der ersten Absolvent/inn/en des FH Studiengangs Gesundheits- und Krankenpflege aus Wien wurden im Zeitraum von Oktober 2011 bis März 2012 zu ihrer Ausbildung, ihren Erfahrungen und ihren Erwartungen befragt.

Ausgehend von der Prämisse, dass die Akademisierung sowohl Resultat als auch Motor für Veränderungen in der Pflege ist, wurde im Folgenden ein explorativer Ansatz gewählt, um herauszuarbeiten, wie die ersten Absolvent/inn/en ihre Ausbildung, ihre Rolle und ihre ersten Erfahrungen in den institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens, in der Wissenschaft und in der Geschichte der Pflege wahrnehmen.

Ziel der Untersuchung ist es, die Wahrnehmung und Deutungsmuster der Absolvent/inn/en analytisch aufzuarbeiten, um festzustellen, worin die Absolvent/inn/en den besonderen Wert dessen, was sie sich in der (Fach)Hochschule an Kompetenzen aneignen können, sehen. Untersucht wurden dabei,

- die Motive der Berufswahl (verbunden mit der Untersuchung, ob die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung eine besondere Rolle spielte),
- die Wahrnehmung und Einschätzung des gesellschaftlichen Status von Pflege sowie der eigenen Rolle (insbesondere im Kontext von Akademisierung),
- die Wahrnehmung und Einschätzung ihres erstqualifizierenden Studienganges (inklusive ihrer Wahrnehmung der traditionellen Ausbildung)
- die Vorstellungen der Absolvent/inn/en zu zukünftigen Veränderungen.

Für die Untersuchung wurde ein qualitativer, explorativer Ansatz gewählt, da es sich bei den neuen Studiengängen in der Pflege um ein neues Phänomen handelt und damit Problembereiche erst identifiziert werden. Das empirische Material, das für die Analyse verwendet wurde, besteht aus fünf leitfadengestützten Interviews mit Absolvent/inn/en des Fachhochschul- Gesundheits- und Krankenpflege-Studienganges in Wien.

Bevor im Folgenden die Ergebnisse der Analyse dieser Interviews dargestellt werden, werden zunächst in Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit der Hintergrund und der Forschungsstand zur Akademisierung der Pflege und zu den Rahmenbedingungen der akademischen Pflegeerstausbildung zusammenfassend dargestellt. Dabei sollen der

liegen, die Herausforderungen für die Akteure selbst anders gesehen werden. Kompetenzen und zukünftige Aufgabenverteilung sind zentrale Themen im Hinblick auf die Zukunft der Praxisausbildung.

³ Sowohl auf Anfrage beim damaligen Fachhochschulrat (FHR) als auch der Anfrage bei den Studiengangsleitungen der an drei Standorten im Jahr 2011 durchgeführten Studiengängen wurden die Curricula der Studiengänge Gesundheits- und Krankenpflege nicht zur Verfügung gestellt. Mit dem Hinweis „es sei keine Geschäftspraxis der Fachhochschule Lehrpläne zur Verfügung zu stellen“ wurde die Verwendung zu Forschungszwecken u.a. von Seiten der Studiengangsleitung der FH Wiener Neustadt abgelehnt.

historische Kontext der aktuellen Veränderungen in der Pflegeausbildung, der europäische Kontext sowie die gesetzliche Rahmen dargestellt werden. Ziel ist es, die Spannungsverhältnisse zu identifizieren, in denen sich die Initiativen zur Akademisierung der beruflichen Erstausbildung in der Pflege bewegen.

In Kapitel 3, dem empirischen Hauptkapitel dieser Studie, werden die Untersuchungsperspektive, die Methode und der Prozess der Befragung dargestellt und die Ergebnisse der Auswertung der Interviews entlang der Fragekomplexe vorgestellt. Die Gesamtdarstellung folgt der Chronologie der Interviewfragen. Themen waren die Einschätzungen und Erfahrungen der Befragten in Bezug auf Pflegeberufe allgemein, die Ausbildung, ihre eigenen Rollen und ihre Zukunftsvorstellungen. Die Ergebnisdarstellung beginnt mit den Motiven der individuellen Berufswahl und der Bedeutung eines Studiums im Zusammenhang mit der Berufswahl (Kap. 3.4.1, Seite 27 ff.) und der Wahrnehmung und Einschätzung des gesellschaftlichen Status der Pflege (Kap. 3.4.2, S.35 ff.). Der darauffolgende Themenbereich beschäftigt sich mit der Wahrnehmung der eigenen Ausbildung (Kap. 3.4.3, S. 43 ff.) und die Wahrnehmung der Unterschiede zwischen GuK-Absolvent/inn/en und FH-Absolvent/inn/en (Kap. 3.4.4, S. 52). Daran anschließend werden die Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Rolle sowie Einschätzungen der eigenen Aufgaben im Berufsfeld analysiert (Kap. 3.4.5, S. 62 ff.). Der letzte Themenkomplex in den Interviews betrifft die individuelle Zukunft und die Zukunft bzw. den zukünftigen Veränderungsbedarf der Pflege aus Sicht der Absolvent/inn/en (Kap. 3.4.6, S. 74 ff.).

In Kapitel 4 (S. 81 ff.) erfolgte die Diskussion der Ergebnisse. Dabei werden zentrale Ergebnisse zu den einzelnen Bereichen zusammenfassend resümiert und problematisiert, bzw. in einen Zusammenhang mit Ergebnissen anderer Studie gestellt.

Den Abschluss der Arbeit bildet eine Reflexion des Forschungsprozesses (siehe Kap. 5, S. 90 ff.).

2 Hintergrund und Forschungsstand

In diesem Kapitel wird zusammenfassend dargestellt, wie sich die Pflegeberufe vor der Akademisierung entwickelt haben, in welchen Schritten und Prozessen sich die Akademisierung der Pflege in Österreich seit den 1970er Jahren entwickelt hat, in welchem europäischen Kontext die aktuellen Entwicklungen stattfinden und welche rechtlichen Rahmenbedingungen die Akademisierung der Erstausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ermöglichen und strukturieren. Dabei geht es darum, die Spannungsverhältnisse zu identifizieren und darzustellen, in denen sich aktuell die partielle Akademisierung der beruflichen Erstausbildung in der Pflege vollzieht.

2.1 Zur Akademisierung der Pflege

2.1.1 Zur Geschichte der Pflegeberufe vor der Akademisierung

Die Pflege befindet sich seit längerem in einer strukturellen Umbruchsituation, die zu Neuorientierungen in der Ausbildung und in der Berufspraxis führt (vgl. Albert 1998). Die Entwicklung der Berufe in der Pflege hat bis ins 21. Jahrhundert unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen, wobei die ersten Ansätze zur Akademisierung der Grundausbildung, die in dieser Studie im Zentrum stehen, den bisher letzten Schritt einer Reihe von Weiterentwicklungen bilden. So lässt sich die Entwicklung des Pflegeberufs von einer christlich motivierten, selbstlosen dienenden „Liebestätigkeit am Nächsten“ über die „Geburtsstunde“ der freiberuflichen Pflege im 19. Jahrhundert bis hin zu einem modernen Dienstleistungsberuf im 21. Jahrhundert nachzeichnen (Steppe 2000a).

Die geführte Diskussion um das Genuine der Pflege sowie die Bedeutung und das Verhältnis unterschiedlicher Wissens- und Erfahrungsformen in der Pflege kann aus historischer Perspektive als Folge einer lange Zeit vorwiegend fremdbestimmten, pflegeberuflichen Entwicklung gedeutet werden. Der Pflegeberuf entstand unter ärztlicher Dominanz und Unterweisung mit dem Ziel, einen Hilfsberuf zu schaffen. „Die Krankenschwester soll die Helferin des Kranken und des Arztes sein; sie soll lernen, die Anordnungen des Arztes zweckmäßig und genau auszuführen, doch sie soll nicht selbst auf eigene Hand kurieren wollen“ (Billroth zit. nach Sittner 1996). Dieses Zitat des Arztes Theodor Billroth, der 1882 Begründer der ersten Krankenpflegeschule in Österreich war, verweist auf den Status der Krankenpflege bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Zudem war und ist der Pflegeberuf eine Frauendomäne mit einer traditionell unscharfen Grenzziehung hin zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Steppe 1996). So war es beispielsweise in den 30er Jahren üblich, Bewerberinnen für die Krankenpflege abzulehnen, wenn sie zuvor keine hauswirtschaftlichen Erfahrungen gesammelt hatten (Walter 1996).

Diese Kombination aus ärztlicher Dominanz und einem Selbstverständnis als Hilfsberuf, der traditioneller Haus- und Frauenarbeit nahe steht, hatte zur Folge, dass die Frage nach dem Kern oder „Proprium“ der Pflege, mit dem sie sich von anderen Professionen unterscheidet,

in Österreich, aber auch in den anderen deutschsprachigen Ländern, lange Zeit kaum thematisiert wurden. In der Ausbildung wurden überwiegend medizinische Themen, vorgetragen von Ärzten, vermittelt, während die Vermittlung pflegerischen Wissens eher als Erziehung in Hinblick auf die ‚weiblichen‘ Eigenschaften und als ‚Abrichtung‘ für die Regeln des jeweiligen Krankenhauses verstanden wurde. Eine umfassende Veränderung dieses Verständnisses ist im Kontext der Forderung nach der Akademisierung der Pflege sowie der Etablierung einer Pflegewissenschaft festzustellen (siehe: Kap. 2.1.15 ff.; vgl. Walter 2000; Hülsken-Giesler 2008).

Vor der Folie berufsgeschichtlicher Entwicklungen und im Kontext von Aus- und Weiterbildung sind Entstehung und Wandlung des pflegeberuflichen Selbstverständnisses (Seidl et al. 1996; Steppe 2000b; Taubert 1994; Heffels 2003) zahlreich analysiert worden. Gemeinsam ist den Untersuchungen, dass sie einem engen Zusammenhang zwischen einem veränderten beruflichen Selbstverständnis und einer veränderten Handlungskompetenz sehen. Dabei vertritt Johanna Taubert die These, dass Emanzipation und Mündigkeit der Pflegenden (die von Taubert vorgeschlagene neue Fortbildungskonzeption erreicht werden soll) eine wesentliche Voraussetzung für ein berufliches Selbstverständnis bildet, das sich an der Ganzheitlichkeit des Menschen und damit einer patientenorientierten Krankenpflege orientiert. Sie entwickelt dabei eine Fortbildungskonzeption für Pflegepersonen, die die berufliche Identität hin zu dieser Orientierung stabilisieren soll (Taubert 1994).

Wolfgang Heffels hat in seiner „Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln“ das eigenverantwortliche Handeln in den Mittelpunkt gestellt. Was eine gute Pflegekraft auszeichnet, welche Rolle sie einnimmt und was der Kern pflegerischen Handelns ist, wird unter anderem anhand des sich ändernden Verständnisses von Pflege und dem damit einhergehenden veränderten beruflichen Selbstverständnisses analysiert. Heffels geht nicht mehr von ‚der Pflege‘ als eines einheitlichen Feldes aus, sondern bezieht sich auf „eine Vielzahl von unterschiedlich qualifizierten Pflegenden und eine Vielheit der Pflege in unterschiedlichen Handlungskontexten“ (Heffels 2003, S. 53). Er konstatiert zu Beginn der „Verberuflichung“ einen „einheitliche[n] Moralkodex“, der sich heute in einer „Individualisierung“ des Selbstverständnisses von Pflegenden aufgelöst hat (Heffels 2003, S. 53). Die zunehmende Individualisierung der Vorstellungen von Pflege ist seiner Ansicht nach primär durch den Wegfall gemeinschaftsstiftender Elemente (Leben in Ordenshäusern und ähnlichen Gemeinschaften) bedingt. Der traditionelle Moralkodex des Dienens verlor seine Bedeutung und wandelte sich sukzessive in eine Individualisierung des Pflegeverständnisses (Heffels 2003, S. 53). Die von Heffels als „Orientierungslosigkeit bzw. polyvalente Vorstellung im Selbstverständnis“ bezeichnete Konstellation ist seines Erachtens auf zwei Ebenen klärungsbedürftig. Auf der gesellschaftlichen Ebene sei zu klären, wie mit den heterogenen Ansprüchen an Pflegenden in unterschiedlichen Handlungskontexten umgegangen werden kann. Hier stelle sich das Problem im Selbstverständnis insofern, als zu klären sei, ob „‚Pflege‘ eine gesellschaftliche Aufgabe mit einem zentralen Wertebezug“ habe (Heffels 2003, S. 54). Auf einer handlungspraktischen Ebene sei zu klären, was unter einer ‚guten

Pflege' zu verstehen sei. Je nachdem, von welchem Standpunkt aus dies interpretiert wird, ergeben sich divergierende Rollenvorstellungen an Pflegenden. Nicht die Pflege selbst, sondern Funktionszuschreibungen von Organisationen oder anderen Berufsgruppen bestimmen dabei die Rolle von Pflegenden (vgl. Heffels 2003, S. 54 ff.). Die Schritte zur Akademisierung der Pflege, die im Folgenden dargestellt werden, adressieren genau diese Problemkonstellation, indem die Wirkungsweise pflegerischer Interventionen und die Einflussfaktoren und Kontextbedingungen von Pflege Gegenstand der akademischer Forschung und Lehre werden und nicht mehr der Zuschreibung von außen überlassen werden.

2.1.2 Schritte zur Akademisierung der Pflege seit den 1970er Jahren

Die Akademisierung der Pflege umfasst in Österreich unterschiedliche Prozesse, die unter anderem das Studium der Pflegewissenschaft beinhalten als auch die Möglichkeit der Erstausbildung von Pflegefachkräften an Hochschulen. Der Begriff der Akademie wird laut Duden für eine wissenschaftliche Gesellschaft oder eine Vereinigung von Gelehrten, Künstlern oder Dichtern genutzt.⁴ Akademisierung als Prozess lässt sich demnach auch als Verwissenschaftlichung fassen (Schrems 2001, S. 87) oder auch als Prozess der zunehmenden Wissenschaftsfundierung eines Berufes (Kriegl 1999, S. 7).

Als erste Schritte zu einer Akademisierung der Pflege in Österreich werden Initiativen in den 1970er Jahren gesehen, die sich zum einen institutionell für Ausbildungsprogramme auf Hochschulebene einsetzten und zum zweiten die Forschung im Bereich Pflege forcierten. Der Österreichische Krankenpflegeverband erarbeitete 1979 Grundsätze und Zielvorstellungen, die Forschung in allen Gebieten der Pflege vorsahen und setzte sich dafür ein, dass entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal für die Forschung ausgebildet werden sollte. Bereits seit Mitte der 1970er Jahre wurde an der *Akademie für Höhere Fortbildung in der Pflege* Pflegeforschung als Unterrichtsgegenstand in die Sonderausbildung für das leitende und lehrende Krankenpflegepersonal aufgenommen. Im Rahmen dieser Initiative wurden Anfang der 1980er Jahre kleine Forschungsprojekte durchgeführt, die als sogenannte Jahresarbeiten vor Ausbildungsabschluss vorgelegt wurden (Kriegl 1999, S. 8 ff.).

1978 wurde die „Workgroup of European Nurse Researchers“ in Utrecht gegründet, an deren Arbeitstreffen und Kongressen eine Delegierte des Österreichischen Krankenpflegeverbandes teilnahm, was ein „wichtiges Bindeglied zur internationalen Entwicklung“ darstellte (Kriegl 1999, S. 9). In der Darstellung der Akademisierung der Pflege in Österreich von Marianne Kriegl wird gezeigt, dass die Akademisierung, die seit den 1970er Jahren in aufeinanderfolgenden Schritten erfolgt, jeweils durch strategische Initiativen (wie die Grundsätze des Österreichischen Pflegeverbandes) und Ansätze einer praktischen Realisierung (Beispiel Pflegeforschung in der Akademie) als auch durch Einbindung in den

⁴ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Akademie>, zuletzt geprüft am 30.01.2013

internationalen Kontext erfolgte. Die Etablierung der Pflege an Universitäten erfolgte zuerst darüber, dass die Sonderausbildungen für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal seit Anfang der 1980er Jahre als „Universitätslehrgänge für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal“ geführt werden konnten (durch eine Verbindung zur Universität Wien). Diese Universitätslehrgänge beziehen sich dabei auf Spezialisierungen im Berufsfeld Pflege, wobei die Absolvent/inn/en auf die Anforderungen des beruflichen Alltags in den jeweiligen Einrichtungen auf Basis theoretisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse hin qualifiziert werden sollten (Schrems 2001, S. 92).

In den 1980er Jahren lassen sich zudem Entwürfe und Projekte in Richtung eines pflegewissenschaftlichen Studiums feststellen: An der Universität Graz wurde 1985/86 die Möglichkeit geschaffen, dass Studierende mit dem Hauptfach Pädagogik ein pflegewissenschaftliches Lehrveranstaltungsprogramm als Kombinationsfach absolvieren konnten. Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung förderte Vorbereitungsarbeiten zu einem Curriculum Pflegewissenschaft als Vorarbeit für einen Studiengang der Donau-Universität Krems (der dann allerdings nicht zustande kam). Ein Studium mit der Bezeichnung Pflegewissenschaft wurde schließlich seit dem Wintersemester 1999/2000 an der Universität Wien im Rahmen eines interfakultären „Individuellen Diplomstudium“ möglich (Kriegl 1999, S. 11). Für Hochschulberechtigte mit oder ohne Ausbildung in einem Pflegeberuf bestand damit die Möglichkeit, ein Studium im Bereich der Pflege zu absolvieren.

Als wichtiger vorbereitender Schritt in Richtung einer zukünftigen Akademisierung der pflegeberuflichen Erstausbildung lässt sich die Aufnahme von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in die Berufsausbildung sehen. Bereits in den 1980er Jahren hatten einige Schulen begonnen, kleine Forschungsprojekte in die Ausbildung von Krankenpflegeschüler/inn/en zu integrieren (Kriegl 1999, S. 10). Im Jahr 1997 wurde das Unterrichtsfach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ in die rechtlichen Grundlagen für die Berufsausbildung aufgenommen. Das im Rahmenlehrplan verankerte Unterrichtsfach ist im Stundenausmaß von 80 Unterrichtsstunden über drei Ausbildungsjahre verteilt und verfolgt das Ziel, Forschung für Pflegende verständlich zu machen und Erkenntnisse der Pflegewissenschaft einzubringen (Kriegl 1999, S. 10). Eine wesentliche Weiterentwicklung für den Pflegeberuf brachte die Beschreibung sowie Festlegung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs (§ 14 GuKG) im Jahr 1997.⁵ Zuvor galt die berufliche Pflegearbeit hauptsächlich als „beruflich funktionale Qualifikation unter

⁵ In den Folgejahren wurden die Befugnisse von Pflegefachkräften durch Rechtsnormen in Österreich sukzessive erweitert. Als punktuelle Beispiele können hier die im Jahr 1998 normierte Erweiterung des Aufsichtsrechts über Pflegehelfer auf Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs (§ 84 Abs. 4 GuKG i.d.F. BGBl I 95/1998), das Recht zur Weiterdelegation ärztlich angeordneter Maßnahmen im Jahr 2004 (§ 15 Abs. 6 GuKG i.d.F. BGBl I 6/2004) und die im Jahr 2010 geregelte Anordnungsbefugnis von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (§ 5 Abs. 1 Z. 2 HeimAufG BGBl I 11/2004 i.d.F. BGBl I 18/2010), die in den Bereich der pflegerischen Versorgung fallen, genannt werden.

ärztlicher Verantwortung“ (Ertl-Schmuck 2002 zit. nach Them/Landenberger 2005, S. 174). Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wurde „die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller Pflegemaßnahmen [...]“ (ebd. S. 174), allgemein als Pflegeprozess bekannt, als spezifischer eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich der Pflege gesetzlich festgeschrieben. Darüber hinaus wird in den Bestimmungen über den Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich erstmals die „Mitwirkung an der Pflegeforschung“ als Aufgabe definiert. Damit wurde ein Wandel des beruflichen Selbstverständnisses von Pflege eingeleitet, weg von einer verrichtungsorientierten Beruf hin zu einer nutzerzentrierten, wissenschaftlich begründeten, interaktionsintensiven Dienstleistung (Schaeffer 1996; vgl. Spicker 2001).

Entscheidend für die aktuelle Teil-Akademisierung der Erstausbildung und die Etablierung von entsprechenden Bachelorstudiengängen war die mit dem Gesundheitsberuferechtsänderungsgesetz 2007 (GesBRÄG 2007) verbundene Änderung des GuKG. Das in Kraft treten des Änderungsgesetzes führte dazu, dass nunmehr eine Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auch im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen stattfinden kann (Gasser, Hausreither 2009, S. 64). Der Qualifikationsnachweis, der zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, kann nunmehr auch im Rahmen eines erfolgreich abgeschlossenen Fachhochschul-Bachelorstudienganges erfolgen.⁶

Bachelorabschlüsse für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege mit Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege können an vier Fachhochschulen erworben werden. Seit Wintersemester 2008/2009 gibt es in Wien einen Modellstudiengang ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘ an der FH-Campus Wien. Seit 2009 werden an der FH-Salzburg, seit 2010 an der FH Wiener Neustadt und seit 2012 an der Fachhochschule IMC Krems Bachelor-Studiengänge in der Gesundheits- und Krankenpflege realisiert, die dazu dienen, die Gesundheits- und Krankenpflege-Erstausbildung an den Fachhochschulen Österreichs zu etablieren. Zusätzlich entstanden 2-in-1-Modelle, bei denen traditionelle Gesundheits- und Krankenpflege-Schulen und (Privat)universitäten kooperieren und ihren Absolventinnen und Absolventen in 3,5 Jahren sowohl ein allgemeines Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege als auch einen Bachelor für Pflegewissenschaften anbieten.⁷ Die grundständigen Studiengänge der Gesundheits- und Krankenpflege erheben den Anspruch, pflegerische Kompetenzen wissenschaftlich zu begründen und das Spektrum

⁶ Die FH-Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung legt die im Rahmen des FH-Bachelorstudiengangs zu erwerbenden Kompetenzen fest.

⁷ Diese 2-in-1-Modelle gibt es auch für Kinder- und Jugendlichenpflege und für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (http://www.umit.at/page.cfm?vpath=studien/bachelor_studien/kombistudium-pflege, zuletzt geprüft am 08.02.2013). Eine Nischenposition bildet dabei der seit Herbst 2008 geführte Bachelor-Studiengang Advanced Nursing Practice-ANP an der FH Krems, der bereits in der Pflege Tätigen mit einer abgeschlossenen Pflegeausbildung die Möglichkeit zur tertiären Höherqualifikation eröffnet und zur Vertiefung pflegerischen Wissens beitragen soll.

an Kompetenzen zu erweitern, um somit den steigenden Anforderungen in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

Die Studiengänge haben eine gemeinsame Spezifik: Die Absolvent/inn/en sind nach den gesetzlichen Bestimmungen zur Ausübung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt und sie sind berechtigt, die Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“ / „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ zu führen (§ 12 Abs. 1 GuKG).

Die Akademisierung der Pflege zeigt ein breites Feld an Möglichkeiten, pflegerelevante Studiengänge zu absolvieren und ist in Österreich wie in anderen Ländern durch eine Vielzahl an Studienmöglichkeiten gekennzeichnet (vgl. für Deutschland: Kälbe 2012, S. 41).

2.2 Rahmenbedingungen und Kontext der akademischen Pflegeausbildung

2.2.1 Der europäische Kontext

In Europa lassen sich seit mehr als zehn Jahren intensive Bestrebungen zu einer allgemeinen Vereinheitlichung von Hochschul- und Berufsausbildungsstandards feststellen, die auch auf das Berufsfeld Pflege einwirken. In den Lissabon-Zielen der Europäischen Union aus dem Jahr 2000⁸, die auf die Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit Europas ausgerichtet waren, wurde dem Bildungsbereich eine wichtige Rolle zugeschrieben. Transparenz von Qualifikationen und die Förderung des ‚lebenslangen Lernens‘ wurden zu wesentlichen Bestandteilen der zur Erreichung der Lissabon-Ziele festgelegten Strategie. Im Bereich der Hochschulbildung war seit 1999 der Bologna-Prozess darauf ausgerichtet, die unterschiedlichen europäischen Hochschulsysteme in einem transparenteren dreigliedrigem System (Bachelor – Master – Promotion) zu integrieren. Im Bereich der beruflichen Bildung wurde mit dem Kopenhagen-Prozess seit 2002 die Europäische Zusammenarbeit ausgebaut.⁹ Um beide Prozesse – Bologna und Kopenhagen – zu verbinden und damit auch das Lebenslange Lernen zu fördern, wurde die Entwicklung eines Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) initiiert (Weiss 2009, S. 80 ff.). Der EQR dient als Übersetzungsinstrument, um nationale Qualifikationen europaweit transparent zu machen und damit die grenzüberschreitende Mobilität von Beschäftigten und Lernenden und deren lebenslanges Lernen zu fördern.¹⁰ Kernstück des EQR sind die in einem umfassenden Raster abgebildeten acht Referenzniveaus, denen Qualifikationen zugeordnet werden können.¹¹

⁸ Siehe zu den Lissabon-Zielen der Europäischen Union: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_de.htm (abgerufen am 14.02.2013)

⁹ Siehe zum Kopenhagen-Prozess: http://ec.europa.eu/education/vocational-education/copenhagen_de.htm http://ec.europa.eu/education/vocational-education/copenhagen_de.htm (abgerufen am 14.02.2013)

¹⁰ Siehe: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf_de.htm (abgerufen am 14.02.2013)

¹¹ Siehe: http://www.bmukk.gv.at/europa/eubildung/nqr/nationaler_qualifikationsrah.xml (abgerufen am 14.02.2013)

Diese reichen von einfachen Kompetenzen wie dem „Arbeiten oder Lernen unter direkter Anleitung in einem vorstrukturierten Kontext“ (Niveau 1) bis hin zur Kompetenzbeschreibungen der Niveaustufe 8, wonach „wissenschaftliche und berufliche Integrität und nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten, einschließlich der Forschung“ für den Inhaber der Qualifikation auszuweisen sind (Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS) 2011, S. 33). In Bezug auf Pflegefachkräfte sind die Niveaus 4,5,6 relevant. Der Nationale Qualifikationsrahmen (NQR) für Österreich soll die „impliziten Niveaus des österreichischen Qualifikationssystems explizit machen und somit eine transparente Zuordnung zu den Niveaus des EQR erleichtern“¹².

Da die meisten europäischen Länder – und hier besonders die neuen EU-Staaten – die Pflegeerausbildung bereits im tertiären Sektor verankert haben¹³, bestand auch in Österreich ein verstärkter Handlungsbedarf, die Pflege aus der „Bildungssackgasse“ herauszuholen und sie in ein durchlässiges Bildungssystem einzugliedern (Gruber, Kastner 2005).

Schon lange, bevor die aktuellen berufsfeld- und qualifikationsniveau-übergreifenden Initiativen in Europa ergriffen wurden, wurde bereits die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester europäisch geregelt (wie auch die Ausbildung für weitere reglementierte Berufe). Bereits seit 1977 wurde die Ausbildung in den europäischen Mitgliedstaaten durch verbindliche Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft geregelt (Behrendt 2008, S. 15). So regelt die Richtlinie 2005/36/EG die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen und die Mindestanforderungen an die pflegerische Ausbildung. Die Umsetzung dieser Richtlinien erfolgt durch nationale Berufsgesetze. Europaweit findet die Ausbildung für geregelte Gesundheitsfachberufe, wie die Pflegeausbildung, überwiegend im tertiären Bildungsbereich statt. Das in der Richtlinie 2005/36/EG in Anhang V ausgeführte Ausbildungsprogramm ist für die Ausbildung zur Krankenschwester und Krankenpfleger (die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind) für alle EU-Mitgliedsstaaten bindend (Hanika, Roßbruch 2007). Zum Zwecke der Anerkennung der Gleichwertigkeit der Diplome innerhalb der Europäischen Union legt die Richtlinie für die Gesundheits- und Krankenpflege Mindestausbildungsvoraussetzungen fest. Die EU-Richtlinie unterscheidet nicht, an welcher Institution die Berufsqualifizierung erreicht wurde. Die Einhaltung der Vorgaben der EU Richtlinien gelten ebenso für Bachelor-Studiengänge.

Gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft verfolgt die Richtlinie dabei das Ziel, die Hindernisse für den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedsstaaten zu beseitigen. Zentral dafür ist es, die Anerkennung von

¹² Siehe das „Konsultationspapier – Nationaler Qualifikationsrahmen für Österreich“, Seite 7, http://www.bmukk.gv.at/medienpool/15830/nqr_konpap_08.pdf (zuletzt abgerufen am 14.02.2013).

¹³ Bereits im Jahr 2007 fanden in den meisten der damals 25 Mitgliedsstaaten die Ausbildung für geregelte Gesundheitsfachberufe, wie Pflege im tertiären Bereich statt Heinrich, Roßbruch 2007, S. 106.

Berufsqualifikationen zu erleichtern und EU-weite gemeinsame Ausbildungsgrundsätze zu erlassen, um damit die Mobilität und Freizügigkeit auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu realisieren. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union hatten bis 2007 Zeit, die EU Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in innerstaatliches Recht umzusetzen.¹⁴ Im europäischen Vergleich variieren die Systeme der Ausbildung respektive Dauer, Verortung und Abschluss (Heinrich, Roßbruch 2007). Beispielsweise gibt es in Deutschland im tertiären Bildungsbereich so genannte pflegebezogene Studiengänge, die einen einschlägigen Berufsabschluss voraussetzen und wiederum pflegeorientierte Studiengänge, die eine berufliche Qualifikation inkludieren.¹⁵ Die Modelle der pflegeorientierten Studiengänge werden als grundständig generalistisch bzw. grundständig primärqualifizierend bezeichnet (Gerlach 2012, S. 75), wobei die Studienzeit in der Regel vier bis fünf Jahre beträgt. In den anderen EU-Mitgliedsstaaten wie z.B. Dänemark, Griechenland, Polen, Portugal, Tschechien, Niederlande, Finnland, Estland, Belgien und Zypern beträgt die Studienzeit der Bachelorausbildung mehr als 3 Jahre (Heinrich, Roßbruch 2007: 106).

Die Vielfalt der europäischen Regelungsansätze und die Verbindung von direkt pflegerelevanten Regulierungen (Pflege als Teil von reglementierten Berufen) und berufsfeldübergreifenden und damit indirekt wirksamen Veränderungen (Bologna, Kopenhagen, lebensbegleitendes Lernen) verweist darauf, dass die Akademisierung der Pflege-Ausbildung in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Strategien und Ansätze stattfindet.

2.2.2 Der gesetzliche Rahmen für die Grundausbildung in Österreich – Anforderungen an die Erstausbildung

Im Folgenden werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die berufliche Erstausbildung an einer Fachhochschule als auch an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege regeln, kurz dargestellt. Im Fokus stehen dabei die gesetzlichen Bestimmungen der Berufsbezeichnung, Berufsausübung sowie das Qualifikationsprofil bzw. Kompetenzbeschreibungen (die erstmals in der GuK-Fachhochschulverordnung explizit beschrieben werden).¹⁶

¹⁴ Auf folgender Website der Europäischen Kommission sind Informationen zur Umsetzung der Richtlinie erhältlich; http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_de.htm (zuletzt abgerufen am 21.02.2013). Die letzten vergleichenden Angaben von der Europäischen Kommission sind aus dem Jahr 2007.

¹⁵ Letztere zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass sie die im Berufsfeld bestehende Differenzierung der in Deutschland bestehenden Kranken- oder Altenpflege nicht nachvollziehen.

¹⁶ Die beiden Ausbildungsverordnungen sind von Umfang und Struktur unterschiedlich. Neben der unterschiedlichen Struktur umfasst die GuK-Fachhochschulverordnung 5 Seiten (ohne Anlagen), während die GuK-Verordnung 26 Seiten (ohne Anlagen) umfasst.

2.2.2.1 Ausmaß von theoretischer und praktischer Ausbildung

Die gesetzliche Grundlage für die Ausbildung in den Berufen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bildet das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und die darauf aufbauenden Verordnungen GuK-AV für die schulische Ausbildung und FHGuK-AV für die Fachhochschul-Ausbildung. Diese Dokumente bestimmen Art und Umfang der Mindestanforderungen an die Ausbildungen.

Nach dem derzeit geltenden Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) muss die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis enthalten, „wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat“ (§ 41 Abs. 2 GuKG). Die Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung sieht vor, dass die theoretische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt mindestens 2.000 Stunden umfasst (§ 15 GuK-AV). Die praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege umfasst insgesamt mindestens 2.480 Stunden (§ 18 GuK-AV). Die Fachhochschul-Verordnung sieht vor, dass die praktische Ausbildung mindestens 2.300 Stunden umfassen muss (§ 2 FHGuK-AV). So bliebe eine Differenz von 180 Stunden.

Für die Planung, Durchführung und Organisation der praktischen Ausbildung an den Praktikumsstellen sind Grundsätze sowie Ausbildungs- und Lernstrategien ebenfalls in den jeweiligen Verordnungen festgelegt (§ 4 FHGuK-AV, § 19 GuK-AV). Die Mindestanforderungen an die Praktikumsstellen sind weitestgehend gleich bestimmt.

Die in der FHGuK-AV bestimmten Mindestanforderungen an die Praktikumsanleitung beziehen sich auf die Eignung von Personen. Diese ist gegeben wenn die für die Praktikumsanleitung vorgesehenen Personen

1. „über eine mindestens zweijährige facheinschlägige Berufserfahrung in einem für das jeweilige Praktikum relevanten Berufsfeld“ verfügt und
2. „pädagogisch-didaktisch für die Vermittlung der im jeweiligen Praktikum zu erwerbenden Kompetenzen geeignet“ ist.

Dies entspricht den Ausführungen der GuK-AV über die Anforderungen an Fachkräfte, die zur Betreuung und Anleitung in den Praktikumsstellen eingesetzt werden.

Unterschiedlich bestimmt sind u.a. der Ausbildungsschlüssel in den Praktikumsstellen und das so genannte „angeleitete“ Praktikum. In den Mindestanforderungen gemäß § 4 Abs. 2 Z. 8 FHGuK-AV heißt es dazu: „Insbesondere ist sichergestellt, dass ein/eine Angehörige/r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder eine andere fachkompetente Person gemäß § 7 während des gesamten Praktikums höchstens zwei Auszubildende gleichzeitig anleitet und kontinuierlich betreut (Ausbildungsschlüssel 1:2).“ Bei Auszubildenden an den GuK-Schulen ist das Betreuungsverhältnis 1:4.

1999 wurde das sogenannte „angeleitete Praktikum“ in der Pflegeausbildung eingeführt, bei dem zusätzlich eine Lehrperson aus der Schule am Praktikum teilnimmt bzw. dieses anleitet (§ 19 Abs. 2 GuK-AV). Mit dieser Ausbildungsveränderung sollte ein Transfer von der Theorie in die Praxis unterstützt und das Problem der voneinander isolierten Lernorte Schule und Praxis verringert werden (vgl. Roes 2004). Die Bestimmungen zum angeleiteten Praktikum sind der FH-Ausbildung nicht zu entnehmen. In der Fachhochschul-Ausbildung gibt es am Ende der Ausbildung zudem keine praktische Diplomprüfung.

2.2.2.2 Zugangsvoraussetzungen

Die meisten der allgemeinen Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege gelten sowohl für die Ausbildung an GuK-Schulen wie auch für die Ausbildung an Fachhochschulen. Dazu gehören die körperliche und geistige Eignung, wobei erstere in der Regel durch eine amtsärztliche Untersuchung festgestellt wird, letztere durch einen Eignungstest, ein Bewerbungsgespräch sowie die Berücksichtigung der Bewerbungsunterlagen. Weiteres wird die Vertrauenswürdigkeit der Person mittels polizeilichen Führungszeugnisses geprüft. Diese Bedingungen müssen nach Abschluss der Ausbildung für die Erteilung der Berufsberechtigung ebenfalls vorhanden sein. Die positive Absolvierung von zehn Schulstufen¹⁷ bildet schließlich die letzte Zulassungsbedingung, wodurch eine Ausbildung an den GuK-Schulen ab dem 16. Lebensjahr möglich ist (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) 2006; Weiss-Faßbinder 2010)¹⁸. Für die Ausbildung an einer Fachhochschule (Zugangsvoraussetzung zu einem Fachhochschul-Bachelorstudiengang) ist allerdings zusätzlich entweder die allgemeine Universitätsreife oder aber eine einschlägige berufliche Qualifikation erforderlich.

2.2.2.3 (Lern) Orte der Ausbildung

Innerhalb des Berufsbildungssystems in Österreich gehört die Pflegeausbildung traditionell zu den beruflichen Dualsystemen, die durch institutionelle Lernortkooperationen bzw. Lernortverbunde charakterisiert ist (Schwendenwein 1994). Im Fall der Grundausbildung an GuK-Schulen umfassten diese Lernortkooperation traditionellerweise ein Krankenhaus und die daran angegliederte Krankenpflegeschule. Seit dem GuKG aus dem Jahre 1997 und der darauf aufbauende GuK-Ausbildungsverordnung (GuK-AV) wurde der Lernortverbund insofern erweitert, als nun auch Einrichtungen, die beispielsweise Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder Sozialdienste anbieten, im Rahmen der praktischen

17 Die von der EU-Kommission geplante Änderung der „Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“ (2005/36/EG) sieht vor, die Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege mit 12 Jahren allgemeiner Schulbildung verpflichtend festzulegen (<http://gesundheit-soziales.verdi.de/beruf/pflege/eu-richtlinie>, zuletzt geprüft am 20.11.2012). Österreich hat im Jahr 2012 dem Vorschlag die Zugangsvoraussetzung von bisher 10 Schuljahren auf 12 Jahre allgemeine Schulbildung heraufzusetzen, zugestimmt.

18 Eine Ausnahme bildet hier die Ausbildung zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, für die ein Lebensalter von 18 Jahren erforderlich ist.

Ausbildung verpflichtend aufzusuchen sind (§ 43 Abs. 1 GuKG). Diese Auswahl an unterschiedlichen Einrichtungen des Berufsfeldes soll für die Absolvent/inn/en den Erwerb notwendiger Handlungskompetenz in allen Bereichen der Pflege sicherstellen.

In den neuen Pflege-Studiengängen im tertiären Sektor wird das duale System derzeit beibehalten. Die praktische Ausbildung findet zu einem überwiegenden Teil in Einrichtungen des Berufsfeldes statt. Da die Träger der Ausbildungen gewechselt haben und nun nicht mehr an eine Krankenanstalt angeschlossen sind, müssen Praktikumsplätze erst lukriert werden. Die FH Wien hat zu diesem Zweck ein Kooperationsabkommen mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) geschlossen, das für die Studierenden die erforderliche Anzahl an Praktikumsplätzen sowie die fachkompetente Anleitung garantieren soll (vgl. Engel 2008). Für Studierende der Fachhochschulen ist die o.g. gesetzlich bestimmte Ausbildung des „angeleiteten Praktikum“ nicht vorgesehen.

2.2.2.4 Kompetenzorientierung in der Ausbildung

Ein deutlicher Unterschied lässt sich in den Ausbildungsverordnungen in der Bezugnahme auf den Kompetenz-Begriff feststellen. In der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung wird der Begriff lediglich einmal im Zusammenhang mit Ausbildungszielen erwähnt. Ein Ziel der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist demnach „die Ausrichtung der Pflege nach einer wissenschaftlich anerkannten Pflgetheorie und deren Erkennung als einen analytischen, problemlösenden Vorgang sowie zielgerichtetes und eigenverantwortliches pflegerisches Handeln unter Bedachtnahme auf die beruflichen Kompetenzen und ethischen Grundprinzipien“ (§ 2 Z. 5 GuK-AV).

In der FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung ist Kompetenz dagegen ein zentraler Begriff: Bereits im § 1, der das Qualifikationsprofil beschreibt, heißt es, dass die Absolvent/inn/en im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowohl „Fachkompetenz“, als „sozialkommunikative Kompetenz und Selbstkompetenz“ sowie „wissenschaftliche Kompetenz“ zu erwerben haben.

Auch bei der Gestaltung der Ausbildung steht Kompetenz begrifflich im Zentrum: So gehe es um die „Förderung von Schlüsselqualifikationen in den Bereichen sozialkommunikative und methodische Kompetenz sowie Selbstkompetenz als Voraussetzung für die situationsadäquate Anwendung von fachlichem und fächerübergreifendem Wissen in den beruflichen Handlungsfeldern einschließlich situative Handlungskompetenz in zwischenmenschlichen Beziehungen“ (§ 4 Abs. 1 Z. 5 FHGuK-AV). In drei Anlagen wird umfangreich dokumentiert, wie die Fachkompetenz, die sozialkommunikative Kompetenz und Selbstkompetenz sowie die wissenschaftliche Kompetenz auszusehen hat. Die Kataloge sind dabei so umfangreich, dass offen bleibt, wie diese Fähigkeiten in drei Jahren erworben werden können. Allein die „Individuumsbezogene Fachkompetenz“ umfasst 35 unterschiedliche Fähigkeiten, wie zum Beispiel die folgenden:

Der Absolvent/Die Absolventin

- „kann zentrale Konzepte, Modelle, Theorien, Prinzipien, Handlungsabläufe, Methoden und Techniken der Pflege nach kritischer Überprüfung situations- und individuumsbezogen in die Gesundheits- und Krankenpflege integrieren;“
- „kann anhand der Pflegeanamnese sowie geeigneter Assessmentinstrumente den Entwicklungsstand, die gesundheitlichen Risikofaktoren und -indikatoren, Probleme, Erfordernisse, Bedürfnisse, Entwicklungspotenziale und Ressourcen von Menschen aller Altersstufen sowie von Familien unter Berücksichtigung des kulturellen und weltanschaulichen Kontextes ermitteln und diese im pflegediagnostischen Prozess verarbeiten;
- besitzt Fakten-, Methoden- und Begründungswissen über Ziele, Wirkungsweisen, Durchführungsmodalitäten, Gefahren und Komplikationen von medizinischer Diagnostik und Therapie bei der Ausübung diagnostisch oder therapeutisch relevanter Interventionen und Pflegetechniken bei Menschen aller Altersstufen.

Vergleichbar anspruchsvolle Kataloge sind noch im Hinblick auf weitere Kompetenzen aufgeführt. Zu diesen gehören die „Organisationsbezogene Fachkompetenz“ und die „Gesellschaftsbezogene Fachkompetenz“, „Sozialkommunikative Kompetenz“, „Selbstkompetenz“ und „Wissenschaftliche Kompetenz“ sind kürzer gehalten, aber ebenfalls ausgesprochen anspruchsvoll.

2.2.2.5 Berufsbild und Berufsberechtigung

Das Berufsbild für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege wird durch § 11 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegt, der besagt das „der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ ist.

Die Paragraphen §§ 27 - 40 GuKG enthalten die gesetzlichen Bestimmungen zur Berufsberechtigung. Berechtigt, den Beruf für Gesundheits- und Krankenpflege auszuüben, sind demnach Personen die

- eigenberechtigt¹⁹ sind,
- die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche körperliche und geistige Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen (siehe dazu Absatz ‚Zugangsvoraussetzungen‘),
- einen Qualifikationsnachweis erbringen und

¹⁹ Eigenberechtigung setzt die Vollendung des 19. Lebensjahres voraus und geht bei Bestellung eines Sachwalters gemäß § 273 ABGB verloren. <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/27.html>, zuletzt geprüft am 22.2.2013

- über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen (§ 27 Abs. 1 GuKG).

Der Qualifikationsnachweis kann sowohl durch Absolvierung der Ausbildung an GuK-Schulen als auch durch das Bachelor-Studium an der FH erworben werden. Eine Verleihung der Berufsberechtigung ist dabei nicht vorgesehen, sondern wird nach Vorliegen der o.g. Voraussetzung angenommen (Weiss-Faßbinder 2010). Hinsichtlich der Berufsberechtigung sind beide Gruppen (FH- und GuK-Absolvent/inn/en) gleichgestellt. Allerdings erlangen die FH-Absolvent/inn/en gleichzeitig mit ihrer Berufsberechtigung einen ersten Hochschulabschluss, der ihnen die Möglichkeit zur (sofort anschließenden) Höherqualifizierung (Master) gibt.

2.2.3 Problembereiche und offene Fragen hinsichtlich der veränderten Rahmenbedingungen

In der Diskussion um die Entwicklung der Pflegeberufe zeichnen sich Spannungsverhältnisse, Problembereiche und offene Fragen hinsichtlich der veränderten Rahmenbedingungen ab. Ein Problemfeld ist das der Zuordnung diverser Gesundheitsberufe zu den geplanten acht Niveaus des NQR. Ein Beispiel ist das Zuordnungsproblem von akademisch ausgebildeten Gesundheitsberufen, also „Gesundheits- und Krankenpflegeschulen versus Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ (Weiss 2009, S. 92). Susanne Weiss stellt in ihrer Darstellung zum europäischen und nationalen Qualifikationsrahmen im Kontext der österreichischen Gesundheitsberufe fest, dass sich die Gesundheitsberufe zum Teil schwer zuordnen lassen. Während sich beim Studium der Humanmedizin das Problem zeige, dass die Facharzt/Fachärztin-Ausbildung „wohl in Niveau 8 einzustufen sei“ und dann unklar wäre, „wo dann zB ein Universitätsprofessor einzustufen ist“ wäre das Problem in Bezug auf die Bachelorstudien folgendes: „Zu hinterfragen ist weiters die Beschreibung der Kompetenz in Niveau 6, dass dem Bachelor-Abschluss zugeordnet werden soll, insofern, als Absolvent/-innen eines Bachelor-Studium im Schnitt wohl kaum die angeführte Kompetenz vorweisen können“ (Weiss 2009, S. 92). Damit zusammenhängend sei die Einstufung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege ein weiteres Problem, denn die FH-Absolvent/inn/en „erhalten die gleiche Berufsberechtigung wie Absolvent/innen einer Schule für allgemeine Gesundheit- und Krankenpflege, obwohl diese auf Sekundarstufe (Zugangsvoraussetzung: 10 Schulstufen) und der FH-Studiengang jedenfalls auf in NQR-Niveau 6 einzustufen sein wird“ (Weiss 2009, S. 92).

Die Zuordnungsprobleme verweisen prinzipiell (auch wenn sie konkret entschieden sind und folgende Zuordnungsprobleme auch entschieden werden) darauf, dass veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich verschiedenen Akteure neue Verhandlungsspielräume ermöglichen. Zuordnungen, Status, Kompetenzen, Aufgaben und Privilegien werden partiell neu verhandelt. Die Zuordnungsprobleme, Spielräume und Spannungsverhältnisse, die sich aus divergierenden rechtlichen Anforderungen ergeben,

sind nicht auf einzelne Ebenen beschränkt, sondern finden auf unterschiedlichen Ebenen statt (EU, Nationalstaat, Wissenschaftssystem, Berufsverbände, Bildungssystem etc.). Insofern können auf verschiedenen Ebenen und von verschiedenen Akteuren diese Spielräume genutzt werden, um sich in der aktuellen Umbruchsituation zu positionieren. Die Absolvent/inn/en von pflegerelevanten Studiengängen werden in der Diskussion um die Zukunft der Pflege vielfach als Change Agents diskutiert. Damit ist gemeint, dass es sich bei dieser Gruppe um sehr wichtige Akteure handelt bzw. handeln könnte, um die Transformation der Pflege von einer funktions- und ablauforientierten Gesundheitsberufes im Schatten des ärztlichen Berufs hin zu einer eigenständigen Gesundheitsprofession zu befördern. Ob Bachelor-Absolvent/inn/en eine solche Rolle übernehmen können, ist ungewiss und unwahrscheinlich²⁰, doch ist die partielle Akademisierung der Pflege-Erstausbildung ein Faktor, der das etablierte System de facto verändert. Wie die ersten Bachelor-Absolvent/inn/en diese Veränderungen und ihre eigene Rolle darin wahrnehmen, welche Spielräume sie für sich wahrnehmen und wie sich in den skizzierten Rahmenbedingungen bewegen, wird im Folgenden dargestellt.

²⁰ Schaeffer, Moers und Hurrelmann (2010) haben diese Frage in Deutschland in Bezug auf Public Health und Pflegewissenschaft diskutiert und sind der Ansicht, dass angesichts der Schwierigkeiten von Absolvent/inn/en von Masterstudiengängen, beruflich als change agents wirksam zu werden, davon auszugehen sei, dass Bachelor-Absolvent/inn/en „von Ausnahmen abgesehen – wenige spezifisch gesundheitswissenschaftliche Spuren in der Praxis hinterlassen können“ (Schaeffer, Moers und Hurrelmann 2010, S. 15).

3 Empirischer Teil

3.1 Zur Untersuchungsperspektive

Diese Studie geht von der Annahme aus, dass sich die Absolvent/inn/en unter den gesellschaftlich in Veränderung befindlichen Umständen im Berufsalltag bewegen und damit ihr spezifisches Selbstverständnis und ihre Handlungsfähigkeit unter ambivalenten Bedingungen finden (müssen). Was die teilweise Akademisierung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich im Bereich der Pflege zukünftig verändern wird, ist noch offen. Formal haben die hier befragten Absolvent/inn/en die gleiche Berufsberechtigung wie Absolvent/inn/en der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Auf der symbolischen Ebene ist ihr Status ein anderer: Sie feierten Sponion²¹, und sie haben neben ihrer Berufsberechtigung einen akademischen Titel. Der akademische Abschluss gibt ihnen die Möglichkeit, sich direkt im Anschluss an ihren Bachelorabschluss durch ein Masterstudium höher zu qualifizieren. Worin der gesellschaftliche Mehrwert einer akademischen Ausbildung liegt, wurde bisher durch Bedarfsanalysen, wie viele akademische Pflegefachkräfte zukünftig gebraucht werden, indirekt formuliert (Rottenhofer et al. 2012). Wie ein Nebeneinander und Miteinander von traditionell ausgebildeten und akademisch ausgebildeten Pflegekräften im Feld der Pflege aussehen wird, ist dabei offen geblieben. Welchen konkreten ‚Mehrwert‘ eine akademische Ausbildung in der Pflege haben wird, ist ungeklärt. Die Frage danach steht im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Zur Erfassung der Wahrnehmung und Deutungsmuster der Absolvent/inn/en bietet die qualitative Sozialforschung mit ihren offenen Verfahren einen Zugang, der eine ‚explorierende Felderkundung‘ (Lamnek 1988, S. 22) ermöglicht. Gemäß dem Prinzip der Offenheit, das in der qualitativen Sozialforschung eine Grundhaltung in der Herangehensweise darstellt, erfolgte vorab keine theoretische Strukturierung des Gegenstandes, was bedeutet das vorab keine Hypothesen formuliert wurden. Da über die Sichtweisen der ersten Generation der grundständig akademisch ausgebildeten Fachkräfte für ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘ keine Daten vorliegen, wurde ein offenes Verfahren gewählt, dass es ermöglicht, Hypothesen zu generieren (vgl. Lamnek 1988, S. 23).

3.2 Vorüberlegungen und Begriffsklärungen zum Untersuchungsgegenstand

Die Frage danach, wie die Absolvent/inn/en ihre Ausbildung sehen und was für sie den ‚Mehrwert‘ einer akademischen Erstausbildung in der Pflege ausmacht, steht im Kontext der Berufsbildungsforschung. In den Vorüberlegungen zu dieser Studie wurden daher zentrale Begriffe dieses Forschungsgebiets daraufhin reflektiert, inwieweit sie als Rahmen und Heuristik zur Annäherung an die Forschungsfrage genutzt werden können. In der Diskussion der Professionalisierung der Pflege spielen die Begriffe der beruflichen Sozialisation, der

21 Siehe Campus Wien, „Erste AbsolventInnen der Gesundheits- und Krankenpflege feiern Sponion“ http://www.fh-campuswien.ac.at/die_fh/news/?full=3657 (zuletzt abgerufen am 25.02.2013)

beruflichen Identität und des beruflichen Selbstverständnisses eine wichtige Rolle (Albert 1998). Diese drei Begriffe werden im Folgenden diskutiert, um Reichweite und Rahmen der Fragestellung dieser Studie näher zu bestimmen.

Allgemein wird unter beruflicher Sozialisation die Entwicklung von Persönlichkeitsstrukturen verstanden, die sich in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Bedingungen des Arbeitslebens und der Arbeitsprozesse ergeben. Wolfgang Lempert definiert berufliche Sozialisation in seiner vielzitierten Einführung folgendermaßen:

„Unter beruflicher Sozialisation verstehen wir die Entwicklung, das heißt die Entfaltung, Verfestigung und Veränderung individueller Persönlichkeitsstrukturen in Prozessen der direkten und indirekten Auseinandersetzung (Interaktion) mit sozialen und sozial geprägten Merkmalen beruflicher und betrieblicher Umweltstrukturen, die dadurch selbst reproduziert, aber auch transformiert werden können“ (Lempert 2002, S. 186).

In dieser Definition zeigt sich, dass sich die berufliche Sozialisation in diesem Sinne noch nicht umfassend untersuchen lässt: Aufgrund der individuellen Neuheit in den Umweltstrukturen, der Neuheit der akademischen Erstausbildung generell und der geringen Anzahl von Absolvent/inn/en lassen sich keine verallgemeinernden Aussagen über die Entfaltung, Verfestigung und Veränderung individueller Persönlichkeitsstrukturen in Prozessen der direkten und indirekten Auseinandersetzung feststellen, und auch die Veränderung betrieblicher Umweltstrukturen kann in ersten Ansätzen sichtbar werden. Was sichtbar werden kann, so die Vorüberlegung, sind erste Themen und Spannungsfelder, die für diese spezifische berufliche Sozialisation von hoher Bedeutung sind.

Ein zweiter, oft verwendeter Begriff ist der der beruflichen Identität. „Berufliche Identität entwickelt sich im Laufe der beruflichen Sozialisation und unterliegt insofern permanenten Veränderungen“, stellt Martin Albert in seiner qualitativen Untersuchung zu den berufsintegrierten Studiengängen im Bereich Pflegedienstleitung/Pflegemanagement und Pflegepädagogik fest (Albert 1998, S. 51). In ihrem Strategiepapier „Pflege neu denken“ der Robert Bosch Stiftung wird postuliert: „Persönliche und berufliche Identität zu entwickeln, ist ein lang dauernder und im Leben nie gänzlich abgeschlossener Prozeß“ (Robert Bosch Stiftung 2001, S. 28). Die Auszubildenden seien (in der traditionellen Ausbildung) in das reguläre Arbeitsgeschehen einbezogen, würden „innerhalb eines zu verantwortenden Handlungsgeschehens die konkreten Anforderungen des Berufes“ kennenlernen, würden manuelle Fertigkeiten erwerben, Normen, Einstellungen, Wertorientierungen übernehmen und ihre individuelle Belastbarkeit erfahren: „So wird berufliche Identität erworben.“ (Robert Bosch Stiftung 2001, S. 37) Auch in Bezug auf Identität, so die Vorüberlegung könnte bereits sichtbar werden, welche Themen und welche individuelle Rahmung für die Absolvent/inn/en zentral für die weitere Identitätsbildung erscheinen.

Der dritte Begriff ist der des beruflichen Selbstverständnisses. Die Begriffe Selbstverständnis im Allgemeinen und berufliches Selbstverständnis im Besonderen werden vielfältig verwendet. Der Begriff Selbstverständnis wird im Duden dabei wie folgt definiert: „Das

Selbstverständnis ist die Vorstellung von sich selbst, mit der eine Person oder Gruppe lebt und sich in der Öffentlichkeit darstellt.“²²

Definitionen und Untersuchungen zum beruflichen Selbstverständnis lassen sich insbesondere im pädagogischen Bereich finden (vgl. Esslinger 2002, Warwas 2009). Das berufliche Selbstverständnis (synonym: Berufsauffassung) wird vielfach in Abgrenzung zum Konzept der beruflichen Rolle definiert. Während die berufliche Rolle die Gesamtheit von formellen und informellen Verhaltensanweisungen und normativen Verhaltensanforderungen bündelt, umfasst das berufliche Selbstverständnis die im beruflichen Kontext erworbenen Einstellungen und Verhaltensweisen derer, die den jeweiligen Beruf ausüben bzw. entsprechende berufliche Positionen innehaben. Es handelt sich dabei insbesondere um die Einstellungen und Verhaltensweisen, denen eine orientierende und handlungsleitende Funktion für die Alltagspraxis zuerkannt wird. Als konstitutive Bestandteile lassen sich kognitive Anteile (wie Aufgabeninhalte), affektiv-evaluative Anteile (z. B. Erfolgsmaßstäbe) sowie dispositionelle Anteile (z. B. Habitus im Umgang mit Kolleg/inn/en) unterscheiden (Ware 2008, S. 478).

Der Begriff des beruflichen Selbstverständnisses ist insofern der Begriff mit der höchsten Offenheit, da hier stärker Einstellungen und Vorstellungen im Vordergrund stehen.

3.3 Methode und Prozess der Befragung

3.3.1 Gegenstand der vorliegenden Untersuchung

Ausgehend von der Prämisse, dass die Akademisierung der Pflege gleichermaßen Resultat als auch Motor für Veränderungen ist, wurde im Folgenden ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um herauszuarbeiten, wie das eigene Handeln der ersten Absolvent/inn/en in den institutionellen Strukturen, in der Wissenschaft und in der Geschichte verortet wird. Den Interpretationsrahmen bildet dabei das berufliche Selbstverständnis.

Dem qualitativen Paradigma in der Sozialwissenschaft folgend, soll in induktiver Weise die persönliche Wirklichkeit der Befragten erforscht werden und somit „die Theorie nicht an den untersuchten Gegenstand herangetragen“ (Niethammer 2006) werden.

Die Absolvent/inn/en haben ihr Studium im Sommer 2011 abgeschlossen und waren damit unter den ersten, die im Pilotprojekt „Gesundheits- und Krankenpflege“, das im Herbst 2008 startete, ihr Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege beendeten. Zum Zeitpunkt der Erhebung gab insgesamt nur 36 Absolvent/inn/en des Bachelor-Studienganges Gesundheits- und Krankenpflege in Wien.

Die Gesundheits- und Krankenpflege wurde dabei erstmals als generalistisches Studium in Kombination mit der Berufsberechtigung angeboten²³.

²² <http://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstverstaendnis>

3.3.2 Datenerhebung: Problemzentrierte Interviews

3.3.2.1 Zielgruppe und Auswahl der Interviewpartner/innen

Befragt wurden fünf der ersten Absolvent/inn/en des Studienganges Gesundheits- und Krankenpflege der Fachhochschule in Wien. Zugelassen wurden im ersten Fachhochschulstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Wien im Jahr 2008 50 Personen. Am 5. Juli 2011 feierten 36 Absolvent/inn/en des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege ihre Sponson.²⁴

Der erste Zugang zu den Absolvent/inn/en des Bachelor-Studienganges Pflege erfolgte über die Studiengangsleiterin, die das Vorhaben unterstützte, indem sie acht Namen und E-Mail-Adressen zur Verfügung stellte. Die verfügbaren Absolvent/inn/en wurden angeschrieben und erhielten bei Nicht-Reaktion die Einladung ein zweites Mal (Reminder).

Von den acht von der Studiengangsleiterin genannten Absolvent/inn/en konnten letztlich fünf für ein Interview gewonnen werden. Alle Interview-Teilnehmer/inn/en wurden um die Vermittlung weiterer Kontakte (email-Adressen) von Kommiliton/inn/en gebeten, da die Stichprobe über die Auswahl der Studiengangsleitung hinaus erweitert werden sollte. Dieses in der Forschung auch als Schneeball-Auswahl bezeichnete Verfahren wurde gewählt, da sich der Zugang zu dieser speziell sehr kleinen Gruppe erster Bachelor Absolvent/inn/en schwierig gestaltete und Verzerrungen durch den Erstzugang vermieden werden sollte. Mit dieser Vorgehensweise konnten insgesamt 20 Kontaktadressen gewonnen werden. Diese konnten jedoch nicht für Interviews gewonnen werden; es haben sich ausschließlich ein Teil derjenigen für ein Interview zur Verfügung gestellt, die eingangs von der Studienleiterin genannt wurden. Aufgrund der geringen Anzahl derer, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben, wurde auf weitere Kriterien einer gezielten Auswahl, wie beispielsweise Geschlecht, verzichtet. Alle fünf Befragten kamen aus Wien und Oberösterreich und sind zwischen 21 und 30 Jahren alt. Alle Befragten haben nach eigenen Angaben einen sehr guten Abschluss gemacht. Da alle Interviewten davon gesprochen haben, sehr gute Studienleistungen erbracht zu haben, ist davon auszugehen, dass die Interviewten zu den besonders hoch motivierten und leistungsstarken Absolvent/inn/en gehören. Es ist anzunehmen, dass die Gruppe derer, die letztlich interviewt wurden, konkret eine Spezifik aufweist, über die jedoch nur gemutmaßt werden kann.

3.3.2.2 Erhebungszeitpunkt und Erhebungsort

Im Zeitraum von Oktober 2011 bis März 2012 wurden die Interviews durchgeführt. Unter den 36 Absolvent/inn/en sind 28 Frauen und 8 Männer. Es wurden entsprechend dieser Anzahl zwar weniger männliche Absolventen eingeladen, doch trotz dieser Einladungspraxis

23 Vgl. http://www.fh-campuswien.ac.at/die_fh/news/?full=3657 (abgerufen am 29.11.2012)

24 http://www.fh-campuswien.ac.at/die_fh/news/?full=3657, zuletzt abgerufen am 30.11.2012

haben sich überdurchschnittlich viele männliche Absolventen für ein Interview bereit erklärt.²⁵ Interviews wurden mit 3 Absolventinnen und 2 Absolventen geführt.

Die Gespräche wurden an einem Ort der eigenen Wahl in Wien durchgeführt und mit Einverständnis der Interviewpartner/inn/en digital aufgezeichnet. Die durchschnittliche Gesprächsdauer der einzelnen Interviews betrug ein bis zwei Stunden. Zur Gestaltung des Gespräches wurde ein Leitfaden verwendet, der vier zentrale Aspekte (gesellschaftliche Bewertung, Ausbildungsstruktur, Tätigkeitsfelder und Aufgabenprofil) enthielt (zur Spezifizierung des Interviewverfahren siehe: S. 16 ff.)

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und orientierten sich dabei an den Regeln der Transkription von Schütz (1976). In Anlehnung an Schütz ist der Fokus der Textwiedergabe auf den Inhalt des Gespräches gerichtet. Dialekt gefärbte Ausdrücke und umgangssprachliche Wörter wurden geglättet. Namentliche Nennungen, die einen Hinweis auf Einrichtungen oder Personen geben könnten, wurden verändert oder entfernt, da den Befragten Anonymität zugesichert wurde.

3.3.2.3 Durchführung der Interviews

Beeinflusst werden Interviews durch die Umgebung, die Art der Gesprächsführung und die Beziehungsstruktur zwischen Befragten und Interviewer. So soll an dieser Stelle kurz dargestellt werden, wie die fünf Interviews durchgeführt wurden. Die Interviews wurden zum Teil in eher informellen Settings, wie einer Bibliothek, einem Kaffeehaus nach Wahl oder Büroraum durchgeführt. Zu Beginn der Interviews stellte ich mich selbst vor, erklärte den Gegenstand der Arbeit und das Vorgehen der Befragung. Mitschriften während des Interviews erfolgten nicht, um einerseits die Atmosphäre nicht zu stören und andererseits die Interviewpartner/innen während des Gespräches nicht zu irritieren. Einige Absolvent/inn/en boten mir vor Gesprächsbeginn das „Du“ an, was mir verdeutlichte, dass sie mich als gleichberechtigte Kolleg/in ansahen, die sie bei der Fertigstellung der Diplomarbeit unterstützen möchten. Nach jedem Interview wurde ein Postskriptum angefertigt, was Angaben über die Kontaktaufnahme, die Interviewsituation und ihre Schwerpunkte, erste Eindrücke der Forscherin sowie Details der Nachgespräche beinhaltet.

3.3.2.4 Interviewverfahren: Problemzentrierte Interviews

Als Interviewverfahren für diese Untersuchung wurde das Verfahren des problemzentrierten Interviews (PZI) gewählt. Das PZI geht auf Witzel (1982, 1985) zurück und zeichnet sich durch eine „Kombination von Induktion und Deduktion mit der Chance auf Modifikation der theoretischen Konzepte des Forschers“ aus (Lamnek 1995, S. 75). Das problemzentrierte Interview basiert unter anderem auf ethnomethodologischen Überlegungen und versteht dabei die Situation des Interviews – stärker als in narrativen Interviews üblich – als

25 Alle anderen Absolvent/inn/en wurden mehrmals angeschrieben bzw. eingeladen, um sie für ein Gespräch zu gewinnen.

kommunikatives Geschehen. Während im narrativen Interview die Erzählung der Befragten im Vordergrund steht und Fragen als störend bzw. als Ablenkung für die Erzählung gesehen werden, haben die Fragen im problemzentrierten Interview eine aktive, das Gespräch mitgestaltende Explorationsfunktion. Das Interview wird durch verschiedene Fragetypen mit den Befragten gemeinsam gestaltet. Nachfragen zu spezifischen Themen und Erzählaufforderungen dienen als allgemeine Sondierungen dazu, die Generierung des Materials entsprechend des Themas zu gestalten. Hinzu kommen Fragen, die auf spezifische Sondierungen zielen, um eine diskursive Verständnisgenerierung zu erzielen. Dazu zählen sowohl Zurückspiegelungen und Verständnisfragen, aber auch Konfrontationen (vgl. Mey, Mruck 2010). Der Schwerpunkt liegt auf der spezifischen Problem (Themen)stellung, auf die im Interview immer wieder zurückgekommen wird (vgl. Mayer 2002, S. 127). Gewählt wurde diese Form des Interviews, da einerseits die Bedeutungsstrukturierung der sozialen Wirklichkeit den Befragten überlassen werden sollte (Lamnek 1995, S. 75) und andererseits das Verfahren eine zugleich umfassende als auch themenspezifische Datenerhebung ermöglicht.

Ziel war es, festzustellen, ob und in welcher Weise die Absolvent/inn/en des FH-Studienganges Gesundheits- und Krankenpflege die Spezifik ihrer Ausbildung wahrnehmen und worin sie den besonderen Wert dessen, was sie sich in der (Fach)Hochschule an Kompetenzen aneignen können, sehen. Da die tatsächlichen zukünftigen Arbeitsfelder von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften voraussichtlich eine Frage von Aushandlungsprozessen sein werden, wurde in den Interviews erfragt, wo die Absolvent/inn/en selbst ihre Aufgabenfelder sehen und ob bzw. wo sie spezifische Kompetenzen wahrnehmen. Ein damit zusammenhängendes Thema war in den Interviews, welche sozialen Handlungsformen sich die Absolvent/inn/en während der Ausbildung angeeignet haben.

Die Fragen zielten darauf, Erzählungen zum Selbstbild, zum Selbstverständnis und zur Identitätsbildung zu generieren; Faktoren die im Prozess einer Professionalisierung von Berufen zentral sind.

Das problemzentrierte Interview hat keinen festen Ablauf, da die Interviewenden strukturierend und nachfragend in das Gespräch eingreifen können und Themen selbst einführen. Der Gesprächsleitfaden für das problemzentrierte Interview dient nach Witzel primär als Gedächtnisstütze für diejenigen, die die Interviews führen. Das problemzentrierte Interview ist ein semistrukturiertes Interview, in dem es möglich ist, sowohl die Reihenfolge als auch die Formulierung der Fragen an die jeweilige Interviewsituation anzupassen (vgl. Mayer 2002, S. 124). Zentral für das problemzentrierte Interview sind „erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien“: Eine vorformulierte Einleitungsfrage wird als ein Mittel der Zentrierung des Gesprächs verstanden, mit der zugleich auf das zu untersuchende Problem verwiesen wird. Die Frage soll so offen formuliert sein, dass sie für die Interviewten ‚wie eine leere Seite‘ wirkt, die sie mit eigenen Worten und mit den ihnen je eigenen Gestaltungsmitteln füllen können (Witzel 2000)

Die für diese Untersuchung durchgeführten Interviews wurden mit folgender Einstiegsfrage begonnen:

Ich würde mich freuen, wenn Sie mir am Anfang erzählen würde, wie sie zu ihrem Studium an der FH gekommen sind? Was waren die Gründe, sich für diesen Beruf und für dieses Studium zu entscheiden?

Die Problemstellung, auf die im Gespräch immer wieder zurückgekommen wurde, war das Selbstverständnis der Absolvent/inn/en im Kontext der veränderten Ausbildung. Konkret wurde nach den Erwartungen an den Beruf und die Ausbildung als auch dem individuellen Selbstverständnis gefragt. Dazu gehörten Fragen danach, welche Vorstellungen und Erwartungen die Absolvent/inn/en an eine Pflegekraft vor ihrem Studium hatten und wie sich diese Vorstellungen im Laufe des Studiums verändert haben. Gefragt wurde hier auch, was nach Ansicht der Absolvent/inn/en Aufgaben der Pflege allgemein sind und wie sie ihre Rolle als Pflegekraft, die an einer Hochschule ausgebildet wurde, sehen.

Ein weiterer Fragebereich war die praktische und die theoretische Ausbildung selbst. Gefragt wurde dabei nach der Wahrnehmung der Qualität der praktischen Ausbildung und wie die jeweiligen Absolvent/inn/en sich auf die Praxis vorbereitet sehen. Ein Schwerpunkt der Fragen lag darauf, wie die Unterschiede zwischen ihrer Fachhochschul-Ausbildung mit der Ausbildung an Krankenpflege-Schulen gesehen werden. In diesem Zusammenhang wurden die Absolvent/inn/en gefragt, wie Kolleg/inn/en im Krankenhaus darauf reagiert haben, dass sie an der Fachhochschule ausgebildet wurden und ob dieser Unterschied in der Ausbildung ein Thema für Kolleg/inn/en und für ihre Vorgesetzten war. Dabei ging es auch darum, festzustellen, ob es spezielle Erwartungen an Fachhochschul-Absolvent/inn/en gibt.

Zukunftsvisionen waren ein weiterer Schwerpunkt der Interviews. In diesem Kontext wurden die Absolvent/inn/en gefragt, was sie über die gesellschaftlichen Diskussionen um die Zukunft der Pflege denken und was sich ihrer Ansicht nach in Zukunft verändern wird. Diese Problemstellung wurde mit der Frage gekoppelt, welchen Anforderungen zukünftige Pflegefachkräfte gegenüber stehen und ob sich die Pflege verändert, wenn Pflegekräfte an der Hochschule ausgebildet werden. Angesprochen als Pionier/inn/en der neuen Ausbildung wurde zudem gefragt, was ihrer Ansicht nach in Zukunft verbessert werden sollte.

3.3.3 Datenanalyse: Kombination einer Analyse von Fragen mit Elementen der qualitativen Inhaltsanalyse

Nach Lamnek (1995) erfolgt die Auswertung des problemzentrierten Interviews in drei Stufen, wobei das Konzept des problemzentrierten Interviews keine strikten Vorgaben zur Auswertungsmethode macht (Witzel 2000).

In der gegenständlichen Untersuchung erfolgte die Auswertung der Daten in mehreren Schritten, die sich zum Teil wiederholten und folgte dabei in weiten Teilen der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse und dem thematischen Kodieren.

Eingangs wurden alle fünf Interviews gesichtet, um sich mit dem Material vertraut zu machen. Die Transkription des Interviews wurde noch einmal mit dem gesprochenen Wort verglichen.

In einem zweiten Schritt wurden allgemeine Kodierregeln für den weiteren Ablauf festgelegt. Die Struktur der Interviews war durch die Fragestruktur vergleichbar, so dass Themenkomplexe vorlagen, was die Auswertung des vorliegenden Materials in hohem Maße vereinfachte. Nach erster Sichtung und vor der konkreten wurden allgemeine Kodierregeln aufgestellt:

- Kodiert werden nicht nur jene Textausschnitte, die im direkten Zusammenhang mit der jeweiligen Frage stehen, sondern auch jene, die sich auf das jeweilige Thema beziehen, auch wenn sie im Kontext anderer Fragen erfolgen.
- Kodiert werden die Textstellen, die informativ im Hinblick auf die Fragestellung sind.
- Kodiert werden insbesondere auch die Textstellen, in denen Widersprüche, ambivalente Einstellungen und Meinungen zu der Fragestellung deutlich werden.

In einem zweiten Schritt der Analyse wurde das Material markiert und anhand festgelegter Ordnungskriterien verschlagwortet. Die zentralen Themenbereiche des Leitfadens, zur Berufswahl, zur Einschätzung der Ausbildung, (neue) Aufgabenbereiche des Berufes, Außenperspektive, Zukunftsvisionen etc. des Interviews fungierten dabei als Ordnungskriterien, wobei zudem übergreifende zentrale Themen (die charakteristisch für alle Interview-Partner/innen waren) in der Auswertung mittels Codierung gekennzeichnet wurden. Mit dieser Vorgehensweise konnte eine thematische Bündelung der Aussagen erfolgen. In einem folgenden Schritt wurden die Einzelaussagen entlang der Fragen (siehe dazu S. 23 ff) codiert und interpretiert. Es zeigte sich, dass der Schwerpunkt der Erzählungen auf Bewertungen lag. Erzählungen, die Rückschlüsse auf konkrete berufliche Alltags-Praktiken hätten geben können, waren dagegen selten zu finden. Zu den einzelnen Interviewthemen wurden prägnante Original-Textstellen herausgenommen, die geeignet sind, die generalisierten Aussagen (z.B. Beweggründe für die Studienwahl oder Akzeptanz der Absolvent/inn/en durch Berufsangehörige) zu unterstreichen. Das so strukturierte Material wird mit den wichtigsten Komponenten im Kapitel Ergebnisse dargestellt. Dabei werden die Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Interviews herausgearbeitet.

In dieser Studie wird bewusst darauf verzichtet, die Befragten kurz mit ihrem spezifischen biografischen Hintergrund vorzustellen, da aufgrund der kleinen Gruppe der Absolvent/inn/en sonst die Anonymität nicht gewährleistet wäre.

3.3.4 Qualität der qualitativen Forschung

Gütekriterien sind Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität von Forschungsergebnissen zu messen und/oder zu beurteilen. Je nach Autorenschaft werden

die Gütekriterien für qualitative Forschungen begrifflich unterschiedlich erfasst und beschrieben. Guba und Lincoln (1981) schlagen die drei Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit, Angemessenheit vor, die in der kohärenten Anwendung die Qualität qualitativer Forschung sichern (LoBiondo-Wood et al. 2005). Glaubwürdigkeit umfasst dabei die Korrektheit der Befunde aus Sicht der Teilnehmerinnen und anderer Mitglieder der Disziplin. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Forschungsprozess und die Interviews einer Wissenschaftlerin, die nicht an der Forschung beteiligt war, vorgelegt sowie die Datenauswertung gemeinsam diskutiert. Das zweite Kriterium, die Folgerichtigkeit, bedeutet, dass die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, von der Fragestellung bis zur Auswertung gegeben sein muss. Anhand der Dokumentation jedes Verfahrensschrittes (Seite 21 ff.) soll dies erreicht werden. Die ausführliche und zum Teil sehr umfangreiche Darstellung von Interviewpassagen wird eingesetzt, um dem letzten Kriterium, der Angemessenheit, also die Wiedergabe der Wirklichkeit der Teilnehmerinnen, gerecht zu werden.

3.4 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviews vorgestellt. Die Hauptthemen des Interviewleitfadens, die sich auf Erwartungen und Vorstellungen, auf das gesellschaftliche Bild der Pflege, die Wahrnehmung der Ausbildung, die Außenperspektive und die Zukunftsvisionen bezogen, werden im Folgenden in dieser Reihenfolge ausgewertet und dargestellt. Daran anschließend werden die Dimensionen, die nicht explizit angesprochen worden, sich aber in den Interviews als zentral für ein verändertes berufliches Selbstverständnis zeigten, dargestellt. Die Darstellung folgt der Abfolge der Interviews. Da sich die beiden männlichen Absolventen als erste für Interviews zur Verfügung gestellt haben, stehen die Aussagen von Frederik und Christian (Namen geändert) am Beginn und die Aussagen der Absolventinnen folgen.

3.4.1 Motive der Berufswahl

Zu Beginn der Interviews wurde gefragt, welche Motive es für die Wahl eines Fachhochschulstudiums gab und welche Vorstellungen und Erwartungen die Absolvent/inn/en vor dem Studium an den Beruf einer Pflegekraft hatten. Die Frage zielte auf motivationale Faktoren, die wichtig für die Wahl der FH-Ausbildung und des Berufes waren. Dieser biografische Ansatz sollte einerseits den Einstieg ins Gespräch erleichtern, zielte aber auch darauf, untersuchen zu können, ob und wie sich die Einstellung und das Selbstverständnis im Verlauf der Ausbildung verändert haben. Die Darstellung erfolgt anhand der einzelnen Interviewpartner, wobei auffallende Merkmale als Überschrift fungieren.

3.4.1.1 Frederik: Berufswahl Pflege aufgrund der Vorerfahrung als Zivildienstler

Frederik, 28 Jahre, berichtet von beruflichen Erfahrungen (die er nicht spezifiziert), von Erfahrungen aus seinem Zivildienst und studierte bereits ein Jahr an einer anderen

Hochschule. Unbefriedigt über die ersten Studien-Erfahrungen, so Frederik, beschließt er, sich für den Studiengang „Soziale Arbeit“ an der FH zu bewerben. Im Zuge des Aufnahmeverfahrens stößt er auf den Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege und wechselt das Studienfach.

„Bin auch aufgenommen worden und hab mich dann entscheiden müssen zwischen ‚Soziale Arbeit‘ und ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘ und habe mich dann aber für Gesundheits- und Krankenpflege entschieden, weil ich klarere Vorstellungen gehabt habe durch den Zivildienst und irgendwie, ja, mein Interesse stärker in die Richtung gegangen ist und ich mir eigentlich schon gut vorstellen konnte, in dem Bereich tätig zu werden. Und das ganze schon attraktiv gefunden habe im Rahmen eines Studiums, also im Rahmen einer tertiären Ausbildung, weil ich eigentlich studieren wollte [..]“

Frederik begründet seine Auswahl damit, bereits klarere Vorstellungen über den Beruf aufgrund des Zivildienstes gehabt zu haben. Zudem sei die Berufsausbildung im Rahmen eines Studiums attraktiv gewesen. Trotzdem ist es Frederik wichtig zu betonen, dass die Auswahl eher zufällig geschah und keine bewusste Entscheidung gewesen sei.

„Ich bin wie gesagt eher drüber gestolpert, dass es diese Ausbildung im tertiären Level gibt und habe mich dann dafür entschieden. Gesucht habe ich nicht unbedingt danach.“

Frederik hat nach seiner eigenen Darstellung als Kind ein eher traditionelles und stereotypes Bild von Krankenschwestern gehabt:

„Die Krankenschwestern die ich gekannt habe [...] als Kind, haben eine Spritze gehabt und ein Hauberl wo das rote Kreuz drauf war. Und Pflege hat für mich als Kind auch nur heißen, den Hintern auszuwischen. Und das hat es für mich heißen bis zum Zivildienst.“

Dieses Bild hat sich während seiner Tätigkeit als Zivildienstler und vor seinem Studium entscheidend verändert:

„Ja, also das Bild das ich vorher gehabt habe von einem diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger war das einer Position mit extrem großer Verantwortung aus dem Behindertenpflegebereich, weil auf der Abteilung wo ich war, hat es immer nur eine diplomierte Pflegeperson für 160 Bewohner und Bewohnerinnen in der Nacht gegeben. Und tagsüber teilweise auch 2 oder 3 für die ganze Einrichtung. Und die waren dann halt dann wirklich, eigentlich mit medizinischen Aufgaben betreut oder haben medizinische Aufgaben gehabt, und deswegen war irgendwie die Verantwortungsposition für mich eine sehr große.“

In seiner Erinnerung erschien ihm der Beruf während des Zivildienstes mit seinen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen (in der konkreten Aussage die Quantität der Leistungserbringung und der medizinische Aufgabenbereich) als anspruchsvoll und zugleich war es ihm selbst in der Konstellation möglich, auch ohne Ausbildung viele Tätigkeiten zu übernehmen.

„[Ich] habe den Zivildienst im Pflegebereich gemacht, im Behindertenpflegebereich, [...], mit vielen Kompetenzen, ohne Ausbildung.“

Frederik thematisiert im Kontext der Berufswahl auch das Geschlechterverhältnis in der Pflege, die Frage, wie Männer überhaupt zur Pflege kommen, wenn die Attribute des Berufes eindeutig auf Frauen verweisen. In seiner Beobachtung ist die Praxis bzw. die konkrete Erfahrung mit eigenem konkreten, pflegerischen Handeln zentral dafür, dass sich Männer für den nach wie vor ‚weiblich‘ konnotierten Pflegeberuf zuwenden. Der gesellschaftliche Rahmen des Zivildienstes ist für ihn entscheidend für die Berufswahl von männlichen Pflegekräften.

„Mit den Attributen die früher Pflegepersonen zugeschrieben worden sind, die klassisch weibliche Attribute waren. Um die zu erfüllen hat man natürlich, nicht natürlich, aber um die zu erfüllen, hat man eine Frau sein MÜSSEN, quasi. Zumindest ist das in der Gesellschaft so erwartet worden. Und die Männer, die bei uns im Studiengang gesessen sind, haben alle den Zivildienst absolviert gehabt, bis auf eine Ausnahme.“

In dem Interview mit Frederik wird deutlich, dass die Akademisierung des Pflegeberufs Personen anzieht, die diesen Beruf sonst nicht gewählt hätten, da für sie die Ausbildung auf tertiärem Niveau eine Voraussetzung für die Berufswahl ist.

3.4.1.2 Christian: Berufsorientiertes Studium als Voraussetzung für Job und Karriere

Christian entscheidet sich nach dem Zivildienst, in dem er den Gesundheitsbereich kennengelernt hat, für ein Studium der Pflegewissenschaft an der Universität.

„Nach dem Zivildienst war ich voll begeistert von dem Bereich, und weil ich immer schon studieren wollte, habe ich mich dann gleich für das Diplomstudium Pflegewissenschaft entschieden.“

Äußerungen von Lehrenden in seinem Universitätsstudium, nach denen die beruflichen Erfolgsaussichten gering seien, wenn das Studium der Pflegewissenschaft nicht mit einer formalen praktischen Ausbildung gekoppelt ist, führt Christian als Grund an, die FH-Ausbildung zu beginnen.

„Und dann, als das Studium begonnen hat, ich glaube das war sogar in der ersten Vorlesung, haben sie uns schon gesagt, dass wir, also die nicht direkt aus der Pflege kommen jetzt, sondern von der Matura, wir wahrscheinlich keinen Job finden, so auf die Art. [...] Ja, das hat man immer wieder gehört von verschiedenen Vortragenden und nach fast vier Semestern habe ich mir überlegt, ob es vielleicht Zeit für eine Alternative wird.“

Hier und an mehreren Stellen des Interviews wird deutlich, dass die berufliche Erstausbildung als Voraussetzung für Job- und Karriereaussichten im Gesundheitsbereich gedeutet wird und daher entscheidend ist für die Wahl einer Berufsausbildung an einer Fachhochschule. Abschließend stellt Christian explizit fest, dass die FH-Ausbildung ein

„relativ schöner Kompromiss“ gewesen sei, bei dem im Vordergrund stünde, eine akademische Ausbildung – ein Studium – zu absolvieren.

„Ich habe auch kurz überlegt, ob ich nach dem Zivildienst die normale Krankenpflegeschule absolviere und habe mich aber dann dagegen entschieden, weil ich eben immer schon studieren wollte und in die Richtung gehen wollte. Und ja, in der Hinsicht da war dann die FH ein relativ schöner Kompromiss, was das betrifft, weil jetzt hab ich beide Möglichkeiten und die Einsicht die es mir gegeben hat.“

Zentral in den Aussagen Christians ist, dass es die akademische Ausbildung ist, die ihn dazu bewegte, eine Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Fachhochschul-Bachelorstudienganges zu absolvieren.

3.4.1.3 Elise: Vorbild Mutter - „sie war so etwas wie ein Idol für mich“

Elise, deren Mutter als Krankenschwester arbeitet, studiert zunächst ein pflegefernes Fach an der Universität. Währenddessen glaubt sie, eine zentrale Prüfung auch im zweiten Anlauf nicht bestanden zu haben, und sucht daher während der Semesterferien nach Alternativen. Sie erzählt, dass sie auf den FH-Studiengang stößt, dort erfolgreich die Aufnahmeprüfung absolviert und das Studium beginnt, obwohl sich zeitgleich herausstellt, dass sie auch die Prüfung an der Universität bestanden hat. Im Gespräch betont sie, dass sie bereits früh den Wunsch hatte, beruflich der Mutter zu folgen. Durch ihre Mutter, die selbst im Beruf tätig ist, hatte sie vor ihrem FH-Studium den Eindruck, einen Einblick in das Berufsfeld und klare Vorstellungen über die Aufgabenbereiche zu haben.

„[M]eine Mutter ist Krankenschwester und ich habe halt immer schon ein bisschen mitbekommen, was sie macht und sie hat damals auch ein Heim geleitet und hat sich wahnsinnig engagiert und natürlich auch viel Arbeit mit nach Hause genommen, so von der Auseinandersetzung her, vom Bewältigen oder so. Und dadurch war immer schon mein Wunsch, naja, eigentlich auch in diese Richtung gehen. Ja, so etwas hat mich, sie war so etwas wie ein Idol für mich zu dieser Zeit. Und auch in der Pubertät und es war dann auch so, naja, warum machst du nicht nur die Matura?“

Die Empfehlung der Mutter, doch nicht gleich diesen Berufsweg einzuschlagen, sondern nach der Matura zu studieren, folgt Elise. Sie entscheidet sich erst für die Pflege, als der Beruf im Rahmen einer akademischen Ausbildung angeboten wird. Die Mutter, die mit ihren Darstellungen und Engagement als Vorbild fungiert, ist in ihrer Darstellung entscheidend für ihre Berufswahl.

„[...] ,also bleib doch dort und danach kann man immer noch den Weg einschlagen, Krankenschwester zu werden‘. Das habe ich auch gemacht, ich habe Matura gemacht und zu der Zeit war es dann irgendwie so, naja, Pflegewissenschaften interessiert mich eigentlich weniger, schon halt, aber mein Wunsch [war], dass ich die Praxis und die Wissenschaft irgendwie kombinieren

*kann und ich habe mich ehrlich gesagt gar nicht so viel damit auseinandergesetzt
[..]“*

Geprägt ist ihr Bild einer Gesundheits- und Krankenschwester durch die Erzählungen der Mutter, die von der Tochter als eigenständige, selbstbewusste und engagierte Fachkraft im Gesundheitswesen wahrgenommen wird. Die Erzählungen der Mutter ließen bei Elise den Eindruck entstehen, das im Krankenhaus gleichberechtigte Berufsgruppen mit dem Ziel einer patientenorientierten Versorgung zusammenarbeiten. Diese Form der Berufsausübung und Kooperation wird auch als Begründung für die Wahl des Berufes genannt.

„[...] wenn sie da daheim erzählt hat, habe [ich] sie immer so gesehen: für den Patienten arbeiten, gemeinsam mit den Ärzten den Prozess begleiten und neben der Krankheitsbewältigung, neben der Krankheit behandeln der gesundheitliche Aspekt von unterstützen, begleiten, verantwortlich sein oder/also das war für mich immer so, was ich mir vorgestellt habe, was ich selber einmal machen will.“

Im Interview wird deutlich, dass Elise beeindruckt ist von der Persönlichkeit der Mutter und ihrer beruflichen Tätigkeit, die zugleich der eigenen Identitätsvorstellung bzw. den eigenen Wünschen entspricht. Die Erwartungen und Vorstellungen, die sie vor Beginn der Ausbildung an das Berufsbild hatte, haben sich über die Jahre sehr verändert und werden retrospektiv mit Enttäuschung wahrgenommen. Nach der Ausbildungserfahrung verändern sich die Berufswünsche und entfernen sich von der Praxis hin zu einer mit wissenschaftlicher Arbeit verbundenen Tätigkeit.

„[...] und während der FH der drei Jahre habe ich eigentlich gemerkt, dass das eigentlich meine Zukunft sein wird, wo ich selber mal sein werde, also eigentlich in der Wissenschaft und Forschung, wie jetzt in der Praxis, aber doch mit dem Hintergrund der Praxis, den ich durch meine Arbeit habe und auch schon während der Ausbildung in den Praktika gesehen habe. Ich war natürlich schon ein bisschen enttäuscht jetzt von der Praxis.“

An mehreren Stellen im Interview betont sie den Unterschied zwischen ihren Vorstellungen vor dem Studium und den Erfahrungen im Pflegealltag.

„Wahnsinnig geändert, also meine Idee war eigentlich immer schon relativ gut, so vom Ansatz her. Also wie man sich damals so vorgestellt hatte, warum ich so werden wollte habe ich einiges immer noch, aber von der - wie wirklich der Pflegealltag ausschaut, habe ich eine ganz andere Vorstellung gehabt, als wie ich heute [habe].“

Konkret beschreibt sie die Haltung und Einstellungen von Berufsangehörigen, die aus ihrer Sicht geprägt sind durch einen Mangel an Selbstbewusstsein sowie fehlendem Engagement für Weiterentwicklungen.

„Nur in den Praktika bin ich mehr oder weniger ins kalte Wasser geflogen. Ich habe dann gesehen, dass die Berufsgruppen einander noch nicht so akzeptieren in ihrer Profession oder vor allem die Pflege, die erstens gegenüber den“

Medizinerinnen sich relativ schwer tut oft sich zu behaupten, aber auch das sie sich gar nicht behauptet [..].“

Wo vor der Ausbildung noch Autonomie und Eigenverantwortung als zentraler Bestandteil des Berufes gesehen wurden, ist Elise zum Zeitpunkt des Interviews vom Gegenteil überzeugt.

„[...] als ich jünger war, da habe ich mir gedacht, es wäre ein eigenständiger Beruf der mit anderen arbeitet. Und so war es eher nicht.“

In ihrer Argumentation sind die Erfahrungen in der Praxis dafür verantwortlich, sich stärker wissenschaftlich zu orientieren. Die Konsequenz aus den Erfahrungen in der Praxis ist eine Hinwendung zu Wissenschaft und Forschung. In dem Bereich sieht sie nun die Werte verankert, die für sie zentral für die Berufswahl waren.

3.4.1.4 Doris: Attraktiver Beruf durch eine Vielfalt an Arbeitsmöglichkeiten

Auch Doris berichtet, erst über „Umwege“ die akademische Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester gefunden zu haben. Vorerst wollte sie einen anderen Gesundheitsberuf erlernen, ist jedoch aufgrund ihres jungen Alters abgelehnt worden. Um Zeit zu überbrücken begann sie für ein Jahr ein geisteswissenschaftliches Studium und entschied sich währenddessen für das FH-Studium. Als Motive für die Berufswahl benennt sie zum einen soziale Aspekte, wie den Umgang mit Menschen, sowie die vielfältigen Arbeitsmöglichkeiten im Bereich der Pflege. Über ihre Eltern erfuhr sie von der Möglichkeit einer akademischen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester und sieht darin ebenfalls eine Möglichkeit, im Rahmen einer Berufsausbildung weiter zu studieren.

„Ich studiere mal XYZ und in der Zeit habe ich halt mir eben gedacht, okay gut, mich würde eigentlich die Krankenpflege eben sehr interessieren, weil halt auch eben der Vorteil war, Krankenpflege, dass es so viele verschiedene Bereiche gibt, wo man arbeiten kann und da die Interessen eigentlich sehr breit gefächert sein können und ja, dann habe ich mich eben auf einer Krankenpflegeschule beworben, bis ich dann eben durch meine Eltern darauf gekommen bin, dass es eben einen FH-Studiengang gibt, Gesundheits- und Krankenpflege. Und dann hab ich mir gedacht okay, bevor ich da jetzt zusage bei der Krankenpflegeschule, versuche ich es, bewerbe mich einmal und wurde dann eben genommen und habe mir dann eben gedacht, das ist eigentlich die Möglichkeit eben wieder weiter zu studieren. Weil ich finde man sollte das auch ausnutzen, wenn man die Matura hat und deswegen habe ich mich eigentlich dazu entschlossen dann das FH-Studium halt zu machen und ja, um halt mal zu schauen auch, wie eben auch das ganz Neue eben ist. Weil das ist ja eigentlich der erste Schritt so in die Akademisierung der Pflege gewesen und ja. Das war schon sehr interessant für mich einfach da auch dabei zu sein.“

Doris hatte vor, den Krankenpflegeberuf an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege zu erlernen. Ihre Eltern informierten sie darüber, dass es für den Beruf auch eine

akademische Ausbildung gibt. Die Eltern nahmen in diesem Fall nicht Einfluss auf das Berufsfeld, sondern wünschten sich, dass ihre Tochter eine Hochschul-Ausbildung beginnt.

Zudem benennt Doris die vielfältigen Arbeitsmöglichkeiten, die der Beruf bieten würde, als einen der Gründe für die Berufswahl. Die Ausbildung im GuK-Studiengang bietet ihr eine stärkere Möglichkeit der Weiterentwicklung, als dies für eine traditionelle Ausbildung zutreffen würde.

3.4.1.5 Mechthild: Sicherheit durch berufsorientiertes Studium

Mechthild beginnt ihre Erzählung über die Berufswahl mit einem bereits begonnenen Pflegewissenschaftsstudium. Sie hatte zuvor bereits eine Ausbildung an der Handelsakademie absolviert und war in einem wirtschaftsorientiertem Beruf tätig, was letztlich aber nicht ihren Vorstellungen entsprach. Ihr Pflegewissenschaftsstudium, das sie begonnen hat, nachdem sie aus dem ländlichen Raum nach Wien gekommen ist, scheint auch ihr ohne anerkannte Berufsberechtigung als zu eingeschränkt hinsichtlich der Arbeitsmarktaussichten und so hat sie beschlossen, die Krankenpflegeausbildung nachzuholen. Da ihr die formalen Anforderungen einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege als zu verschult (z. B. dauerhafte Präsenzzeiten), als Verdopplung von bereits Absolviertem (z. B. keine Anrechnungen von Prüfungen aus dem Studium) und als unangemessen zeitaufwändig erscheinen, bewarb sie sich an der Fachhochschule und absolvierte den GuK-Studiengang parallel zu ihrem Pflegewissenschaftsstudium.

„Ok, also prinzipiell habe ich vorher Pflegewissenschaft angefangen und da hat sich schon die Richtung Pflege herausentwickelt gehabt. [...] Und während des Studiums hat sich dann herausgestellt, dass Pflegewissenschaft ohne Berufspraxis womöglich sehr eingegrenzt ist und da habe ich beschlossen, ja dann mache ich die Grundausbildung zur Krankenschwester. Hab ein Jahr vorher mich in der Krankenpflegeschule also in [Schule] beworben, die hätten mich auch genommen, das wäre keine Problem gewesen, aber als ich das ... erstens bin ich in die Klasse gekommen, also das war das Aufnahmeverfahren und da ist an den Wänden gehangen: Was ist Sexualität? und so, wo ich mir gedacht habe, das habe ich schon abgehandelt, das brauche ich nicht nochmals, das ist mir zu schulisch, zu. Und ich auch das Anrechnen lassen, von der Pflegewissenschaft. [...] Ja, dann auch noch diese dreijährige Verpflichtung vom [Arbeitgeber] nachher dann noch dort 3 Jahre arbeiten zu müssen. Das sind dann die Faktoren gewesen, wo ich gesagt habe: Weg von der Schule, nein, das mache ich nicht.“

Mechthild begründet die Berufswahl einerseits mit dem bereits begonnenen Pflegewissenschaftsstudium, das sie wiederum gewählt hat, um etwas ‚Soziales‘ zu tun. Die zusätzliche FH-Berufsausbildung ist verbunden mit der Erwartung verbesserter Einstiegschancen und wird deshalb parallel zum Studium der Pflegewissenschaft absolviert.

Rückblickend beschreibt Mechthild die Vorstellungen, die sie über den Beruf hatte, als eher unkonkret. Gleichzeitig ist das Bild einer Krankenschwester geprägt von Vorstellungen einer Pflegeperson, die im Krankenhaus für Kranke sorgt. Sie betont, dass sich weder durch das

Studium noch durch die Praxis dieses erweitert oder verändert habe. Das Arbeitsfeld Krankenhaus dominierte in ihrer Vorstellung.

„Ich weiß nicht, ich hatte meist die Vorstellung von einer Krankenschwester im Krankenhaus und wie man es halt kennt, wenn man so in ein Krankenhaus kommt...die eben für die Kranken sorgt (lacht). Also ich weiß nicht, ich habe keine konkrete Vorstellung gehabt, was so eine Krankenschwester ist. Meine Schwester ist Krankenschwester und ich habe wirklich fast keine Vorstellung gehabt. Ich wusste, was so die Tätigkeiten einer Krankenschwester sind. Das diese im Krankenhaus arbeitet, die Kranken zu waschen, ja für sie zu Sorgen im Krankenhaus. Und das hat sich im Nachhinein, jetzt wo ich in einem Krankenhaus arbeite, nicht verändert. Ich habe immer gewusst es wird so sein und es ist auch so geworden, im Krankenhaus. Ich hatte keine konkreten Vorstellungen, ich hatte nicht darüber nachgedacht, was Krankenschwester, was das ist.“

Die Besonderheit ihrer Erzählung besteht darin, dass sie die Komplexität der Pfl egetätigkeiten, die im Studium vermittelt wird und von den anderen Absolvent/inn/en auch immer wieder benannt wird, indem sie sich auf Konzepte wie Pflegeberatung, das Pflegeprozessmodell oder neue Pflegekonzepte beziehen, weder benennt noch in ihre Erzählung einbezieht.

3.4.1.6 Zusammenfassung: Die Wahl der Ausbildung als Kompromiss zwischen sozialem Interesse, Sicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten

Die Interviews zeigen, dass trotz erster Berufsvorstellungen, die die befragten Absolvent/innen beschreiben, die konkrete Wahl der Ausbildung erst über ‚Umwege‘ erfolgte. Ob zufällig oder ob auf der konkreten Suche nach Alternativen, ist die Möglichkeit eines akademischen Abschlusses in Kombination mit einer sozialen, beruflichen Tätigkeit ein wichtiges Motiv für die Wahl des FH Studienganges.

Ein weiterer wichtiger Beweggrund für die Wahl eines Studienganges, der zugleich eine Berufsausbildung beinhaltet, liegt darin, dass die Befragten – auch aufgrund der Deutungen von Dozent/inn/en – aufgrund unsicherer Jobaussichten eines rein akademischen Studiums verunsichert sind. Somit kommen auch Studierende der Pflegewissenschaft dazu, eine Berufsausbildung an der FH während oder vor dem universitären Studium abzuschließen.

Die Vorstellungen und Bilder der Befragten sind vor der Berufswahl geprägt durch den direkten Kontakt mit Pflegepersonen. Die Argumentationen verweisen auf Familienmitglieder (zumeist weiblich), die im Beruf tätig sind oder waren. Bei den männlichen Absolventen bezieht sich die Argumentation stark auf den Erfolg und Erfahrungen im Zivildienst.²⁶ Das erlebte Pflegehandeln von Berufsangehörigen oder die Erfahrungen mit Familienangehörigen führen zu einem positiven Bild des Berufes. Dieses

²⁶ Nach Aussage des Befragten haben außer einem Studenten, alle männlichen Kollegen in dem Studiengang den Zivildienst absolviert.

positive Bild ist verknüpft mit Deutungen von beruflicher Eigenständigkeit, Verantwortung sowie gleichberechtigter Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen mit dem Ziel einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Die vorberufliche Sozialisation – hier entweder durch das Elternhaus oder Berufsangehörige – war damit ein wichtiger Bestandteil für die berufliche Entscheidung, das FH-Studium zu wählen.

Die Aussagen der Absolventen bestätigten insofern Forschungen über die Bedeutung der Familie bei der Berufswahl, die vielfach sogenannten Milieueinflüsse einen hohen Stellenwert beimessen. Auf die hohe Bedeutung von Familie verweisen auch Untersuchungen, die zeigen, dass es eine Anzahl von Pflegepersonen gibt, die Familienangehörige haben, die ebenfalls in Gesundheitsberufen tätig sind. In der Untersuchung von Walter von 1991 zur beruflichen Sozialisation von Pflegepersonen zeigte sich, dass ein Drittel aller Befragten eine Pflegeperson als Familienmitglied hatte. Insgesamt lag der Anteil an Gesundheitsberufen (ärztliche und nicht-ärztliche Berufe) in der Familie bei den Befragten bei 51 Prozent (Walter 1991, S. 369).

Die Möglichkeit, die Berufsausbildung mittlerweile im Rahmen eines Studiums zu absolvieren, ist ebenfalls ein zentraler Faktor. Unklar blieb, ob ohne die Möglichkeit einer akademischen Berufsausbildung trotzdem die Wahl auf den Pflegeberuf gefallen wäre. Neben der Sicherheit durch ein berufsqualifizierendes Studium stehen auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Karriere durch ein Masterstudium) im Vordergrund der Berufswahl. Besonders bei den beiden männlichen Absolventen ist dieses Kriterium wichtig bei der Entscheidungsfindung.

3.4.2 Wahrnehmung und Einschätzung des gesellschaftlichen Status

Die gesellschaftliche Außen-Sicht auf den Pflegeberuf hat Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis. Die gesellschaftliche Sicht auf den Beruf sowie die Repräsentation nach außen beeinflussen sich dabei wechselseitig (Stöhr 2006, S. 1). Daher wurden die Absolvent/inn/en in unterschiedlichen Facetten gefragt, welches Ansehen, welchen Status eine Pflegefachkraft gegenwärtig in der österreichischen Gesellschaft hat. Die Befragten beschreiben widersprüchliche Reaktionen ihres privaten Umfeldes. Unverständnis, Unwissenheit aber auch Neugier und Anerkennung sind Reaktionen, die den Studierenden entgegengebracht werden. Im Folgenden werden die Aussagen zu diesen Fragen vorgestellt.

3.4.2.1 Frederik: Das Ansehen ist gestiegen

Frederik verweist auf ein ambivalentes Bild des Berufes in der Öffentlichkeit: Der Beruf habe nach Umfragen ein hohes Ansehen, doch kann sich nur eine Minderheit vorstellen, in der Krankenpflege zu arbeiten.

„Also ich höre immer wieder, dass es vom Ansehen her einer der Jobs mit den meisten, oder mit dem höchsten Ansehen ist. Aber ich habe vor kurzem eine Statistik gelesen, dass sich nur 25 % der Jugendlichen vorstellen können. . . oder 25 % der ÖsterreicherInnen, glaube ich, ohja, 25 % der ÖsterreicherInnen waren

es, die sich nur vorstellen können in den Pflegebereich zu gehen, weil die Bezahlung als zu gering eingeschätzt wird und natürlich wegen den Hemmschwellen.“

Diese Ambivalenz erfährt Frederik auch in seinem persönlichem Umfeld, in dem er einerseits auf Unverständnis über seine Studienwahl stößt, ihm andererseits aber ein medizinisches Wissen zugeschrieben wird, durch das er als Berater in medizinischen Anliegen im Bekanntenkreis nachgefragt wird.

„Und ich muss auch sagen, dass mir gegenüber, mein gesamter Freundeskreis studiert irgendwas oder hat studiert, irgendwas Geisteswissenschaftliches oder Sozialwissenschaftliches. Da sind Soziologinnen dabei, Historikerinnen, Historiker, Juristinnen, niemand von denen hat wirklich verstanden, warum ich diese Ausbildung oder diesen Weg einschlage. Und sie kommen dann aber schon mit Interesse dem gegenüber, was ich eigentlich wirklich mache, und teilweise habe das Gefühl, dass ich irgendwie diese Rolle einer ‚Family Health Care Nurse‘ übernehme. Weil sie mit den medizinischen Anliegen zu mir kommen, im Glauben, dass ich mehr Wissen hab darüber. Aber ich glaube, das Ansehen ist auf jeden Fall gestiegen.“

Allerdings können sich die Freunde nicht vorstellen, in dem Beruf zu arbeiten:

„[W]as ich schon oft höre, ‚Ich könnt`s net machen‘, also die Aufgabe, ich könnte es nicht machen‘. Das krieg ich oft zu hören.“

Die Aussagen der Freunde verweisen auf die Wahl eines Berufes, der Überwindung kostet. Berufe, die aus einer Außenperspektive ein hohes Maß an Entbehrung/ Überwindung mit sich bringen, haben ein hohes Maß an abstrakter gesellschaftlicher Anerkennung, die implizit darauf verweist, dass vielen bewusst ist, dass es sich um notwendige Berufe handelt und gleichzeitig finden es viele unverständlich, dass jemand aus ihrem Umfeld konkret den Beruf wählt.

Die in der Vergangenheit für ein schlechtes Image verantwortlichen Pflege-Skandale haben nach Ansicht von Frederik heute keine Bedeutung mehr. Die breite Öffentlichkeit habe diese entweder vergessen oder sei zu jung, als das sie davon wüssten.

„Ich glaube, dass die Pflegeskandale, die Österreich gehabt hat, in Vergessenheit geraten sind oder beinahe in Vergessenheit geraten sind, zumindest in meiner Generation hat kaum mehr wer eine Ahnung was eigentlich die Todesengel von Lainz waren, also das ist wirklich kaum jemand mehr ein Begriff, im Gegensatz zu meinen Eltern, die können sich schon was vorstellen darunter.“

In Frederiks Erzählungen kommt noch als problematischer Faktor hinzu, dass Männer noch immer als Ausnahme in dem Beruf angesehen werden, bei denen schon die Berufsbezeichnung nicht selbstverständlich ist.

„Und bei mir ist die Frage dann, wie man mich eigentlich nennt, als eine männliche Krankenpflegeperson, ...da habe ich auch noch zu kämpfen damit, mit diesem Problem.“

Zudem werden in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen pflegerische Entscheidungen im Behandlungsprozess als zweitrangig behandelt, stellt Frederik fest. Er fordert daher mehr Entscheidungskompetenz und eine gleichwertige Anerkennung pflegerischer Entscheidungen.

„ [...] wo nicht automatisch die medizinische Entscheidung als die richtige anerkannt wird und die pflegerische zurückgestellt werden muss. Das sind praktische Entscheidungen, wo medizinische Interventionen Patientinnen immobil machen, als sie vorher schon waren.“

Trotz dieser ambivalenten Reaktionen des Umfeldes auf verschiedenen Ebenen bewertet Frederik die Außenperspektive recht positiv und kommt zum Schluss: „ich glaube, das Ansehen ist auf jeden Fall gestiegen.“ Es gibt zwei Lesarten für die widersprüchlichen Reaktionen aus der Umwelt respektive seine eigene Schlussfolgerung. Entweder interpretiert Frederik die Neugierde als ein gestiegenes Ansehen oder es ist einfach eine eigentümliche Reaktion auf die permanente Infragestellung der eigenen Berufswahl. Denn wer möchte schon zu jenen gehören, die wenig Anerkennung in der Öffentlichkeit genießen.

3.4.2.2 Christian: Stereotype Vorstellungen in der Öffentlichkeit

Nach Meinung von Christian ist die öffentliche Meinung sehr stark durch stereotype Vorstellungen geprägt, die Pflege als eine „allround-Verantwortlichkeit“ ohne spezifischen Tätigkeitsbereich betrachtet.

„Ehrlich gesagt, dass viele noch das stereotype Bild von der Krankenschwester im Kopf haben, die den Patienten pflegt, wobei die wenigsten ein konkretes Bild davon haben, was die Krankenschwester macht, und so. Sie wäscht die Patienten, sie unterstützt bei der Körperpflege, gibt eine Spritze... na ich glaube, das wird nicht weiter reichen. Die Schwester die für alles zuständig ist, die immer da ist für den Patienten.“

Für dieses stereotype Berufsbild in der öffentlichen Wahrnehmung sind nach Meinung von Christian Berufsangehörige mitverantwortlich. Die ungenügende Darstellung des eigenen Tätigkeitsbereiches sieht Christian in einem beruflichen Selbstverständnis begründet, das sich nach wie vor nicht neben, sondern unter dem Arztberuf einordnet.

„Also...vielleicht hat die Pflege immer noch die unterdrückte Rolle, also dass die Pflege unter dem Arzt steht, und so wird sie auch in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Ich glaube, die Pflege traut sich halt nicht wirklich raus zu gehen und zu sagen: Das ist unser Berufsbild, unser Berufsstand und wir machen das und sind dafür verantwortlich, unser eigener Tätigkeitsbereich. Na, ich habe immer das Gefühl, dass sich die Pflege da versteckt?“

Die Position, die die Pflege im Feld Gesundheitswesen einnimmt, gleicht seiner Meinung nach einem „Verstecken“. Das eigene berufliche Tun gleicht einer „Handreichungspraxis“. Die eigenen Leistungen erschließen sich nicht in den Praktiken des Tuns und können daher von außen auch nicht wahrgenommen werden. Nicht thematisiert wird von Christian, wie diese Stelle ausgefüllt werden sollte bzw. wie sich professionelles pflegerische Handeln „präsentieren“ soll.

3.4.2.3 Elise: „Wenn man es nicht unbedingt muss, dann macht man etwas anderes, sagt meine Oma“

Die Ambivalenz zwischen abstrakter Anerkennung von Pflegeberufen im Allgemeinen und Unverständnis, dass jemand diesen belastenden Beruf tatsächlich wählt, schildert auch Elise. In ihrem Fall formuliert die Großmutter ganz explizit, dass es ein Beruf sei, der nur gewählt wird bzw. von der Enkelin gewählt werden sollte, wenn keine Alternative zur Verfügung steht. Die Großmutter versteht nicht, warum ihre Enkeltochter, die einen höheren Bildungsabschluss hat, überhaupt ‚so etwas‘ tut.

„Und für meine Oma zum Beispiel...für die war ich eben die erste die Matura macht, die erste die studieren geht, sie fragt mich immer: Was bist du jetzt, wenn du fertig bist, Krankenschwester, oder? Mehr nicht oder also das drückt mich immer, jedes Mal. Jetzt habe ich ihr gesagt, dass ich auf der Psychiatrie arbeite / nun ist sie wahnsinnig durcheinander. Arbeiten mit Verrückten, du hast doch Matura, du musst das doch gar nicht tun.“

Konfrontiert ist Elise mit Vorstellungen von Opferbereitschaft und Selbstaufgabe, besonders von älteren Personen, die den Beruf als „ehrbar“, aber zugleich „belastend“ begreifen.

„Es wird das immer als schweren Beruf gesehen, für die Älteren, so jetzt als Bürde die man trägt in der Pflege. Es ist ein wahnsinnig ehrbarer Beruf, aber auch ein wahnsinnig belastbarer Beruf. Und wenn man es nicht unbedingt muss, dann macht man etwas anderes, sagt meine Oma. So was sie glaubt, das sind die zwei Sichtweisen, die sind recht unterschiedlich.“

Als Reaktion auf die häufige Infragestellung beschreibt Elise, dass es ihr bei nahestehenden Personen wichtig sei über ihre Vorstellungen zu sprechen und über das Studium zu informieren. Jedoch beschreibt sie den Rechtfertigungsdruck als demotivierend und belastend.

„Ja, mir waren nur die Leute wichtig, die mich kennen, mich auch verstehen, warum ich das mache. Ich habe schon oft so Krisen gehabt mit mir selbst, wo ich mir gedacht habe: mei keiner versteht, warum ich das mache. Und ist das wirklich ein so blöder Job, ja. Also da wollen wir echt / bin ich doch zu gut für den Job, weil jeder sagt: Du kannst doch etwas anderes auch machen. Und Gott sei Dank war ich in N., das hat mir die Augen geöffnet, da habe ich einfach gesehen, was das eigentlich für ein Job ist.“

Erst im Ausland entwickelt sie nach eigenen Angaben ein selbstbewusstes Verhältnis zu ihrer Berufswahl und dem entsprechenden Studium. Dieses Selbstbewusstsein ist, wie das folgende Zitat zeigt, eng mit dem Wissenschaftsbegriff verknüpft:

„Das ist ein Unterschied, also da in N. waren wir richtig stolz das man eine Krankenschwester ist. Auch so beim Fortgehen, wenn mich dort jemand gefragt hat, was ich studiere, das war einfach super, wenn ich sagen hab können, I`m a nursing science Student, das war ganz toll. Und in Österreich: Achso, wieso hast du nicht Medizin studiert. Kann man das studieren? Was tut man da überhaupt?“

Die Bezeichnung ‚nursing science‘ wird somit in einem weiten und unspezifischen Sinn benutzt. Während der Begriff überwiegend für das Fach der Pflegewissenschaft steht, wird er teilweise auch für das Fachhochschulstudium der Gesundheits- und Krankenpflege verwendet. Zentral für den hohen Wert ist auch hier der Begriff der Wissenschaft, der eine starke Höherbewertung impliziert.

Zugleich reflektiert Elise ihre Erfahrungen und die Zuschreibungen, die sie dazu „zwingen“ weiter zu studieren, damit sie etwas bewirken kann, um mehr Selbstverständnis im TUN zu erreichen.

„Es ist ein Beruf der [...] bewirkt wahnsinnig viel am Patienten, weil er einfach so, also diese Berufsfach ist so präsent ist beim Patienten, so viele Stunden am Tag wie keine andere Profession und das wird dann irgendwie nicht wertgeschätzt. Das war so der Grund, warum ich gesagt habe, ich muss weiterstudieren, es geht nicht anders, ich muss da etwas bewirken oder ich muss da irgendwie schauen, dass das mehr Selbstverständnis bekommt, was sie tun, dass sie auch...“

Die mangelnde Wertschätzung von beruflicher Pflege führt dazu, dass Elise das Studium als eine Möglichkeit sieht, das sich das Verständnis von Pflege verändern kann und soll. Leider führt Elise an dieser Stelle nicht näher aus, was sie unter dem Selbstverständnis des Tuns versteht.

3.4.2.4 Doris: Medien und Klischees von Krankenschwestern als ärztlichen Untergebenen bestimmen das Berufsbild

Auch Doris schildert die Reaktionen des Umfeldes auf ihre Berufswahl, die in der Außenwahrnehmung dadurch gekennzeichnet sind, dass Krankenpflege als ein medizinischer Assistenzberuf gilt, dessen Hauptaufgabe in der Durchführung körpernaher Dienstleistungen, insbesondere des Waschens alter Menschen besteht.

„Naja. Die erste Frage, die eigentlich immer gestellt wird ist, ‚und musst du da wirklich alte Menschen waschen?‘ Solche Dinge. Und sofort auf das bezogen, wie wenn es unsere einzige Tätigkeit wäre Patienten waschen. So kommt es einem sehr oft vor? Dann natürlich auch noch immer das Bild der Minirock tragenden Krankenschwester (lacht). Ja, also das ist leider noch immer so, dass irgendwie, keine Ahnung, halt irgendetwas Verruchtes für manche Männer hat, oder was, also da rede ich wirklich nur von Männern. Frauen sind da eh besser. Aber in der Hinsicht und ja, also hauptsächlich ist es einfach so, dass viele Menschen einfach

glauben, dass die Hauptaufgabe der Schwester ist, Menschen zu waschen und dem Arzt nachzurrennen. Und das durchzuführen, was der Arzt sagt. Ja. (...) Und das ist ziemlich traurig. (lacht)“

Das Waschen alter Menschen, das für Außenstehende das Berufsbild repräsentiert, steht hier symbolisch für das mit Abscheu und Abwehr verbundene Bild der Krankenpflege als eines Berufs, der durch unangenehme Tätigkeiten charakterisiert ist. Dazu kommt das Bild der weiblichen Krankenschwester als einer dem männlichem Arzt zu- und untergeordneten Hilfskraft. Und schließlich, so die Interviewte, wird das Bild gleichermaßen komplettiert und konterkariert durch sexualisierte Projektionen von Krankenschwestern als Objekten des Begehrens.

Für Doris sind die Medien, hier am Beispiel von Serien beschrieben, entscheidend für das öffentliche Bild des Berufs.

„Aber es ist, wir brauchen uns das nur in den ganzen Serien oder so etwas anschauen. Das ist ja das beste Beispiel, also wo die, die Schwester irgendwo im Hintergrund herumläuft und immer nur dem Arzt was bringt oder halt irgendwie wohin geschickt wird, dass sie etwas holen soll oder solche Dinge. [...] [D]as ist halt einfach so, dass viel über die Medien läuft und die Leute sich dadurch ihre Meinung bilden.“

Zugleich sieht sie in der medialen Darstellung erste Ansätze für ein verändertes Berufsbild, so zum Beispiel in der amerikanischen Krankenhausserie Scrubs:

„Und da ist auch eine Hauptrolle eine Krankenschwester und die Krankenschwestern sind da auch wirklich sehr wichtig. [...] Und da stehen die Krankenschwestern auch sehr selbstbewusste und eigenständige Personen auch dar und das ist so das Bild, das mir gut gefällt.“

Die Darstellung von Ärzten in der Populärkultur spiegelt nach Ansicht von Doris eine gesellschaftliche Grundhaltung wieder, nach der es Mediziner sind, vor denen man Respekt hat und die mit Eigenschaften eines Helden konnotiert sind.

„Ärzte sind Respektspersonen und die kann man immer respektieren, weil das sind ja Mediziner und das ist halt leider einfach so in unserer Gesellschaft, dass die natürlich immer als die Helden dastehen [...].“

Doris beschreibt ähnlich wie ihre Kolleginnen, dass der gesellschaftlichen Status des Berufes eher gering sei und im Vergleich zur Berufsgruppe der Mediziner/inn/en eine untergeordnete Rolle einnimmt. Verantwortlich für diese öffentliche Meinung sind ihrer Ansicht nach auch stark die Medien, die alte Rollenbilder verstärken, aber auch neue produzieren.

3.4.2.5 Mechthild: „die sehen das schon mehr als Arzthelferin, den Beruf der Krankenpflege“

Die Reaktionen des Umfeldes auf die Mechthilds Wahl der Ausbildung sind ähnlich wie in den Argumentationen der anderen Interviewten sehr ambivalent. Einerseits erlebt sie Unterstützung durch ihre Familie und Freunde, andererseits ist sie konfrontiert mit Äußerungen, die einen geringen gesellschaftlichen Status widerspiegeln. Dominierend sind ihrer Wahrnehmung nach Äußerungen, die den Beruf eher im unteren Bereich des hierarchisch gegliederten Systems verorten. Zugleich sind in der gesellschaftlichen Wahrnehmung akademische Berufe – die vornehmlich mit geistiger Tätigkeit und hohem Status in Verbindung gebracht werden – schwer in Einklang zu bringen mit dem Berufsbild der Krankenschwester und des Krankenpflegers. Äußerungen des Erstaunens wie „Du hast studiert und bist Krankenschwester? Für was?“ sind Ausdruck von scheinbar unvereinbaren Widersprüchen.

Der Beruf der Krankenpflege gilt als so anstrengend und entbehrungsreich, dass Mechthild sich von einigen Patient/inn/en „fast etwas bemitleidet“ sieht. Die Anerkennung, die an dieser Interviewstelle als Bewunderung, „so etwas“ tun zu können formuliert wird, irritiert Mechthild.

„Ja, das wird wohl so ein gesellschaftliches Bild sein, was ich als Reaktion bekommen habe. Und teilweise, was ich jetzt so von Patienten mitkriege: ‚Sie sind so arm. Müssen so einen harten Job machen.‘ Also ich glaube, das gesellschaftliche Bild ist sehr oft schon so, ein harter anstrengender Job, für den man fast etwas bemitleidet wird. Also das passiert jetzt meist von den Patientinnen, so Mitleid für das, dass wir so einen schlimmen Job haben.“

Das von außen entgegengebrachte Mitleid empfindet sie als nicht stimmig zu den eigenen Vorstellungen, nämlich einen „schönen Job“ gewählt zu haben.

„Also ich empfinde ihn ja als einen schönen Job, sonst hätte ich ihn ja nicht gemacht.“

Letztlich bewertet Mechthild die Sichtweisen und Reaktionen ihres Umfeldes auf den Beruf als vielfältig und widersprüchlich. Jedoch überwiegen die Vorstellungen, wonach die Pflege im kollektiven Gedächtnis immer noch ein Beruf zu sein scheint, die dem Arzt untergeordnet ist und durch Assistenz gekennzeichnet ist.

„Also die Meinungen sind ganz, ganz unterschiedlich zu diesem Beruf. Andere bewundern einen auch dafür, dass man das macht. Aber die Meisten sagen / viele sagen auch wahrscheinlich, ja der Arzt ist so dein Chef, wo ich dann sag: Ja, der Arzt ist jetzt nicht so mein Chef, also die Stationsleitung ist mein Chef. Und die sehen das schon mehr als Arzthelferin, den Beruf der Krankenpflege.“

Der Titel ‚Schwester‘, der zusammen mit dem Vornamen verwendet wird und der bis in die heutige Zeit noch als Anrede im beruflichen Kontext genutzt wird, wird als Indiz für ein

unbestimmtes und letztlich dem beruflichen Kontext unangemessenes asymmetrisches Verhältnis gedeutet.

„Die Patienten, also ich stelle mich XY [Nachname] vor. Also normalerweise / Ich bin mir also noch nicht so sicher, also ich mag den Titel Schwester nicht, ob ich Schwester sagen soll. Jetzt sag ich meistens Schwester [Nachname]. Und dann ist einmal ein Träger gekommen, um eine Patientin abzuholen und hat gesagt: Na, da kommt eh die Schwester [Vorname], die sie dann abholen wird und da hat mich die Patientin die ganze Zeit im Krankenhaus immer [Vorname] genannt. Und das mag ich nicht. Und ich bin halt jemand der sich mit Nachnamen vorstellt. Und ich spreche Sie ja auch mit Nachnamen an. Warum sollen die mich dann mit Vornamen ansprechen. Also das ist so ein Prinzip, was ich habe. Also ich bin zwar sehr gerne mit Menschen per Du, aber auf gleicher Ebene.“

Hier zeigt sich die Ambivalenz („Ich bin mir also noch nicht so sicher“), sich einerseits als jemand mit einer nicht-gefestigten beruflichen Position einem Anpassungsdruck zu unterliegen und auf der anderen Seite eine ganz deutliche Präferenz für eine Form der Anrede zu haben, die den ansonsten im Berufsleben üblichen Symmetrie entspricht und die den Vornamen ganz klar der persönlichen Sphäre zuordnet.

Wie stark die Asymmetrie noch vorhanden ist, zeigt das ‚Nachdenken im Gespräch‘ über die wechselseitige Anrede mit dem Oberarzt.

„Also mit dem Oberarzt bin ich momentan per Sie. Aber, ob er mich mit Vornamen oder Nachnamen anredet, weiß ich jetzt gar nicht. Ich hoffe, mit Nachnamen (lacht).“

Zugleich ist Mechthild über die Grundhaltung sowie die Form der Anrede durch Mediziner gegenüber den älteren Pflegepersonen erstaunt.

„Also ich habe eine [ältere Kollegin] auf Station die ‚Siezt‘ den Arzt, aber er ‚duzt‘ sie aber. Und es bleibt aber dabei.“

Das deutliche Unbehagen mit den asymmetrischen Formen der Anrede sowohl mit Patient/inn/en als auch Ärzt/inn/en verweist auf eine Besonderheit des traditionellen Krankenpflegeberufs,²⁷ in dem unter anderem bei der Anrede die sonst in der Gesellschaft zentralen Höflichkeitsformen nicht gelten, sondern eine Asymmetrie aufrechterhalten wird, die gesellschaftlich ansonsten lediglich gegenüber Kindern vorherrscht.

27. Agnes Karll kämpfte noch Anfang des 20. Jahrhunderts vehement dafür, als Anrede die Bezeichnung „Schwester“ mit dem Vornamen zu kombinieren, während in englischsprachigen Ländern von je her Krankenschwester und Pfleger mit Nachnamen angesprochen wurden (Mühlum et al. 1997, S. 64).

3.4.2.6 Zusammenfassung: Stereotype Vorstellungen und geringer gesellschaftlicher Status des Berufes

Die gesellschaftliche Sicht von Pflege ist den Erzählungen der Absolvent/inn/en von Ambivalenz gekennzeichnet. Konfrontiert werden die Absolvent/inn/en mit divergierenden Äußerungen, die von Mitleid, Erstaunen über Verwunderung bis hin zu Bewunderung für die Berufswahl rangieren. Aussagen wie „Ich könnte dies nicht tun.“, „Warum tust du so etwas?“ oder „Musst du da wirklich alte Menschen waschen?“ sind Ausdruck gesellschaftlicher Vorstellungen, wonach abstrakt ein hoher Stellenwert für den Beruf „Pflege“ besteht, jedoch in der individuellen Einschätzung, als persönliche Berufswahl, dieser als nicht erstrebenswert gilt.

Gefragt nach den Gründen für das mangelnde öffentliche Prestige bzw. den stereotypen gesellschaftlichen Vorstellungen über und vom Beruf Krankenschwester/Krankenpfleger wird von den Absolvent/inn/en einerseits die Reproduktion traditionellen Rollenstereotype durch Berufsangehörige selbst, aber auch die Berichterstattung der Medien verantwortlich gemacht. Überdies hinaus wird die mangelnde Sichtbarkeit, was professionelle Pflege tut, als Grund für das vorherrschende stereotype Berufsbild durch die Absolvent/inn/en konstatiert.

In der von Kemetmüller et. al (2005) vorgelegten Untersuchung zum gesellschaftlichen Stellenwert des Berufes „Pflege“ werden die Erfahrungen der Absolvent/inn/en durch Interviews mit Maturantinnen in Krems (Österreich) bestätigt. Demnach sehen mehr als 70 Prozent der Befragten (n 185) den Pflegeberuf als für die Gesellschaft wichtig, jedoch erscheint er als persönliche Berufswahl nicht erstrebenswert (Kemetmüller 2005, S. 94).

Die traditionelle, spezifische Form der Anrede in der Krankenpflege wird in den Interviews in doppelter Weise als Problem gesehen. Die Kombination von „Schwester“ mit einem Vornamen ist zum einen eindeutig auf Frauen zugeschnitten, so dass unklar ist, wie männliche Pfleger anzusprechen sind. Zum zweiten repräsentiert die Ansprache mit einem Vornamen eine Form von gesellschaftlicher Unterordnung bzw. Nicht-Achtung, da sie die ansonsten gesellschaftlich geltenden Regeln symmetrischer wechselseitiger Anrede verletzen.

3.4.3 Wie sehen die Absolvent /inn/en ihre Ausbildung?

Ausgehend von der Prämisse, dass eine Ausbildung die erste Grundlage für ein berufliches Selbstbewusstsein legt, wurden die Absolvent/inn/en gefragt, wie sie ihre Erstausbildung sowohl praktisch als auch theoretisch rückblickend einschätzen. Sie sollten angeregt werden über ihre erlangten Kompetenzen zu reflektieren. Die Antworten auf die allgemeinen Fragen zur theoretischen und praktischen Ausbildung und den dort vermittelten Kompetenzen zeigen ein sehr breites Spektrum an Aussagen und Deutungen, die methodisch betrachtet als nicht gesättigt, im Sinne sich wiederholender Informationen, gelten können.

3.4.3.1 Frederik: „Üben tut man dann mit den Personen sicher in der Einrichtung“

Gefragt nach der praktischen Ausbildung beginnt Frederik mit einer Kritik an den Übungs-Lehrveranstaltungen an der FH, die seiner Meinung nach allgemein zu wenig gewesen sei.

„Wir haben natürlich Lehrveranstaltungen gehabt, wo es drum gegangen ist, wie führ ich die Grundpflege durch, wie mach ich die Lagerung, wie setze ich einen Dauerkatheder, wie nehme ich Blut ab und wie mobilisier ich richtig. Das ist natürlich in der Theorie und auch in praktischen Versuchen an der FH durchgeführt worden. Er war sehr gering der Teil, muss ich sagen. Das liegt aber auch am Politikum, also irgendwie hat Platz geschaffen werden müssen.“

Das von ihm als zu gering eingeschätzte Ausmaß an praktischen Lehrveranstaltungen führt Frederik auf ein „Politikum“ zurück. Es habe „Platz geschaffen werden müssen“ für die theoretischen Ausbildungsinhalte und „die Praktikumsstellen hätten ja den Auftrag, vermehrt die praktische Ausbildung zu übernehmen“, so die Aussage Frederiks.

Gefragt nach praktischen Übungen im Bereich Anamnesegespräche stellt Frederik dar, dass dies als Teil der praktischen Ausbildung gesehen wurde.

„Schon auch auf der FH noch [wurde geübt FS], aber nur ein-zweimal. Also mehr ist man nicht dazu gekommen. Üben tut man dann mit den Personen sicher in der Einrichtung. Da macht man sowieso als Praktikant oder Praktikantin unzählige Anamnesegespräche.“

Frederik schildert, dass die Anamnesegespräche bei Patient/inn/en ohne Anleitung durchgeführt wurden und sah sich auf sich allein gestellt.

„Also ja, ist schon wenig. Oft, also wo ich [mir] am Anfang ziemlich schwer getan hab, war eine Anamnese zu machen aufgrund / auf Basis von Beobachtungen, bei Patienten und Patientinnen, wo ein Gespräch nicht möglich war. Der Bereich ist mir NIE gezeigt worden. War schon schwierig.“

Als schwierig beurteilt Frederik die Situation eines Anfängers, dem die Anleitung und Unterstützung durch eine fachkompetente Person in der Praxis fehle.

Zudem kritisiert Frederik die Reproduktion traditioneller Geschlechterrollen, die er in der Ausbildung weder reflektiert sieht, sondern die seiner Ansicht nach in der Ausbildung reproduziert würde.

„Geschlechterstereotype. Also bei uns in der Ausbildung sind die eins zu eins weiter fortgeführt worden.“

„Aber Geschlechterrollen selbst, sind nie reflektiert worden. Ich habe versucht das einmal anzusprechen. Es gibt überhaupt keine Genderlehrveranstaltung, wo das allgemein angeschnitten wird.“

Ihm fehlt in der Ausbildung, die Stereotype zu „reflektieren oder überhaupt einmal [...] Geschlechterrollen zu diskutieren“. Das Thema ist dabei kein für ihn nur akademisch relevantes, sondern etwas, was ihm in der Berufspraxis begegnet.

Aber Geschlechterrollen selbst, sind nie reflektiert worden. Ich habe versucht das einmal anzusprechen. Es gibt überhaupt keine Genderlehrveranstaltung, wo das allgemein angeschnitten wird. Und das ist bei mir im Berufsalltag schon wieder ein großes Thema. Die Wichtigkeit von Geschlechterrollen ist im Berufsalltag schon eine sehr starke.

Die Kritik einer mangelnden Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen ist in mehrfacher Hinsicht interessant: Frederik kritisiert hier die Praxis und die Hochschule und benennt damit einen neuen Aspekt, dessen Reflexion er sowohl in der Hochschule als in der beruflichen Praxis einfordert.

3.4.3.2 Christian: „Mehr praktische Grundausbildung“

Der wissenschaftliche Anteil der FH-Ausbildung sollte nach Meinung Christians weiter ausgebaut werden. Zugleich plädiert er für mehr Zeit um praktische Fertigkeiten einüben zu können, die seiner Meinung nach durch die Lernform „Selbststudium“ verloren gehen würden. Das folgende Zitat zeigt dabei einen interessanten Widerspruch, da sich Christian mehr angeleitete Übungssituationen gewünscht hätte, aber die Ausbildung zugleich für sich persönlich gern wissenschaftlicher gehabt hätte.

„Ja, für mich hätte es von Anfang an ruhig ein bisschen wissenschaftlicher sein können. Aber das liegt ganz einfach, denke ich, an meine Affinität zu der Wissenschaft...ja, sonst halt hätte ich mir praktische Übungen gewünscht. Wir hatten zwar die Möglichkeit in unserer Freizeit in den Übungsräumen zu üben, aber das hat wirklich keiner gemacht, weil es ein Selbst-Studium war, mit einem erheblichen Anteil an Selbststudium, und ich hätte mir da mehr angeleitete Übungssituationen gewünscht.“

Das Erlernen von praktischen Fertigkeiten geschehe eher zufällig und sei abhängig vom jeweiligen Praktikumseinsatzort. Christian fühlt sich theoretisch auf den beruflichen Alltag gut vorbereitet, während er sich für die praktischen Tätigkeiten im Berufsfeld nur „mittelmäßig“ vorbereitet fühlt.

„Mittelmäßig. Also ich glaube jeder kommt in seinem Praktikum zu unterschiedlichen Tätigkeiten und manche schaffen es jahrelang nicht, einen Katheter zu setzen und ein Anderer macht das schon im ersten Praktikum, ist ganz unterschiedlich, je nachdem, welche Tätigkeiten man ausführt, durchführt. Ich persönlich, ich habe einfach durch die Praktika in den Jahren gemerkt, dass ich persönlich nicht so viel praktisch lerne. Ich habe für mich selber erkannt, dass macht mich nicht so glücklich. Deshalb bin ich auch im Masterstudium, weil ich eben nicht hundertprozentig zufrieden bin, mit der praktischen Arbeit. Das liegt aber an mir persönlich, an meiner Präferenz.“

Christian beschreibt die Ausbildung in der Praxis retrospektiv als etwas eher zufällig Passierendes, denn als ein systematisch aufbauendes Herangehen. Zudem wünscht er sich, dass die praktische Umsetzung einzelner theoretischer Inhalte ausgebaut werden sollte.

„Bezüglich der kommunikativen Kompetenzen denke ich mir schon, ja. Wir haben ja auch ein Seminar über Kommunikation gehabt in der Ausbildung, so allgemeine und spezielle Techniken und das theoretische Rüstzeug dafür haben wir, über Kommunikation, die Beziehung zum Patienten aufbauen können, das ganze reflektierter angehen können. Aber ich denke mir auch, da ist die praktische Umsetzung, ist Übungssache. Aber das theoretische Rüstzeug dafür hätte ich zumindest.“

Probleme ergeben nach Meinung von Christian in dem Fehlen von Übungseinheiten.

Verdoppelungen, die im Laufe der Zeit in einigen Unterrichtsfächern auftraten, sollten seiner Ansicht nach zugunsten neuer Lehrinhalte wegfallen. Er kritisiert dabei

„die Inhalte von Lehrveranstaltungen, die sich immer mehr geähneln haben. [...]“

Als positives Erlebnis schildert Christian die so genannten Reflexionsstunden, in denen sich die Studierenden über ihre Praxiserfahrungen mit Lehrpersonen der FH austauschen konnten. Dies wurde als wichtiger Bestandteil der Ausbildung wahrgenommen.

„Das war auf jeden Fall ein wichtiger Bestandteil von dem Ganzen. Ohne dem glaube ich, ja, wäre es nicht so gut ausgegangen, das war auf jeden Fall sehr, sehr gut.“

Christian schreibt insgesamt nicht den Bedingungen des Lernens und den Arbeitsbedingungen die spezifische Einstellung zum Beruf zu, sondern viel mehr der eigenen, persönlichen Affinität. Dies gilt auch für die wissenschaftliche Orientierung, die nicht der Hochschul-Sozialisation zugeschrieben wird, sondern als persönliche Orientierung erscheint.

3.4.3.3 Elise: Forschungskompetenz und die Fähigkeit zum selbständigen Lernen

Elise ist sowohl mit der theoretischen als auch praktischen Ausbildung sehr zufrieden. Für sie lag der Schwerpunkt der theoretischen Ausbildung im wissenschaftliche Arbeiten, was ihrer Meinung nach noch stärker ausgebaut werden könnte bzw. auch gekoppelt an Forschungspraktika stattfinden sollte. Elise thematisiert sofort den Konflikt zwischen ‚normal‘ Ausgebildeten und Hochschulausgebildeten Pflegefachkräften.

„Ich war mit meiner Ausbildung extrem zufrieden muss ich sagen. ... Eigentlich nicht, also / Ich höre immer nur den Vorwurf der Schüler an uns, also die die jetzt in der Ausbildung sind, so normalen Diplom unter Anführungszeichen, dass wir ja nichts anderes, nichts mehr machen und die haben teilweise Curricula und die sagen: Ihr macht genau dasselbe wie wir und warum seit ihr am Schluss etwas Besseres. Und wo ich dann immer rede, das stimmt so nicht, das ist einfach nicht so. Gerade das wissenschaftliche Arbeiten ist bei uns ein anderes / war bei uns wahnsinnig wichtig und hat mir aber auch wahnsinnig gut gefallen, hätte sogar noch mehr sein können, hätte ich nichts dagegen gehabt. Wenn wir da noch mehr selbstständig so Einblicke bekommen hat, in die Projekte und in laufenden

Forschungsaufträge, wo man mitschnuppern kann und vielleicht sogar mithelfen kann, das war ein bisschen zu wenig. Weil wir auch die Vorreiter waren hat es jetzt so, irgendwie [war] noch nichts so richtig entwickelt. [...] Da könne man mehr kriegen, es ist nur sehr praxisbezogen dieses Feld.“

Das Stundenausmaß der praktischen Ausbildung, das geleistet werden musste, beurteilt sie mehr als ausreichend und sie betont auch, viel gelernt zu haben. Dass Andere hinterfragen, ob die akademische Ausbildung auseichende Praxis vermittelt, weist sie zurück. Es zeigt sich, dass sie dies als Konfliktthema begreift.

„Die war, ja / wir haben 2.000 Stunden leisten müssen, die waren ja / ich habe viel gelernt, wahnsinnig viel, klar und es hat auch gepasst. Es war halt nicht so leicht, in dieser Berufssparte natürlich dass man dort anfängt, auf Grund der ganzen Zwistigkeiten zu dem Neuen, das es gibt. Aber im Großen und Ganzen war es mehr als ausreichend, finde ich, von den Stunden her. Wir sind immer von den Schülern und von den Stationen / fragt man, man macht viel zu wenig Praxis, dabei finde ich es war genug.“

Elise beschreibt ihre Praxiseinsätze als einen fortwährenden Aushandlungsprozess, in dem sie um Anerkennung und Integration kämpfen musste. Es kostete sie in ihrer Darstellung viel Zeit und Energie, von den Berufskolleginnen anerkannt zu werden und sie beschreibt, wie sie verschiedene Sozialtechniken einsetzte, um akzeptiert zu werden, aber auch um von anderen zu lernen. Ihre akademische Ausbildung ist in ihrer eigenen Wahrnehmung für die berufliche Integration hinderlich. Sie beschreibt, dass sie sich in der Situation sah, sich beweisen zu müssen und zeigen zu müssen, dass sie in der Lage ist, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen.

„Schlecht, also komisch, es hat eben immer seine Zeit gedauert, bis ich angenommen worden bin. Aber mit wahnsinnig viel persönlicher Arbeit, also unter anderem einschleimen, nett sein und übermitteln oder vermitteln, dass man nichts anderes ist. Dass man nicht / nie die Intention gehabt hat etwas Besseres zu werden, sondern weil ich mich einfach für das Studium interessiere. Kann ja nichts dafür, wenn da jeder schlecht zu sprechen darauf ist. Das war irgendwie so, bis ich das mal vermittelt gehabt habe. Ich meine, du weißt es eh, nach 24 Stunden Betrieb sieht man nach zwei Wochen einmal irgendwen das erste Mal, weil der immer anders Dienst gehabt hat, das hat dann wirklich zwei Wochen oft gedauert bis ich mal akzeptiert war, von der Person her. Und dann hat es auch wahnsinnig viel Spaß gemacht mit ihnen, aber ich habe eben meine Ausbildung nicht ansprechen müssen. [...] ‚Nein, du warst eh super und wenn alle so sind, dann freuen wir uns auf euch.‘ Das war dann lieb, das war wie gesagt, das habe ich wahnsinnig immer erarbeiten müssen. Und mein erstes Praktikum, das war das mit dem ‚akademisierten Dings‘, das hat mich schon / da war ich kurz davor, dass ich mir einfach denke: Nein, das ist nichts für mich. Nicht das mich das nicht interessiert hätte, aber ich habe mir gedacht, ich kann mir das nicht antun, die ganze Zeit. Und wie ich dann gemerkt habe, okay das funktioniert, ich komme gut an und das passt und Service macht mir auch Spaß. Dann kommt man ins zweite Praktikum und muss wieder von vorne anfangen und von vorne anfangen, das

war für mich einfach keine schöne Zeit. Ich war dann auch oft dann krank, aber, also bei mir hat das voll auch angeschlagen, also körperlich, weil ich einfach diesen Stressgedanken und das kontrolliert werden [...] Und die Praktika waren im Nachhinein, ich konnte nie sagen, es hat mir bei ihnen nicht gefallen, weil sie mich fachlich super ausgebildet haben.“

Die obige Passage, dass sie sich hätte „einschleimen“ müssen, „nett sein und übermitteln oder vermitteln, dass man nichts anderes ist“, deutet darauf hin, dass es sich bei den Auseinandersetzungen um Statuskämpfe handelt, in deren Rahmen sie sich genötigt fühlt, ihre Ambitionen zu verbergen. Denn die weiter oben genannte Orientierung an wissenschaftlicher Arbeit würde in der Konsequenz bedeuten, dass sie etwas anderes macht, was gesellschaftlich einen anderen Stellenwert hat. Trotz der negativen Erlebnisse und der Anstrengungen um soziale Anerkennung während der Ausbildung kommt Elise allerdings zum Schluss, dass sie viel gelernt hat.

Die Lernform „Selbststudium“ wird als eine dominierende Lernform in der Ausbildungszeit beschrieben und als praktische Fähigkeit – nämlich die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten – gedeutet.

„Ja schon, man hat doch recht viele Arbeiten selbstständig, das man vielleicht nicht alles vorgetragen bekommt, sondern dass man wirklich umfangreiche Hausübungen bekommt, Seminararbeiten, in Büchern zu schmökern, Forschungsfragen aufzugreifen rein theoretisch einmal im Ansatz und dann Dinge vorzutragen über Selbststudiumsauftrag, der ja wahnsinnig hoch angerechnet wird auf der FH, also dass man viele Stunden angerechnet bekommt, die man de facto zuhause ist und sich selber erarbeiten muss. Und ich glaube, dass das etwas ist das anderen hilft, bei der Pflegeplanung, dass man sich selber mit etwas auseinandersetzt und nicht alles gezeigt bekommt und nicht alles durchgekaut bekommt. Wir haben auch eine kleine Hausübung dazu bekommen, sodass es einfach heißt: das Kapitel über die, weiß ich nicht, Maßnahmenevaluierung, bitte selber an einem Beispiel und einem Fall und an einem keine Ahnung, in einem Ausmaß von so und so vielen Seiten bearbeiten. Und dann muss man sich damit auseinandersetzen und es macht einfach keiner für einen. Und das Wissen ist vielleicht am Schluss dasselbe, aber die Angst, das selber in die Hand zu nehmen ist glaube ich anders, [...]. Aber diese Angst vor selber was zu finden, etwas zu erarbeiten haben wir in unserem Studiengang verloren. Also im Gegenteil sogar eben wieder / es lohnt sich einfach und es macht auch irgendwie Spaß selber damit zu arbeiten / damit arbeiten zu können.“

Direkt nachgefragt nach der Kompetenz, die eine Gesundheits- und Krankenschwester auf jeden Fall in der Ausbildung erlernen sollte, antwortet Elise:

„Sich behaupten, glaube ich, also... sich so, engagieren wie auch immer, aber das man es mit dem eigenen Gewissen vereinbaren kann.“

Damit wird Durchsetzungsfähigkeit zu einer zentralen Fähigkeit gemacht, obwohl eben gerade diese Kompetenz offenbar eine ist, die sie gerade lernen muss, um sich als

Studierende gegen die traditionell Ausgebildeten durchsetzen zu können. Die Ambivalenz gegenüber dieser Position zeigt sich in der relativierenden und einschränkendem Passus, die Selbstbehauptung mit den eigenen Wertvorstellungen in Einklang bringen zu müssen. Insgesamt zeigt sich bei Elise, dass das institutionelle Setting, in dem sie sich zwischen Institutionen und zwischen unterschiedlichen Anforderungen zu bewegen hatte, als belastend wahrgenommen wird.

3.4.3.4 Doris: geringe Relevanz der praktische Kompetenz

Doris bewertet ihre praktische Ausbildung als sehr gut und ist umfassend zufrieden. Sie benennt als zentrale Besonderheit, dass die Bachelor-Absolventen und Absolventinnen keine praktische Diplomprüfung ablegen müssen. Für sich selbst sieht sie dies nicht als problematisch an; allerdings argumentiert sie, dass das Fehlen der praktischen Diplomprüfung problematisch werden könnte, wenn die Praxisanleiter/innen vor Ort erbrachte Leistungen bescheinigen, um der entsprechenden Person ein „Bestehen“ zu attestieren, ohne dass dem entsprechende Leistungen zugrunde liegen.

„Also das habe ich sehr gut gefunden. Sie sind auch immer auf unsere Wünsche eingegangen. Also das war eigentlich überhaupt kein Problem. Es war halt einfach so, dass wir gewusst haben, dass wir keine praktische Diplomprüfung haben, das heißt, dass wir halt praktisch nicht geprüft werden. Und dadurch ist eigentlich dann wirklich die Verantwortung bei dem Praxisanleiter halt gelegen auf der jeweiligen Station und halt wirklich so entsprechend zu beurteilen, dass wir da halt auch wirklich abgesichert sind, auch für uns einfach auch als Feedback an uns, dass wir da wissen, okay gut, das passt auch so wie ich arbeite. Ich muss sagen, ich finde es eigentlich in Ordnung, dass wir jetzt keine praktische Diplomprüfung gehabt haben. Also im Nachhinein ist es mir nicht wirklich abgegangen. Aber ich denke mir grade so bei Personen, wo dann die Station sagt, also ich wüsste jetzt nichts von irgendwelchen Leuten von uns oder so, aber ich stelle es mir halt problematisch vor, wenn es wirklich bei jemandem ist, der halt immer beim Praktikum so auf Stationen so / Genau, wo sie halt sagen: ‚Okay gut, wir geben dem halt noch ein Bestanden‘ und Hauptsache der Schüler ist weg oder was auch immer (lacht).“

Den Unterschied bzw. das zentrale „Mehr“ der Ausbildung sieht sie im wissenschaftlichen Arbeiten und macht diesen Unterschied insbesondere an der Bachelorarbeit fest.

„Naja, eindeutig im Wissenschaftlichen, einfach. Und die Bachelorarbeiten. Das ist auf jeden Fall, ja, auf sehr hohem wissenschaftlichem Niveau einfach. Auch eben die zwei Bachelorarbeiten einfach auch zu lernen auf hohem wissenschaftlichem Niveau zu schreiben, zu arbeiten, wirklich basierend auf Literatur, basierend auf Studien und nicht basierend auf jetzt die eigene Meinung, oder was auch immer.“

Als spezifische Kompetenz sieht Doris die Wissenschaftsorientierung und die Vertrautheit mit wissenschaftlichen Methoden. Welche Wirkung dies auf das berufliche Handeln haben

könnte bzw. welche Konsequenzen sich dadurch im Berufsalltag zeigen, wird auch an dieser Stelle nicht angesprochen.

3.4.3.5 Mechthild: bei längeren Praktika „gern mehr Abwechslung haben“

Nach längeren Überlegungen beginnt auch Mechthild über die Dauer und Inhalte der Praktika zu reflektieren. Diese seien zu lang gewesen und sie hatte den Eindruck, sie sei zum Arbeiten da, hätte jedoch gern mehr gelernt.

„Die Praktika waren ziemlich lang, wo ich mir zum Schluss gedacht habe: so jetzt bin ich hier nur noch zum Arbeiten da, nicht mehr zum Lernen, weil ...wenn man zwei Monate auf Station ist oder im Geriatrie-Zentrum... und da habe ich mir gedacht: Ja, passt, fertig, ich habe es gelernt, jetzt würde ich dann wieder gern mehr Abwechslung haben, das habe ich mir oft gedacht.“

Zudem reflektiert Mechthild die Arbeitsfelder, in denen sie ausgebildet wurde, und stellt fest, dass diese immer noch stark an der Arbeit in Krankenhäusern orientiert seien. Sie hätte gern andere Einsatzorte oder neue Arbeitsfelder kennengelernt.

„Also mir hätte also noch viel mehr Fächer interessiert, halt. Also, ich habe zwar irgendwie / hätte ich mir noch gern Beratungsstellen für Angehörige angeschaut, in praktischer Form. Und ich hätte gern /Entlassungsmanagement habe ich eh Gott sei Dank angeschaut, dass ich da dabei sein kann und das war ein bisserl / also es ist schon sehr krankenhausesbezogen die Praktika. Ja, weil wir, das ist ja auch das Hauptarbeitsfeld danach. Aber trotzdem hätte ich gern mehr außerhalb des normalen Krankenhauses gemacht.“

Außerhalb des Setting ‚Krankenhaus‘ tätig zu sein und vielfältige Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen zu können, sind für Mechthild wichtige Punkte in der Ausbildung. Dabei beurteilt Mechthild das Stundenausmaß der Praktika als ausreichend und sie tendiert in ihrer Bewertung zu einer Kritik, in der die Routine in den Einsätzen so schnell erreicht wurde, dass sie ihr keine weiteren Möglichkeiten des Lernens boten. Der Einsatz als ‚normale‘ Arbeitskraft erschwert in ihrer Wahrnehmung den Erwerb weiterer praktischer Fähigkeiten, so dass sie sich eine Verringerung dieser Einsätze wünscht. Eine größere Vielfältigkeit von Lernsituationen erscheint Mechthild nur mit dem häufigen Wechsel der Einsatzorte (Fachbereiche) erreichbar zu sein.

3.4.3.6 Zusammenfassung: Hohe Wissenschaftsorientierung und Ambivalenz im Hinblick auf die Praxis

Bei Frage nach der Ausbildung und insbesondere der berufspraktischen Ausbildungsphase thematisieren die Absolvent/inn/en Konflikte und Spannungsfelder innerhalb der Berufsgruppe. Bei dem Thema, wie zufrieden sie mit der praktischen Ausbildung und den dort vermittelten Kompetenzen sind, zeigte sich ein sehr breites Spektrum an Aussagen und Deutungen, die methodisch betrachtet als nicht als gesättigt, im Sinne von sich wiederholenden Aussagen, gelten können. Die Aussagen variieren dabei von

Unterforderung, über zu wenige Möglichkeiten für das Einüben praktischer Fertigkeiten bis hin zu generell allgemeiner Zufriedenheit über die in der praktischen Ausbildung erworbenen Fähigkeiten. Ein Thema war, dass sie diejenigen sind, denen zugeschrieben würde, Defizite in den praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten aufzuweisen.

Erzählungen über konkrete Ausbildungssituationen, die Rückschlüsse auf Praktiken im Berufsalltag geben können, gab es nur wenige. Positive Äußerungen wie „ich habe viel gelernt“ sowie „Ich fand die praktische Ausbildung ausreichend“ drücken eine generelle Zufriedenheit der Absolvent/inn/en aus, jedoch kam es nicht zu Erzählungen, was als zufriedenstellend wahrgenommen worden ist (z. B. konkrete Einsatzorte, konkrete Tätigkeiten in spezifischen Arbeitsbereichen, Praxen in unterschiedlichen Berufsrollen, Anleitung beim Erwerb praktischer Fähigkeiten etc.) und was inhaltlich das „Viel“ an Gelerntem ausmachen könnte. Einzelne Aufgabenbereiche oder Tätigkeiten, die als interessant erlebt wurden, spielen in den Erzählungen ebenfalls kaum eine Rolle. Praxisanleiter/innen, die eine zentrale Rolle in der praktischen Ausbildung und somit im beruflichen Sozialisationsprozess einnehmen, haben in den Erzählungen keine prominente Rolle. Das Lernen in Arbeitsprozessen (Praktika) wird gewünscht, was bedeutet, dass der praktischen Einübung ein großer Wert beigemessen wird, doch die Praxis wird sehr heterogen gedeutet, wobei Äußerungen vorkamen, in denen mehr Praxis gewünscht wurde.

In den Interviews werden negativ konnotierten Erfahrungen in der praktischen Ausbildung artikuliert. So wird in den Gesprächen auch das Ziel, nach einer kurzen Phase der Berufsausübung den Weg in weitere Ausbildungen oder berufliche Veränderungen zu gehen, argumentiert. Die Auslandspraktika (wenn diese absolviert wurden) sind für die Wahrnehmung der eigenen Entwicklung sehr wichtig. Hier werden unterschiedliche Ebenen reflektiert, die von kulturell divergierenden Vorstellungen der Bevölkerung von Pflegearbeit (positives Image) bis zu Berichten über Unterschiede hinsichtlich der Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Ländern bis zu Unterschieden in der Berufsmotivation reichen.

Die Absolvent/inn/en berichten davon, mit der Kritik konfrontiert zu sein, sie seien zu wenig praktisch ausgebildet. Das Thema der praktischen Ausbildung erscheint als ein Konfliktpunkt zwischen traditionell und akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften. Da sie sich in Konkurrenz zueinander sehen, muss das Thema praktische Ausbildung vor dem Hintergrund dieser Vorerfahrungen gesehen werden. Obwohl die Absolvent/inn/en zum Teil konkrete Defizite explizit benennen, mündete dies nicht in einer Kritik an den institutionellen Rahmenbedingungen. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Absolvent/inn/en sich mehr an der Institution Fachhochschule orientieren als an den Einrichtungen der praktischen Ausbildung.

3.4.4 Wahrnehmung der Unterschiede zwischen GuK-Absolvent/inn/en und FH-Absolvent/inn/en

Neben der Beurteilung der eigenen Ausbildung wurden die Absolvent/inn/en nach den empfundenen Unterschieden zwischen ihnen und den traditionell Ausgebildeten gefragt. Ziel der Frage war es, festzustellen, wie Absolvent/inn/en der FH sich und ihre traditionell ausgebildeten Kolleg/innen positionieren bzw. verorten.

3.4.4.1 Frederik: Delegieren als praktische Kompetenz für akademisch ausgebildete Fachkräfte

Frederik sieht seine spezifische Kompetenz in der wissenschaftlichen Herangehensweise, die seiner Ansicht nach in der Pflege generell stärker zum Tragen kommen sollte:

„Aber prinzipiell sehe ich schon eine Notwendigkeit, ... den Bereich gewissermaßen zu verwissenschaftlichen, um die Wissenschaft stärker hervorzuheben. Dass ich einfach als Pflegeperson weiß, dass die Handlungen, die ich setze, am Patienten, an der Patientin, wissenschaftlich fundiert sind.“

Die Orientierung an der klassischen medizinischen Wissenschaftstradition ist aber zugleich brüchig, da Frederik sich in der gleichen Passage gerade auf Verfahren wie Aromatherapie bezieht, die nicht Teil etablierter medizinischer Forschung sind.

„im Moment ist es, also die Beobachtung, die ich im Moment machen kann in meinem Job, über halbwissenschaftliche Erkenntnisse im Prinzip, über Experten- und Expertinnenwissen, das aber nicht in Form von evidenzbasierter Forschung belegt ist, aber eigentlich evidenzbasiert belegt sein sollte, sei es im Bereich der Aromapflege, der Aromatherapie, was so Grauzonen sind und sehr viel einfach Erfahrungswissen ist, das ist nicht Teil der Ausbildung, sondern Erfahrungswissen, was dann auch im Beruf passiert. Zu reflektieren und nicht einfach so zu übernehmen, das ist das, was glaube ich noch ein bisschen fehlt.“

Auf Nachfrage wird der breite Wissenschaftsbegriff dahingehend konkretisiert, dass es sich im Kern um die Kompetenz handelt, Forschungsergebnisse zu rezipieren und anzuwenden:

„Ich glaube, dass Ziel sollte sein, einfach Forschung, bestehende Forschung, zu verstehen und Erkenntnisse daraus umsetzen zu können.“

Der subjektiv gewollte und objektiv gegebene privilegierte Zugang zu wissenschaftlichem Wissen wird auch als wesentlicher Unterschied im Vergleich zur Ausbildung an GuK-Schulen gesehen. Zum einen liegt die wissenschaftliche Orientierung seiner Ansicht nach bereits in der Mehrzahl der Stunden an der FH-Ausbildung in diesem Bereich. Zudem würden die Auszubildenden an GuK-Schulen den wissenschaftlich orientierten Anteil ihrer Ausbildung gerade nicht positiv sehen und auch nicht als Grundlage individueller Handlungsfähigkeit nutzen.

„Und ich glaube, dass ist jetzt reine Gefühlssache, die ich da vermitteln kann, aber die auch falsch sein kann, aber wir haben natürlich immer wieder mit

Schülerinnen und Schülern aus den Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege zusammen gearbeitet in den Praktika, und da war halt die Reaktion auf unseren Studiengang immer die: ‚Ach ja ihr habt ja mehr Wissenschaft und so und ihr habt immer mehr Pflegewissenschaft, aber das ist für uns zu langweilig und wir waren alle froh, dass wir das durchgedruckt haben, ich hab es auswendig gelernt‘ und so weiter. . .“

Die eigene Handlungsfähigkeit sieht Frederik in der Vielfältigkeit der wissenschaftsorientierten Lehrveranstaltungen und der selbst gewählten Vertiefung dieses Wissens im Kontext der eigenen Bachelor-Arbeit.

„Wir haben Einführungslehrveranstaltungen in die Pflegeforschung gehabt, wir haben eine eigene Lehrveranstaltung gehabt für Theorien, Modelle und Konzepte gehabt, wir haben qualitative und quantitative Forschung gehabt, also wir haben Englisch mit wissenschaftlichem Englisch gemeinsam gehabt, einfach um / also ich hab mir dann / ich habe meine Bachelor-Arbeit zum Thema geschrieben, wo es sehr viel englischsprachige Literatur gegeben hat, in der es einfach darum gegangen ist, einfach Studien zu verstehen, wie die funktioniert haben und da habe ich mir schon sehr viel leichter getan, durch das, was ich mitgekriegt hab in meiner Ausbildung.“

An diese Passage knüpft direkt eine Passage an, in der das wissenschaftliche Wissen als eine durch die Praxis bedrohte Wissensform erscheint, die es im beruflichen Alltag zu erhalten gilt.

„Im Prinzip muss ich jetzt wieder aufpassen, dass ich da nicht wieder reinrutsch, aber so in meiner Einschulungsphase im klinischen Bereich ist es auch eigentlich wichtig, was mir weitergegeben wird von den Pflegepersonen, das ich grundsätzlich nicht als schlecht bezeichnen würde. Aber es ist ein Wissen das ich gerne abgleichen würde, zum Beispiel den Teil, der doch (zu leise) zubleibt mit Erkenntnissen, Forschungserkenntnissen. Mal schauen, ob das in Ordnung ist, wie wir das machen.“

Auf die Frage, ob die Ausbildung an einer Fachhochschule ein Thema im Berufsalltag ist, wird die Erfahrung von Abwertung beschrieben. Der erfahrenen Diskriminierung hinsichtlich der Infragestellung der praktischen Fähigkeiten von FH-Absolvent/inn/en begegnet Frederik mit einer Infragestellung der Wissenschaftsbasiertheit des Handels Berufsangehöriger in der alltäglichen Praxis:

„Und ich persönlich habe schon ein paar Mal probiert, mit der Frage, ob es denn eigentlich wissenschaftlich belegt ist oder nicht. An ein Thema heranzugehen, wo es dann schon ein bisschen eine Ablehnung gegeben hat. Das ist Erfahrungswissen und die Antworten ‚wir machen das schon immer so‘.

Im Kontext von Behandlungstechniken wird auch hier Erfahrungswissen wissenschaftlichem Wissen diametral gegenübergestellt und damit implizit zugleich abgewertet.

„Alleine die Kommunikation, [die] hatten wir vielleicht verstärkt im geriatrischen Bereich, da haben wir schon sehr viel Validation gemacht. Wobei das auch wieder so eine Frage war, wie viel Erfahrungswissen jetzt dabei ist, ob das, also ich hab das nicht nachvollziehen können, ob das belegt ist. Ob das Studium der Validation so funktioniert oder ob man da auch wieder nach Rezept kocht, wie es vorgegeben ist und damit Dinge verschlimmert oder so.“

Hervorgehoben wird die neue Aufgabenverteilung, die aus Sicht von Frederik durch die akademische Ausbildung legitimiert wird.

„ich glaube die Aufgabenverteilung muss sich ändern, innerhalb der Profession, innerhalb der unterschiedlichen Qualifikationsstufen in der Pflege muss es eine Aufgabenumverteilung geben im Prinzip. Da gibt es ja das ‚skill and grade‘, dem kann mehr Raum gegeben werden sich zu entwickeln, und das passiert ja im Moment schon. Das Thema, wie kann ich Aufgaben verteilen im medizinischen Bereich wird ja aufgegriffen im Moment und alle – das war meine zweite Bachelorarbeit – alle mit denen ich gesprochen habe, haben von sich aus gesagt, [unverständliche Worte, FS] dass die Bachelorabsolventen eine Rolle spielen in Zukunft. Sie haben von Modellen gesprochen, die zur Hälfte auf der Station arbeiten und zur anderen Hälfte sich damit beschäftigten Wissen zu generieren in einem Krankenhaus, Studien durchzuführen, was auch wieder ein interessantes Modell ist, finde ich. Was letztendlich auch wieder funktionieren kann dadurch, dass ich eine akademische Ausbildung habe.“

Brüchig wird die Wissenschaftsorientierung bei Aushandlungsprozessen mit der Medizin. An dieser Stelle wird das Erfahrungswissen als bedeutsamer deklariert.

Wie oben bereits angeführt beschreibt Frederik als wesentlichen Unterschied im Vergleich zu den Schülerinnen der GuK-Schulen die divergierende Einstellung zu und die Anwendung von wissenschaftlichem Wissen. Diese unterschiedliche Wissensaneignung respektive die Verwendung des „neuen“ Wissens zeigen jedoch nach Meinung von Frederik keine Auswirkungen in der pflegerischen Versorgung. Betroffene, so Frederik, sollten in der erbrachten Unterstützungsleistung durch Pflegekräfte keinen Unterschied zwischen den unterschiedlich ausgebildeten Pflegekräften wahrnehmen können.

„Also was ich persönlich finde ist, sie sollte es nicht merken, weil, nicht einmal aufgrund der Tätigkeiten sollte sie es merken. Weil das dann echt problematisch wäre, sie sollten die bestmögliche Pflege bekommen und ich finde, das soll nicht davon abhängig sein, dass ich eine Ausbildung an der Hochschule absolviert habe oder an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Ich glaube, ganz viel von dem, was den Unterschied ausmacht ist vielleicht, was außerhalb vom Patientenzimmer stattfindet, in einer Debatte, in einer Diskussion, in einer Wissensaneignung. In einer Hinterfragung dessen oder in einer Planung dessen, was ich jetzt machen werde und in der Besprechung dessen, in einer Anordnung oder in einer Delegation, da kann das stattfinden. Aber eigentlich sollte sie es nicht merken, finde ich.“

Konkret werden Unterschiede angesprochen, die sich „außerhalb des Patientenzimmers“ zeigen, die sich in einer neuen Aufgabenverteilung oder in einer Delegation von Aufgaben manifestieren, so Frederik. In dieser Konstellation werden konkrete Formen des Handelns „das Delegieren“ und „das Anordnen“ als Differenzierungsmerkmal zu anderen Berufsangehörigen benannt. Die Besonderheit der akademischen Ausbildung liegt für ihn in einer Reflexion von beruflichem Handeln. Die Implementierung des als überlegenen angesehenen, theoretisch reflektiertem FH-Wissens soll, so wird implizit deutlich, eine einheitliche Praxis gegenüber den Patient/inn/en sicherstellen.

Zugleich relativiert Frederik seine Ausführungen, da er kurz darauf betont, dass sich ein Unterschied in der direkten Handlung sich zeigen müsse.

„Meiner Meinung nach durch permanentes Hinterfragen dessen, was ich eigentlich tue, und der Frage dann, wie ich es besser machen kann. Ich glaube, . . . also ich würde da, ich hätte da, ich überlege jetzt einfach nur warum, woran Patienten und Patientinnen im Moment merken würden, was der Unterschied ist zwischen mir und meiner Kollegin, die nicht studiert hat. (lange Pause). Das kann sich eh nur in Handlungen manifestieren, das Ganze, die eben gesetzt werden, und ob und wie ich die Handlungen setze, mache auf Basis dessen, ja, was ich gelernt habe und was ich immer noch lerne, ganz sicher. [...]“

Warum oder wozu in der pflegerischen Versorgung das neu generierte Wissen eingesetzt werden kann, welche Auswirkungen oder gar Verbesserungen dies in der Versorgung und Fürsorge von Patienten oder Bewohnerzustand bringen, ist ein Thema, bei dem sich Frederik eher noch in einem Suchprozess befindet.

3.4.4.2 Christian: Selbständigkeit durch praktische Kompetenz in der traditionellen Ausbildung

Christian nimmt die traditionell ausgebildeten GuK-Schülerinnen als vergleichsweise selbständig wahr und schreibt diesen eine ausgeprägte Kompetenz in praktischen Tätigkeiten zu. Das ‚Mehr‘ an praktischen Fähigkeiten erklärt er sich durch die vermehrten Übungseinheiten während der schulischen Ausbildung.

„Ich war von den Schülern immer sehr beeindruckt in der Praxis, ich habe immer das Gefühl gehabt, dass sie sehr viel selbständiger sind ich habe immer das Gefühl gehabt, die haben viel mehr drauf, was das Praktische betrifft. Weil sie wahrscheinlich in der Schule schon üben vorher.“

Zugleich reflektiert Christian an dieser Stelle die Organisation beider Ausbildungsstätten und deren Auswirkungen auf die praktische Ausbildung. Die ausbildenden Schulen, die traditionell an ein Krankenhaus angegliedert sind, bieten aus seiner Sicht mehr Kontinuität, da sie die Schüler für einen spezifischen Einsatzort – das jeweilige Krankenhaus – ausbilden, damit sie in diesem System „funktionieren“.

„Und nachdem also die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen direkt an die Krankenhäuser gekoppelt sind, zum Beispiel in H., werden die Schüler so

ausgebildet, dass sie in dem System, in dem Krankenhaus funktionieren. Die werden speziell darauf, glaube ich, ausgebildet. Und das, habe ich das Gefühl, fehlt uns. Wir haben Praktika gemacht in allen KAV-Krankenhäusern und drum hat uns vielleicht ein bisschen die Kontinuität in der Hinsicht gefehlt. Ja, und die Kollegen aus den Schulen, die habenalso ich habe das Gefühl gehabt, dass die wirklich sehr, ich weiß nicht, dass die schon sehr, wirklich mitarbeiten konnten, weil sie es vorher geübt hatten. Genau gewusst haben, was auf sie zukommt und.....ja, das ist mir ein bisschen abgegangen.“

In diesem Kontext wird der Vorteil von „Anbindung“ an Krankenanstalten thematisiert und der wiederkehrende Einsatzort für Schülerinnen in der praktischen Ausbildung retrospektiv als positiv bewertet. Interessant an dieser Stelle ist, dass die permanente Anpassung an neue Einsatzorte (verschiedene Stationen) der FH-Absolvent/innen und das „Nicht-Funktionieren“ für ein einziges System nicht thematisiert wurde.

Zudem steckt in der Bewertung des ‚Funktionierens‘ und ‚Übens‘ (als Grundlage der Kompetenz) eine implizite Abwertung, da ‚Funktionieren‘ in der Regel impliziert, dass die Rahmenbedingungen des Handelns nicht reflektiert werden und ‚Üben‘ als einfache Tätigkeit gilt. Was dagegen nicht von ihm erwähnt wird, ist, dass die Koppelung von Ausbildungs- und Arbeitsstätte auch eine Einbindung bedeutet, in der die Schüler/innen nach und nach Verantwortung für begrenzte Aufgaben übernehmen und insofern in der Institution nicht nur Lernende sind, sondern auch Kolleg/inn/en.

Anders gefragt, was die FH-Absolvent/innen im Vergleich zu den GuK-Schüler/innen unterscheidet, beschreibt Christian eine veränderte Form der Kommunikation unter den Berufsangehörigen selbst, aber auch in der Interaktion mit Patienten, die er allerdings nicht unbedingt als ursächlich mit der tertiären Ausbildung in Verbindung bringt.

„Also ich kann nur von meinem Praktika sprechen...Man merkt schon zum Beispiel, wenn man sich unterhält mit den Schülern, da ist schon ein Unterschied, zum Beispiel die Sprache, die allgemeine Kommunikation, untereinander, oder mit den Patienten. Da hab ich zumindest für mich das Gefühl gehabt, das kann auch jetzt unabhängig von der FH-Ausbildung sein, dass, ja ich in der Hinsicht bin ich Distanzierter ..., ja. Ob das jetzt direkt mit der FH-Ausbildung in Zusammenhang steht, das weiß ich nicht.“

Die Differenzierung erfolgt an hier anhand von „Sprache“. Wie diese sich konkret unterscheidet oder welche Merkmale die Kommunikation einer akademisch ausgebildeten Pflegefachkraft zeigen könnte, wird nicht weiter ausgeführt.

3.4.4.3 Elise: Veränderungsbereitschaft als praktische Kompetenz für akademisch ausgebildete Fachkräfte

Aus der Sicht Elises ist die Grundhaltung von Schüler/inne/n der GuK-Schulen durch Konkurrenzverhalten gegenüber den akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften geprägt.

Dieses zeige sich insbesondere durch die Skepsis gegenüber Neuem und die Abwehrhaltung gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen.

„Mir fällt da schon auf, bei den frisch Diplomierten eben, dass sie oft oder die Schulen ein bisschen ein Konkurrenzdenken zu uns haben. Was komplett klar ist, dass sie jetzt verängstigt sind, weil wir auf einmal da sind, aber ich merke auch oft, dass diese Grundhaltung gegen die Wissenschaft, in der Praxis ist ja alles anders. Was man / was auch irgendwie stimmt, aber es ist auch nicht immer nur so, also es ist in der Praxis nicht alles anders. Es hat alles seine Hintergründe und diese Abwehrhaltung gegen das: naja lernen wir das einmal so, weil praktisch sieht es sowieso anders aus, haben die schon ein bisschen verfestigt auch oft. Wo ich mir denke, das kann man irgendwie ändern und das kann man schon implementieren und das braucht vielleicht seine Zeit bis es geändert wird oder wird sich ändern. Ich habe mir von den Schülern / das ist doch alles nur, von den frisch Diplomierten, es ist doch alles nur Papierwirtschaft, wir machen es zwar, aber in einem Jahr sieht es sowieso wieder anders aus und dieses pessimistische Denken, eher in Bezug auf Veränderung, in Bezug auf....“

Elise relativiert ihre Aussage zugleich und betont ihren eigenen selbstverständlichen Umgang mit Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens.

„Und es gibt genauso Schüler, die sind so engagiert und wif und / wo ich mich da nicht weg machen will, weil ich nicht so der Klischeetyp bin, aber mir fällt eben trotzdem diese Tendenz auf, diese Angst vor der Forschung und machen wir halt die Abschlussarbeit und das blöde Zitieren und das blöde das, das was für mich ganz selbstverständlich ist. Was für mich auch eine Arbeit ausmacht, dass sie zitiert, dass sie Zitate drinnen hat. Das ist für mich einfach auch ein Werk, was auch publizierfähig wäre und nicht einfach nur eine unnötige Hausübung.“

Die Schüler/innen erscheinen als diejenigen, die im Vergleich zur eigenen Haltung eine mangelnde Einsicht in die wissenschaftliche Arbeitsweise haben. Betont wird dabei die wissenschaftliche Fundierung der eigenen Arbeit. Das eigene spezifische Können bezieht sich auf Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens und dem Befolgen wissenschaftlicher Standards.

Wichtig ist Elise festzuhalten, dass die jüngeren KollegInnen als Ziel das ‚Geld verdienen‘ in den Diskurs einbringt.

„Was mir schon auch noch ein Anliegen ist jetzt zu sagen / was mir oft auffällt bei Schülerinnen die, gut die sind wahrscheinlich noch nicht so lange in der Pflege, ich weiß es nicht, aber bei den frisch Diplomierten ist es oft so, dass sie mit 17 angefangen haben und schnell Geld verdienen wollen und einen halbwegs angesehenen Lehrberuf machen.“

Das Motiv des Geld-Verdienens ist gekoppelt mit einer weitergehenden Kritik daran, dass es bei den jüngeren Schülerinnen ein Manko im Hinblick auf ethische Überzeugungen und moralisches Denken gäbe.

„Wo ich mir dann oft denke, wie sie so miteinander sprechen jetzt, wenn sie noch in der Ausbildung stehen, wenn sie jetzt zu zweit an einer Station sind, dass da dieses ethische, diese Überzeugung und das moralische Denken irgendwie dann noch zu wenig ist oder ich will nicht sagen, dass sie unreifer sind, aber ich habe auch länger gebraucht bis ich mal / Ich meine ich war auch sicher nicht ethisch oder moralisch Top wie ich 17 oder 18 war, dass hat sich bei mir auch erst entwickelt oder wenn man / ich bin jetzt ja doch, also jetzt bin ich / wenn ich jetzt fertig geworden wäre, wäre ich so, doch ein, zwei Jahre älter.“

Insgesamt erscheint hier die Konstellation auf, in der Vergleich und Abgrenzung bestimmend sind. Der Altersaspekt, der hier explizit genannt wird, könnte auch in anderen Abgrenzungsstrategien ein wichtiger Aspekt sein, denn die hier Befragten sind einige Jahre älter als es diejenigen, die gleich nach der schulischen Mindestqualifikation eine Ausbildung an einer GuK-Schule beginnen.

3.4.4.4 Doris: „Ich habe genauso gearbeitet, wie alle anderen auch.“

Doris ist der Ansicht, dass sich der Unterschied in den beiden Ausbildungen primär in der schriftlichen Abschlussarbeit der Bachelor-Absolvent/inn/en zeige. Sie ist überzeugt, dass das wissenschaftliche Schreiben von Bachelor-Arbeiten auf „hohem Niveau“ stattfindet, und im Gegensatz zu den Fachbereichsarbeiten der Schulen basiere diese „wirklich“ auf Literatur und Studienergebnissen.

„Naja, eindeutig im Wissenschaftlichen, einfach. Und die Bachelorarbeiten. Das ist auf jeden Fall, ja, auf sehr hohem wissenschaftlichem Niveau einfach. Auch eben die zwei Bachelorarbeiten einfach auch zu lernen auf hohem wissenschaftlichem Niveau zu schreiben, zu arbeiten, wirklich basierend auf Literatur, basierend auf Studien und nicht basierend auf jetzt die eigene Meinung, oder was auch immer.“

Im Berufsalltag – im konkreten pflegerischen Handeln - sieht sie keine Unterschiede, da es auch keinen eigenen Tätigkeitsbereich für Bachelor-Absolvent/inn/en gibt. Das folgende Beispiel zeigt jedoch, dass die eigene Wissenserweiterung im pflegerischen Alltag als zentral für die eigene Handlungsfähigkeit angesehen wird. Das Beispiel bezieht sich auf ein verständigungsorientiertes Informationsgespräch mit Angehörigen, in dem Doris das, was sie an wissenschaftlicher Literatur in ihrem Studium aufgearbeitet hat, nutzt, um einem Angehörigen über Alkoholabhängigkeit zu informieren.

„Nein, überhaupt nichts. Dadurch, dass es eben keinen, jetzt überhaupt keinen Tätigkeitsbereich gibt, wo wir uns irgendwie austoben könnten pflegewissenschaftlich, nein, wirklich nicht [...] aber ich habe genauso gearbeitet wie alle anderen auch. Also ich habe genau die gleichen Tätigkeiten, Aufgaben gehabt. Also das war jetzt nichts, außer einmal, da habe ich wirklich, da habe ich einen Patienten gehabt, der so. Also ich habe eben meine Abschlussarbeit, meine zweite Bachelorarbeit über den alkoholkranken Mensch eben geschrieben und da habe ich mich dann eben mit sehr vielen Studien eben auch dazu befasst und da war einmal eben ein Angehöriger dieses Patienten und hat halt eben sich so

aufgeregt, warum, warum er nicht endlich einsieht, dass er krank ist, dass er süchtig ist, dass das einfach nur schädlich ist für ihn und dann habe ich ihm eben auch erklärt, dass ich mich eben sehr intensiv auch theoretisch mit dem Thema befasst habe und eben auch von Studien eben sagen kann, dass, dass das einfach, dass der Mensch eben wirklich am tiefsten Tiefpunkt seines Lebens ankommen muss, damit er auch sieht, dass er eben krank ist, dass das schädlich ist, dass es eine Sucht ist. Und den hat das irrsinnig interessiert und war ganz begeistert davon, dass ich da eben auch mit so einer Studie eben ihm davon erzählen konnte und das hat ihn auch auf eine Art und Weise beruhigt oder halt auch aufgeklärt diese, diese Angst und dieses Ungewisse. Und da habe ich mir gedacht, okay gut, das ist ein Ding, ein Vorteil davon, dass ich mich eben auch so wissenschaftlich intensiv mit dem Thema befasst habe.“

Bei Doris zeigt sich, dass wissenschaftliches Wissen positiv für die eigene Handlungsfähigkeit im kommunikativen Bereich wahrgenommen wird. Wie bei anderen Absolvent/inn/en muss eine Leerstelle bleiben, ob es vielleicht auch Handlungsspielräume von traditionell Ausgebildeten gibt, über die die Fachhochschul-Absolvent/inn/en nicht verfügen. Das eigene spezifische Können wird als ein ‚Mehr‘ an Fähigkeiten wahrgenommen, während beispielsweise die vergleichbar geringe Übernahme von Verantwortung (und das Lernen durch die Übernahme von Verantwortung) nicht thematisiert wird. Wissenschaftliches Wissen und wissenschaftliches Arbeiten wird zentral und implizit auch als höherwertiges Wissen dargestellt, so dass die traditionelle Ausbildung implizit als defizitär erscheint, da lediglich das Fehlen des wissenschaftlichen Arbeitens gesehen wird.

3.4.4.5 Mechthild: Selbst-bewusst-sein als „Können“ von akademisch Ausgebildeten- „Vom Beruf her [...] sind wir nicht unbedingt besser vorbereitet“

Gefragt nach den Unterschieden zwischen den beiden Ausbildungssystemen beschreibt Mechthild die vorerst die besseren Jobaussichten nach Abschluss des Studienganges, und dass die akademische Ausbildung attraktiv sei für eine weitere Karrieremöglichkeiten.

„Ich glaube, dass viele von uns nach der Fachhochschule, dass relativ viele, ich glaube schon, mit dem Beruf, dem Krankenpflegeberuf angefangen haben, aber ich weiß jetzt eh nicht inwieweit ich das beurteilen kann, aber einige. Und ich denke, das viele – aber das ist nur rein meine Interpretation – dass das viele trotzdem weiter Ziele verfolgen nach der FH, weil das ja auch durch die FH ermöglicht wird, dass man den Master noch nachmachen kann oder sonstige Sachen nachmachen kann und ich glaube, wir sehen das nicht so als unser Endziel. Wir haben zwar angefangen als Diplomierte Schwester, aber viele haben weiterführende Ziele im Pflegebereich, so kommt mir vor. Die wollen noch eine Ausbildung machen, einen Master machen, wenn auch nicht sofort. Viele sagen, nicht sofort, aber doch. Die überlegen dann schon noch, dass Sie noch so einen Master anschließen. Das ist schon ein großer Unterschied. Und das würde ich auch als einen großen Vorteil der FH sehen, diese Möglichkeit besteht, das man... Sonst weiß ich nichts“

Mechthild bezieht sich bei der Einschätzung der Unterschiede auf Aussagen von Dritten. Sie betont die Urteile der Praxisanleiterinnen, wonach die FH-Absolvent/inn/en eine schnellere Auffassungsgabe zu haben scheinen. In der beruflichen Tätigkeit oder dem, was Ihnen gelehrt wurde, sieht sie keinen Unterschied.

„Was ich schon gesagt habe, ich kann den Unterschied kann in der Ausbildung zwischen normaler Krankenpflegeschule und unserer Ausbildung ja nicht so gut beurteilen. Ich habe ja nur die eine Seite gemacht und die andere Seite nicht, für diesen Vergleich irgendwie oft schwer ziehen, weil ja, ich kann keinen ziehen. Weil ich weiß nur es nur von den Praxisanleitern, dass ich oft erfahren habe, dass wir ganz gut sind, also FH-Schüler. Wir haben das Feedback erhalten, dass wir sehr lernfähig sind und zwar weil, am Beginn einer Station, also wenn man auf der Station beginnt, dass man/jeder so eingelernt werden muss, aber das wir anscheinend recht sehr lernfähig sind und die Sachen sehr schnell gecheckt hatten. Aber sonst die Ausbildung, als vom Praktischen her, da ist ja auf den Stationen kein Unterschied gemacht worden, FH oder Diplomierte. Da wird im Praktischen sowieso kein Unterschied gewesen sein.“

Auch in der theoretischen Ausbildung sieht sie kaum einen Unterschied. Einzelne Fächer seien wohl spezifischer bearbeitet worden, jedoch spiele dies in der Ausübung des Berufes keine Rolle.

„Und ich denke von der Ausbildung her, sind wir ja relativ gleich, also von den Inhalten her. Wir haben ein bisschen mehr speziellere Richtungen, aber vom Inhalt her finde ich, vom Beruf her, auf der Station sind wir nicht unbedingt besser vorbereitet als die von der normalen Krankenpflegeschule, glaube ich. Was ich glaube / Also was ich auf / das wir uns, wenn wir auf Station gekommen sind in unserer Ausbildung sind wir schon selbstbewusster sind und selber Und das muss nichts mit der FH zu tun haben. Was wollte ich jetzt sagen? Jetzt weiß ich nicht.“

Zudem benennt Mechthild einige formale Unterschiede der praktischen Ausbildungen, wie das Fehlen einer praktischen Diplomprüfung bei den FH-Absolvent/inn/en oder die angeleiteten Praktikumsstunden durch Lehrer/inn/en. Sie sieht in beiden Veränderungen der praktischen Ausbildung einen Vorteil. Nachteile dieser rechtlichen Bestimmungen sieht sie nicht.

Zudem kritisiert Mechthild allgemein an Berufsangehörigen das mangelnde Selbstbewusstsein gegenüber der Berufsgruppe der Ärzte. „Ja, sie sind teilweise so, ja, unterwürfig bei Ärzten.“ Diese Haltung wird im Gegensatz zum eigenen beruflichen Selbstverständnis formuliert. „Wir [sind] schon selbstbewusster“. Dieser gedeutete Gegensatz wird aber nicht ursächlich in Verbindung mit der akademischen Ausbildung gebracht.

Obwohl an dieser Stelle des Interviews unklar bleibt, auf welche Erfahrungen diese Einschätzung beruht, ist es Mechthild wichtig die andere Gruppe der „Praktiker/inn/en“ zu definieren, die durch einen Mangel an Selbstbewusstsein gekennzeichnet ist.

„Also in meinen Praktika auf den Stationen war es nicht so. Aber bei den Praktikerinnen ist es schon oft so, dass ich mir denke, irgendwie teilweise war es schon so: ‚Nein, das sag ich jetzt nicht.‘ Das zurückgehalten wird, das einfach auf den Tisch gehauen wird und gesagt wird: ‚So ist das jetzt und so machen wir das.‘“

Die Überzeugung einer fehlenden Wirksamkeit des eigenen Handelns wird durch das mangelnde Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten begründet.

„Weil sie einfach denken, sie haben nicht die Fähigkeit. (?) jetzt nach der FH uns besser auskennen in der Praxis als normalen Diplomierte von normalen Krankenschwesternschulen.“

All die gemachten Erfahrungen werden hinsichtlich des eigenen Selbstverständnisses gedeutet als ein „Mehr“ an Eigenständigkeit und ein größeres Maß an Selbstbewusstsein.

Überdies hinaus konstruiert Mechthild einen Unterschied, der sich in der sprachliche Ausdrucksfähigkeit zeigt. Dabei beruft sie sich jedoch auf Aussagen Dritter.

3.4.4.6 Zusammenfassung: Selbständigkeit und Durchsetzungsvermögen als zentrale Fähigkeiten

Selbständigkeit und Durchsetzungsfähigkeit sowie Selbstbewusstsein, Flexibilität und Reife sind zentrale Eigenschaften und Fähigkeiten, die für die Selbstbeschreibung in den Interviews zentral sind. Auch kommunikative Fähigkeiten (wie Ausdrucksfähigkeit und Rhetorik) werden als Differenzierungsmerkmal genannt. Hierbei handelt es sich um gesellschaftlich anerkannte berufsübergreifende Fähigkeiten, die für den beruflichen Erfolg in einer leistungsorientierten Gesellschaft zentral sind. Inwieweit die Ausprägung dieser Eigenschaften und Fähigkeiten in einem engen Zusammenhang mit der akademischen Ausbildung stehen, bleibt dabei offen, da sie als wesentlicher Teil der eigenen Identität (über Beruf und Ausbildung hinausgehend) argumentiert werden.

Teils widersprüchlich sind die Aussagen zur Ausdifferenzierung des Berufsfeldes. Einerseits ist es den Absolvent/innen wichtig zu betonen, dass es keinen Unterschied im professionellen Handeln zwischen den denjenigen gibt, die in den beiden unterschiedlichen Institutionen GuK-Schulen und Fachhochschule ausgebildet wurden. Die formale Qualifikation wird zudem nicht als Garant für eine professionelle Haltung angesehen, sondern es werden über die Qualifizierung hinausgehende persönliche Merkmale als wichtig angesehen, die jedoch nicht näher spezifiziert werden (z.B. „Und ich finde einfach, dass es genügend Schwestern und Pfleger gibt, die nicht die Matura zum Beispiel haben, die keine akademische Ausbildung haben, aber so ziemlich, ja, das Vorbild für jeden, für jede Schwester oder für jeden Pfleger sein könnten in der Praxis“). Damit verbunden ist auch die Vorstellung, dass es keinen feststellbaren Unterschiede in der täglichen Berufspraxis am Bett geben kann, sondern nur in der Organisation der Pflege und den Prozessen, die im Hintergrund für die Rahmenbedingungen der Pflege verantwortlich sind.

3.4.5 Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Rollen sowie Aufgaben im Berufsfeld

Bei dem Themenfeld der Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Rolle sowie der möglichen Aufgaben im Berufsfeld stand im Vordergrund, welche Bedeutung die möglicherweise spezifischen Kompetenzen einer akademisch ausgebildeten Fachkraft für die Qualität der Pflege respektive die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung haben und welche neuen Handlungsfelder die Absolvent/inn/en in einem sich stetig verändernden Gesundheitswesen wahrnehmen wollen und können.

3.4.5.1 Frederik: Wissenschaft als Motor für Entwicklung der Pflege

Frederik umschreibt die Aufgabe der Pflege als Verantwortung für eine gute Betreuung für Menschen, die Hilfe benötigen. Diese sehr allgemeine Darstellung spezifiziert er durch eine Aufzählung einzelner Pflegetätigkeiten, wie Körperpflege oder Förderung der Mobilität. Zugleich konstatiert er die Schwierigkeit einer umfassenden Beschreibung der Aufgabenbereiche. Die eigene Rolle als akademisch ausgebildete Pflegefachkraft sieht er in der Weiterentwicklung der Pflege im Allgemeinen.

„Die Aufgabe, wie gesagt flächendeckend über alle Einrichtungen ist, auf jeden Fall für eine gute Betreuung, wenn Menschen gezielt Hilfe benötigen, zu sorgen. Ich glaube einmal die Verantwortung dafür obliegt immer dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Und ich glaube nicht, dass es nicht unbedingt medizinisch sein muss, sondern dass es ganz andere Aspekte auch noch gibt, die eben in den Bereich der Körperpflege gehen, der Selbstpflegebedürfnisse einfach. Und das gibt mir auch die Möglichkeit die Selbstpflegebedürfnisse wieder erfüllen zu können und die Personen am Weg dorthin zu begleiten oder die Möglichkeit der Übernahme der Selbstpflegedefizite im Prinzip... Aber so bei einzelnen Aufgaben tue ich mir ein bisschen schwer das festzumachen irgendwie. Also das ist ein großer Bereich. Und ich kann mich noch erinnern, wie die Doktorin Mayer, die hat bei unserer Sponsion irgendwie so ein Zitat von Florence Nightingale gebracht ‚Just to nurse‘, wo dann eine unendliche Palette an Tätigkeiten drangehängt war, die irgendwie den Tätigkeitsbereich beschreibt. Meine Aufgabe im Moment, also abseits der Betreuung, würde ich schon noch sagen, ist für mich, für die Weiterentwicklung zu sorgen, um den Bereich nicht still stehen zu lassen, im Bereich der Pflege.“

Frederik beschreibt, gefragt nach möglichen Veränderungen im Berufsfeld durch akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte, eine Umverteilung von Aufgaben, die sich auf Grundlage neuer Qualifikationsabschlüsse rechtfertigen und derzeit in verschiedenen Modellen diskutiert werden.

„[...] ich glaube die Aufgabenverteilung muss sich ändern, innerhalb der Profession, innerhalb der unterschiedlichen Qualifikationsstufen in der Pflege muss es eine Aufgabenumverteilung geben, im Prinzip. Da gibt es ja das ‚Skill and Grade Mix‘, dem kann mehr Raum gegeben werden sich zu entwickeln, und das passiert ja im Moment schon. Das Thema: wie kann ich Aufgaben verteilen im

medizinischen Bereich, wird ja aufgegriffen im Moment und alle, das war meine zweite Bachelor-Arbeit, alle mit denen ich gesprochen habe, haben von sich aus gesagt, dürften nie in ihrer Führungsposition, dass die Bachelor-Absolventen eine Rolle spielen in Zukunft. Sie haben von Modellen gesprochen, die zur Hälfte auf der Station arbeiten und zur anderen Hälfte sich damit beschäftigen Wissen zu generieren in einem Krankenhaus, Studien durchzuführen, was auch wieder ein interessantes Modell ist, finde ich. Was letztendlich auch wieder funktionieren kann, dadurch, dass ich eine akademische Ausbildung habe.“

Die eigenen Aufgabenbereiche werden an dieser Interviewstelle stark im Bereich der ‚patientenfernen‘ Aufgaben gesehen, so sollen die akademisch qualifizierten Pflegefachkräften mit patientenfernen Tätigkeiten beauftragt werden, um neues Wissen im Krankenhaus zu generieren. Patientenferne Tätigkeiten („Wissen generieren“ und „arztnahe“ Tätigkeiten) werden zugunsten von patientennahen Tätigkeiten ‚umverteilt‘. Während diese patientenfernen, wissenschaftsnahen und steuernden Tätigkeiten als die beschrieben werden, für die die eigene akademische Ausbildung als relevant gesehen wird, bleibt der konkrete Nutzen dieses Wissens für die, die Hilfe benötigen, eine Leerstelle in der Beschreibung.

Diese Leerstelle wird explizit formuliert.

„Nein, ich glaube schon prinzipiell in erster Linie geht es darum, wie sehr setze ich mich damit auseinander, welche Erkenntnisse für meinen Beruf wichtig sind und wie ich ihn weiterentwickeln kann. Das Streben nach persönlicher Weiterentwicklung und das Streben nach Weiterentwicklung dessen, was ich tue in meiner Berufsgruppe. Und ob das spürbar ist, für Patienten und Patientinnen, das kann ich nicht sagen. Glaube ich eigentlich nicht, nicht unmittelbar in der Pflegehandlung.“

Während die Anwendung des akademischen Wissens für die Weiterentwicklung des konkreten beruflichen Pflegehandelns eine Leerstelle bleibt, ist aber die Hierarchisierung implizit sehr präsent: Die geforderte Umverteilung der Aufgaben soll der Qualifikation und den Präferenzen der akademisch Ausgebildeten gerecht werden. Im Kontext von Verwissenschaftlichung wird die Entwicklung der eigenen Berufsgruppe und die individuelle Weiterentwicklung vorrangig thematisiert. Frederik sieht sich in der Rolle des Experten der für Veränderungen bzw. Reformen in einem Berufsfeld steht.

Die Akademisierung der Krankenpflege wird als wesentlicher Modus zur Aufwertung des Tätigkeitsbereiches der Pflege gesehen.

„Normalerweise verwende ich das nicht so gern als Umstand, aber ich glaube die Akademisierung ist der erste Schritt. Es ist leider in Österreich so, dass es total wichtig ist einen Titel zu haben, um anerkannt zu werden. Ich persönlich bin froh, dass man diesen Bachelor hinten ran stellt, weil ich das echt nicht als mein Aushängeschild verwenden will oder sonst irgendwie, aber es ist so, man wird anders ernst genommen, das funktioniert sofort. Und das ist vielleicht ein sehr, sehr angenehmer Nebeneffekt der Akademisierung.“

Ein akademischer Abschluss fungiert somit als Ressource für Anerkennung und für ein ‚ernstgenommen-werden‘, wie es Frederik formuliert.

3.4.5.2 Christian: „neues Handlungsfeld für uns FH-Absolventen [...] gibt es noch nicht“

Christian beginnt seine Ausführungen mit den fachlichen Aufgaben von Pflegekräften anhand des Pflegeprozesses. Entlang dieses Handlungsmodells (in der Fachterminologie als Pflegeprozess bezeichnet) umschreibt Christian die Aufgaben der Pflege im Allgemeinen. Kommunikation und Beziehungsaufbau werden dabei quasi als verbindende Klammer in seiner Aufzählung beschrieben.

„Ja, der Pflegeprozess, die Betreuung der Patienten, in den alltäglichen Belangen, Kommunikation, die interdisziplinäre Kommunikation. Ja, die Beziehung zum Patienten vielleicht aufbauen, fragen, durchführen, diese beenden, das ganze rundherum um den Pflegeprozess, Angehörigenbetreuung kommt natürlich dazu.“

Seiner Meinung nach wird der Pflegeprozess, der als strukturierendes Element von pflegerischer Arbeit dienen soll, im beruflichen Alltag als solches nicht wahrgenommen, sondern als Erledigung von formalen Anforderungen erlebt.

„Ja, ich denke das Handlungsfeld der Pflege ist doch irgendwo noch sehr diffus. Es war bis jetzt eigentlich schön geregelt, aber wenn man dann in die Praxis schaut, dann, ja, da ist doch wieder ein kleiner Unterschied zu erkennen. Ich denke der Pflegeprozess funktioniert immer noch nicht ganz so, wie er eigentlich sollte. Denn er ist für viele meistens doch noch ein bürokratischer Aufwand oder wie man das hier so betrachtet, habe ich das Gefühl.“

Aus den Beschreibungen geht nicht hervor, ob es sich bei der Ablehnung durch Pflegefachkräfte um eine Ablehnung gegenüber des Handlungsmodells als solches handelt oder aber um die Ablehnung des damit verbundenen Dokumentations-Aufwandes.

Als zusätzliche inhaltliche Schwerpunktsetzung in der Ausbildung werden Beratungsaufgaben benannt, die zugleich in der praktischen Umsetzung als defizitär wahrgenommen werden.

„Was jetzt auch zunehmend mehr bei uns auch in der Ausbildung war, war die Beratung, wobei auch sehr, naja, ich hab das Gefühl gehabt, dass bei uns sehr, ja, forciert worden ist, also zwanghaft in das Curriculum reingepresst, hab ich das Gefühl gehabt. Obwohl es irgendwie nicht so gepasst hat, noch nicht wirklich. Wir haben dann auch, jetzt im letzten Semester so ein Beratungspraktikum unter Anführungszeichen durchführen sollen, wo aber glaub ich, die meisten das nicht wirklich ernsthaft durchgeführt haben. Da hätten wir bei einer Diabetes-Schulung oder was auch immer, sein können. Ich glaub das Rüstzeug für eine ordentliche Beratung haben wir noch nicht gehabt, haben wir auch jetzt noch nicht.“

Unterrichtsinhalte zum Thema Beratung werden zugleich als neu, aber in der Ausbildung auch als aufgesetzt erlebt. Die Umsetzung der neu zu erlernenden Beratungskompetenzen

sind seiner Meinung nach ebenso nicht ernsthaft genug durchgeführt worden, und somit haben die Absolvent/inn/en noch nicht das Rüstzeug für diese ‚neuen‘ Aufgaben.

Die Rolle als Hochschul-Diplomierter im Berufsfeld ist unklar und entspricht dem Profil einer „normal Diplomierten“. Die spezifischen beruflichen Anforderungen, die anhand von Stellenbeschreibungen seiner Meinung nach sichtbar gemacht werden sollten, existieren nicht und können somit keinen Referenzpunkt bilden. Persönlich strebt er eine wissenschaftliche Karriere an und möchte daher vorerst nicht im Beruf Pflege tätig sein.

„Also ich strebe eher eine wissenschaftliche Karriere an. Ein richtiges neues Handlungsfeld für uns FH-Absolventen, glaube ich, gibt es noch nicht. Also es gibt glaube ich noch keine spezielle Stellenbeschreibung für uns. Also alle meine Studienkollegen, die jetzt zu arbeiten begonnen haben, sind als normale Diplomierte eingestellt, und ja. Dementsprechend auch dieselbe Stellenbeschreibung wie Diplomierte. Was richtig neu ist für uns, wär mir jetzt nix bekannt eigentlich, nein.“

Christian konstatiert das Fehlen spezieller Anforderungen und Tätigkeiten für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte und strebt selbst individuell eine weitere Ausbildung und Tätigkeit in der Wissenschaft an. Dies lässt sich als ein Umgang mit der ambivalenten Situation sehen, dass FH-Absolvent/inn/en die gleiche Berufsberechtigung wie Absolvent/inn/en einer Schule für allgemeine Gesundheit- und Krankenpflege erhalten, ihre Interessen und die im Studium erworbenen Fähigkeiten sich jedoch in ihrer Wahrnehmung unterscheiden. Die rein theoretisch offenstehende Möglichkeit, sich für spezifische Handlungsfelder einzusetzen, existiert nicht aufgrund der formalen Gleichstellung. So führt die Orientierung an der Wissenschaft dazu, eine weitere Anbindung an die Wissenschaft zu suchen.

3.4.5.3 Elise: „Sich- verantwortlich- fühlen“ und sich behaupten können

Elise stellt die Situation in Österreich nur indirekt dar, indem sie das Land, in dem sie ihren Auslandsaufenthalt absolvierte, in Abgrenzung positiv beschreibt. Die Sicherheit im Auftreten der dortigen Pflegefachkräfte und damit die Unterschiede trotz gleicher beruflicher Aufgabenbereiche begeistert Elise. Die Einstellung zur Arbeit (Engagement) und das Verständnis für den Beruf nimmt sie kontrastierend zu den österreichischen Verhältnissen wahr. Aus ihrer Perspektive ist das schnelle Erledigen von Arbeitsanforderungen eine Form der Arbeit, in der die dort Tätigen keine Verantwortung im positiven Sinne übernehmen.

„Sie sind einfach sicher, machen aber nichts anderes. Die Tätigkeiten sind dieselben. Sie haben einfach nur andere Selbst-Meinung über sich selbst und eine anderes Pflegeverständnis, vielleicht. Sie sehen sich nicht als Teilbereich der Medizin, absolut nicht und das merkt man, weil sie einfach total engagiert sind, weil ihr Bezugspatient das Wichtigste ist und wegen dem gehen sie in die Arbeit. Und es ist nicht, dass sie jetzt irgendwelche Listen durcharbeiten und schnell das machen, schnell das machen und dann Kaffee trinken und dann schnell das

machen und dann schnell Heim. Und von den / wie wenn man halt vergleicht man mit einfach einem medizinischen Bereich, der schaut auch wie geht es dem Patienten und so weiter und das muss ich machen.

Als grundlegende Bedingung einer selbständigen Profession ist nach Ansicht von Elise eine intrinsische Motivation nötig, die mit Engagement, kooperativer Zusammenarbeit mit Kolleg/inn/en und Interesse am Patienten verbunden ist. Elise beschreibt ihre Erfahrungen aus dem Auslandspraktika, wo sich Pflegefachkräfte durch ein selbstsicheres Auftreten und andere Arbeitsweisen positiv von den gemachten Erfahrungen in Österreich unterscheiden würden. Das Abarbeiten von formalen Anforderungen, das an dieser Interviewstelle als eine spezifische Form des Arbeitens im Berufsfeld beschrieben wird, würde auch das Selbstverständnis prägen, das sich gerade nicht als eigenständige Profession begreift.

„Es zeigt sich glaube ich so: wenn ich jetzt etwas mache nur damit ich Geld verdiene und nur damit ich alles richtig mache und dass man nachher nichts im Kopf hat und ich nicht gemacht habe, dann sieht man sich nicht als selbstständige Profession. Wenn man dann aber in die Arbeit geht, gern und wenn man etwas beitragen möchte und schaut, was könnte man probieren und so sieht es bei ihm aus, und momentan geht es ihm so schlecht und im Pflegeprozess tut sich nichts usw. Ich habe es in N. erlebt, das war ein wahnsinniges engagieren und gemeinsam mit dem Patienten arbeiten. Und natürlich gemeinsam mit seinem eigenen Bezugspatienten und auch mit den anderen und da ist man zu seinen Kollegen gegangen und hat gefragt: Hey, wie meinst du denn die Maßnahme, ist das wirklich notwendig, dass das jeden Tag gemacht wird? Ich habe es in Österreich leider noch nie gesehen, dass sich jemand beim anderen erkundigt, was er sich bei seiner Maßnahme gedacht hat, oft weil die Maßnahmen eh klar waren im Aufbau, aber auch... der Sinn nicht hinterfragt wird, oft [...]“

Die Kritik wird in doppelter Weise aus einer Position ‚außerhalb‘ des Feldes formuliert: Sie bewertet von oben, verortet sich oberhalb derer, deren Haltung und Praxis kritisiert wird. Kritisiert werden dabei eher die Pflegenden als die Strukturen, in die das Arbeitshandeln der der Pflegefachkräfte eingebunden ist. Die eigene Außenposition, die strukturell angelegt ist, da die FH-Absolvent/inn/en nicht durch ein Beschäftigungsverhältnis in den jeweiligen Krankenanstalten eingebunden sind, wird nicht als solche thematisiert. Sie wird nicht reflektiert in dem Sinne, dass die dort Beschäftigten Zwängen unterliegen und in einer Position sind, die ihnen ein verantwortungsvolles und engagiertes Verhalten nur begrenzt ermöglicht, da sie nur eingeschränkt die Bedingungen ihres eigenen Handelns bestimmen können.

Zwei Aspekte verweisen in Elises Erzählung allerdings auf die strukturellen Rahmenbedingungen, die für das Handeln und das Selbstverständnis zentral sind. Zum einen stellt sie fest: „Eine Profession braucht ein bisschen Eigenverantwortung“. Damit ist indirekt angesprochen, dass das kritisierte Abarbeiten von Tätigkeiten nicht der Arbeitsweise derer geschuldet ist, deren Art des Arbeitens sie kritisiert. Ein zweiter Aspekt der Rahmenbedingungen erschließt sich indirekt durch die Erzählung des ausländischen

Beispiels. Dort verweist Elise mehrfach darauf, dass die Pflegekräfte nicht primär für Tätigkeiten, sondern für Patienten verantwortlich sind. Wenn sie ausführt, das für die dortigen Pflegekräfte der „Bezugspatient das Wichtigste ist und wegen dem gehen sie in die Arbeit“, dann verweist sie auf eine andere Form der Organisation der Pflege, die zu einer höheren Eigenverantwortung führt.

3.4.5.4 Doris: „Pflege [kann] auch ganz anders sein“

Doris beginnt von ihren veränderten Präferenzen während der Ausbildungszeit zu erzählen und beschreibt die Entwicklung ihres persönlichen pflegerischen Selbstverständnisses. Während ihres Studiums entdeckt sie ihr Interesse an den kommunikativen Tätigkeitsbereichen der Pflege, die sie in der „allgemeinen Pflege“ im Berufsalltag kaum findet. Geprägt sei Pflege im Krankenhaus vorwiegend durch funktionale Anteile und medizinische Versorgung im engeren Sinne. Sie präferiert die Aufgaben, die laut der gesetzlichen Bestimmungen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege liegen und sie bedauert, dass im pflegerischen Alltag insbesondere die kommunikativen Aspekte und die Beziehungsarbeit zugunsten medizinischer Aufgaben vernachlässigt würden.

„Naja, verändert hat es sich in der Hinsicht, dass ich eben den psychiatrischen Bereich, der hat mich immer schon sehr interessiert und ich habe eben dann im dritten Ausbildungsjahr meine Praktika dort gemacht und einfach da habe ich eben gesehen, dass Pflege auch ganz anders sein kann. Einfach wirklich mit Gesprächen, Kommunikation und wirklich auf das Wohlbefinden und das seelische Wohlbefinden des Menschen einfach eingehen kann, was mir ehrlich gesagt, wirklich in der Allgemeinen Pflege zum Teil sehr gefehlt hat. Also in den Praktika habe ich das einfach immer wieder gemerkt, dass viel mehr Wert gelegt wird auf das Medizinische, auf den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, wo ich gefunden habe eigentlich kann man sich doch so schön ausleben im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich und so viel auf den Menschen eingehen und das ist eigentlich in der Praxis dann doch nicht so gewesen. Da hat man das Nötigste halt eben gemacht, halt auch wegen Zeitressourcen einfach.“

Sie verweist auf die konkrete Praxis, die ihr Verständnis von Pflege verändert hat, indem sie darstellt, dass in der Psychiatrie die Kommunikation mit Patienten zentral ist.

„Und da habe ich eben gemerkt, dass die Pflege ist, was ich eben unter Pflege verstehe, einfach eine Beziehung aufbauen zum Patienten und den auch wirklich, ich meine das muss man auch in der Psychiatrie, einfach Vertrauen schaffen und dass sich der Patient einfach so weit öffnet, dass er einfach auch erzählt, wo die Probleme liegen könnten in der Vergangenheit und so weiter und sofort. [...] Das ist halt eben das, was ich unter Pflege verstehe.“

Doris kritisiert ein bürokratisches Verständnis der pflegerischen Diagnoseerstellung.

„Nicht immer diese Standards haben auf der Station und jeder hat die gleiche Pflegediagnose, sondern da kann man auch viel mehr daraus machen irgendwie

(lacht). Weil wir diagnostizieren ja genauso, nicht nur die Ärzte. Und das ist das, was mir halt ein bisschen gefehlt hat.“

Das Besondere an der akademischen Ausbildung sieht sie in den Möglichkeiten der persönlichen Weiterentwicklung und Karriereplanung. Doris kann sich keine spezifischen Aufgabenbereiche für FH-Absolvent/inn/en vorstellen. Die akademische Ausbildung sieht sie als eine Voraussetzung für Aufstiegsmöglichkeiten in Management oder Lehre.

„Aber ich finde jetzt/ mir würde jetzt echt in der Praxis, ich wüsste jetzt nicht welchen Tätigkeitsbereich man uns mehr geben könnte, weil, ja. Ich würde, ich könnte es, ich könnte es wirklich nichts sagen. Außer eben natürlich, dass man eben, wenn man in den Managementbereich geht, oder eben in den Edukationsbereich, was auch immer, dann in der Pflege, dann schon... Aber in der Praxis selber nicht. Also wenn man dann eben vorhat, eben irgendeine führende Position zu machen, eben Stationsschwester, Oberschwester, oder was auch immer, oder dann halt eben eher in den Lehrerbereich gehen möchte. Da kann ich mir schon gut vorstellen, dass man da sehr viel machen könnte, mit der akademischen Ausbildung. Ist ja jetzt mittlerweile auch schon Voraussetzung. Einfach um sich auch die Karriere, den Karriereweg ein bisschen zu machen. Aber so jetzt in der / also jetzt wenn ich in der Basis als Schwester arbeite, finde ich nichts.“

Unerwähnt bleiben pflegerische Tätigkeiten oder Aufgabenbereiche, die einer Professionalisierung oder einer akademischen Ausbildung bedürfen. Das eigene wissenschaftliche Wissen ist ähnlich wie bei den Kolleg/inn/en etwas Nicht-Sichtbares, das sich „im Hintergrund“ abspielt.

„das ist halt das, was eben auch viel im Hintergrund eher läuft. Die ganze Forschung und so weiter und sofort, mit der man sich auch schon befasst, aber ich finde halt jetzt eben in der Praxis selber, wenn ich eben an der Basis arbeite, ist es halt einfach so, dass ich da jetzt keinen Unterschied sehe, weil ich habe jetzt nicht die, den Tätigkeitsbereich, wo ich jetzt sagen kann okay, das ist jetzt, weiß ich nicht, mein Areal, weil ich bin akademische Krankenschwester. Eben, was wir eh schon vorher geredet haben. Das gibt es eben noch nicht, aber was eben das Interessante ist, eben die theoretische Auseinandersetzung, das sind halt einfach die Forschung, die Wissenschaft, die sehr wichtig ist, weil dadurch verändert sich ja dann auch wieder die Praxis. Was man natürlich auch erforscht in der Pflege, das verändert dann natürlich auch die Praxis. Das ist vollkommen klar, auch die Tätigkeiten.“

Doris ist sicher („vollkommen klar“), wie sie im Zitat oben deutlich macht, dass eine stärkere Forschungsorientierung die Tätigkeiten in der Pflege verändern wird. Für sich selbst sieht sie in ihrem konkreten Handeln allerdings keine Möglichkeiten, ein solch verändertes Wissen bzw. die Forschung im Alltag handlungsrelevant werden zu lassen. Beispiele, in denen der Pflegealltag durch wissenschaftsbasiertes Handeln verändert werden könnte, werden nicht genannt. So bleiben Wissenschaft und Forschung abstrakt („im Hintergrund“) und werden

nicht mit dem eigenen Handeln oder auch den Einschränkungen im eigenen Handeln in Verbindung gebracht.

Die Praxis sei dadurch gekennzeichnet, dass es an eigenständigen Tätigkeiten und Aufgabenbereiche für hochschulausgebildete Pflegefachkräfte mangle.

„Aber in der Praxis finde ich fehlt es noch ziemlich. Also da sollte man auch schauen irgendwie, dass es irgendeinen Tätigkeitsbereich gibt, wo man jetzt sagen könnte, da könnte man nur eine akademische Krankenschwester einsetzen. Es ist halt das, was man sich halt rausnehmen kann.“

Im folgenden Beispiel ist der Befragten wichtig aufzuzeigen, dass es im Arbeitsfeld keinen Unterschied zwischen Ihnen und den „normalen“ Diplomierten gibt. Sie haben die gleiche Verantwortung und übernehmen die gleichen Tätigkeiten. Die Differenzierung innerhalb der eigenen Berufsgruppe anhand funktionaler Tätigkeiten und nicht-funktionaler Anteile der Pflege (z. B. Gespräche) wird vordergründig abgelehnt, ist jedoch im konkreten Nachdenken über die Zukunft und zukünftige Rollen sehr präsent.

„Also das höre ich wirklich von allen möglichen Seiten. Also das hört man in / von Kolleginnen im Praktikum, dann beim Arbeiten eben habe ich es genauso gehört von Kollegen, also das ist immer wieder so in Diskussion, wo dann halt eben auch oft die Frage gestellt wird im Zusammenhang jetzt mit der Ausbildung auf der Fachhochschule, ob die, dass die Diplomierten eben nur die Körperpflege und das Ganze übernehmen und die Sachen. Und wir akademischen Krankenschwestern machen dann die Tätigkeiten wie eben Pflegeplanung oder / und das Ganze. Was ein absoluter Blödsinn ist weil wir arbeiten ja trotzdem alle noch zusammen, also diplomiert, also ich sehe die Diplomierten auf gleicher Ebene mit mir, ganz einfach. In der Praxis jetzt. So sehe ich es einfach. Und ich finde einfach, dass es genügend Schwestern und Pfleger gibt, die nicht die Matura zum Beispiel haben, die keine akademische Ausbildung haben, aber so ziemlich, ja, das Vorbild für jeden, für jede Schwester oder für jeden Pfleger sein könnten in der Praxis, ja. Also auch im Umgang mit Menschen die Verantwortung, die sie übernehmen und auch in der Durchführung der ganzen Tätigkeiten, wo ich mir denke, ja, dazu braucht man ja keine akademische Ausbildung“.

Die Aufteilung von pflegerischen Tätigkeiten in körperliche Arbeit (z. B. Körperpflege) und planerisch-administrative Arbeit (z. B. Erstellen einer Planung) innerhalb der Berufstätigkeit zeigt, dass in der Auseinandersetzung zwischen den Beteiligten verschiedenen Tätigkeiten klassifiziert werden. Auch wenn Doris dafür plädiert und überzeugt ist, dass es im beruflichen Handeln keine Unterschiede geben sollte, wird hier Arbeitsteilung verhandelt. Abschließend formuliert Doris die Position, dass eine akademische Ausbildung für die Ausübung „der ganzen Tätigkeiten“ benötigt würde. Die akademische Ausbildung wird primär als Voraussetzung für die individuelle Karriereplanung oder Statusveränderung im Berufsfeld gesehen.

3.4.5.5 Mechthild: Differenzierung innerhalb des Berufes und neue Aufgabenbereiche- „Wir [haben] so eine Vorreiterrolle“

Gefragt nach den Aufgaben der Pflege umschreibt Mechthild diese ganz allgemein mit der traditionellen Vorstellung der Unterstützung Pflegebedürftiger im Lebensvollzug.

„Naja, eigentlich es gibt so viele pflegebedürftige Menschen, denen ihr primäres Ziel ist irgendwie nicht das Medizinische, sondern das man eben sie mehr unterstützt in ihrem Leben.“

Die Rolle von Bachelor-Absolvent/inn/en sieht Mechthild, ähnlich wie ihre Kolleg/inn/en, in der Expertise, die „Neues“ in die Welt tragen, um Widerstände abzubauen. Das Neue bezieht sich dabei auf die Akademisierung des Berufsfeldes im Allgemeinen. Sie schreibt den hochschulausgebildeten Pflegefachkräften ein anderes Selbstbewusstsein und eine andere Selbstständigkeit zu, die ihrer Ansicht nach der (traditionellen) ‚Pflege‘ fehlt.

„Als Akademische haben wir so eine Vorreiterrolle. Also schon so diese / d.h. momentan sind wir schon so diese, die es in die Welt bringen, so: Hallo, wir sind jetzt Akademische, müssen uns dort behaupten, obwohl das Behaupten dann relativ schnell / also schon während der Ausbildung eigentlich weit nicht mehr so stark / am Anfang hat es noch sehr starke Widerstände gegeben, so akademische Ausbildung der Pflegekräfte. Aber mittlerweile finde ich, hat sich das zumindest in Wien, sind wir schon bekannter geworden und sind praktisch schon akzeptiert worden. Ja, das war jetzt primär diese Vorreiterrolle noch. Ja und so richtig...(lange Pause) Ja, in der direkten / zukünftig denke ich die neuen Rollen / die neuen Tätigkeitsfelder, die so jetzt hoffe ich jetzt dann durch diese Akademisierung vorangetrieben wird, irgendwie hoffe ich, dass die Pflege selbstständiger wird.“

Die eigenen neuen Impulse und die neuen Tätigkeitsfelder bleiben in ihrer Erzählung eine Leerstelle. Die Akademisierung soll nach Ansicht von Mechthild dazu beitragen, dass eine stärkere Ausdifferenzierung innerhalb der Berufsgruppe erfolgen kann. In ihrer Argumentation wird unter Rückgriff auf ökonomische Sachzwänge sowie nicht vorhandener Arbeitsteilung von qualifizierter und weniger qualifizierter Arbeit („so ein Einheitsbrei“) die Einführung von Personaleinsatzmodellen befürwortet (hier Skill- and Grade Mix), die eine stärkere Differenzierung im Berufsfeld zur Folge haben würden.

„Ja, und im Krankenhaus: Die Pflege im Krankenhaus muss stärker gegliedert werden, also so vom /... Also Pflegehelfer, Diplomierte, das ist immer so ein Einheitsbrei beim Arbeiten und das ist klar, dass das sehr teuer werden wird und das wird ...und da bin ich von dem Skill- und Grademix.... Ja, da verstehe ich die Grundprinzipien. Also es sollen mehr Pflegehelfer eingesetzt werden, sodass die Diplomierten mehr komplizierte Fälle übernehmen und / ...“

Das Krankenhaus als traditioneller Ort der Berufsausübung differenziert Arbeit noch nicht eindeutig genug, so Mechthild. Diplomierte Fachkräfte sollten „mehr komplizierte Fälle“ übernehmen und Pflegehelfer etwas anderes, was sie im ganzen Interview nicht näher

ausführt. Welche Tätigkeiten umverteilt werden sollte; wo und was das „mehr“ und was die komplizierten Fällen ausmacht, bleibt etwas, das sie nicht direkt ausformuliert.

Neue Tätigkeitsfelder werden für akademisch ausgebildete Gesundheits- und Krankenschwestern gefordert, ohne dass genauer beschrieben wird, was das Neue ist und für was es eingesetzt wird. Fähigkeiten wie Selbstbewusstsein, Engagement und das ‚sich-behaupten-können‘, also sozialkommunikative und methodische Fähigkeiten erscheinen primär als das Spezifische, das die akademischen Pflegefachkräfte neu einbringen.

3.4.5.6 Zusammenfassung: Die Kontroverse um spezielle Aufgaben oder Handlungsfelder für FH- Absolvent/inn/en

Das Thema von Aufgabenbereichen und Neuverteilung von pflegerischen Tätigkeiten ist ein wichtiges Themenfeld in den Interviews. Die Deutungen und Vorstellungen gehen dabei in zwei Richtungen. Einerseits sind durch die postulierte Aufgabenumverteilung Abgrenzungsbemühungen erkennbar, die zentral für die eigene Position gesehen werden. Andererseits werden eigene Aufgabenbereiche eingefordert, die einer akademischen Qualifikation bedürfen. Sowohl der Versuch einer Trennung von berufsimmanenten und berufsfremden Tätigkeiten als auch der Versuch, pflegerische Tätigkeiten in akademisch und nicht akademisch zu differenzieren, zeigen erste Kämpfe um neue Rollen und Auseinandersetzungen um ein Terrain, das nur denen zusteht, die an einer Hochschule ausgebildet wurden. Die Thematisierung von Handlungsfeldern, die als neu charakterisiert werden und die nicht unmittelbar die Versorgung von Patient/inn/en zur Aufgabe haben (z. B. Steuerung von Arbeitsprozessen, Wissen generieren, Pflegegeldeinstufung) zeigen, wie sehr das Feld der Pflege neu verhandelt werden soll. Die eigene Position im Berufsfeld der Pflege, aber auch in anderen Versorgungseinrichtungen, ist noch unklar. Die Unsicherheit bezieht sich dabei sowohl auf das Berufsfeld der Pflege als auch darauf, in welchen Arbeitsfeldern die Absolvent/inn/en im aktuellen und zukünftigen Gesundheitswesen ihren spezifischen Platz finden.

Im Kontext der Fragen über Aufgaben und Anforderungen für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte sehen die Befragten einerseits keine erweiterten Aufgabenbereiche oder Anforderungen in der Ausübung ihres Berufes, die eine akademische Qualifikation als Voraussetzung für die Ausübung notwendig machen. Mit Aussagen wie, „Ein richtiges, neues Handlungsfeld für uns FH-Absolventen, glaube ich, gibt es noch nicht“ (Christian), oder dem Verweis auf fehlende Stellenbeschreibungen für akademische Pflegefachkräfte wird aber eine gewissen Ambivalenz deutlich: sowohl Aussagen, dass es ‚noch nicht‘ neue Aufgaben gibt als auch, dass es noch keine entsprechenden Stellenbeschreibungen gibt, deutet darauf hin, dass sich dies in der Zukunft verändern würde bzw. verändern könnte.

In den Interviews werden Sektoren wie die ambulante Pflege (z. B. Beratungsstellen) und andere Beratungspositionen in außerstationären Einrichtungen als Tätigkeitsbereiche benannt, die ein interessantes Arbeitsfeld bieten können. Zudem wird ein Pflegeverständnis artikuliert, das im Widerspruch zu den vorgefundenen Verhältnissen im Krankenhaus steht,

wenn diese keine umfassende Interaktion und Kommunikation mit Patient/inn/en ermöglichen. Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung werden als pflegerische Aufgabe in den Interviews für ihr eigenes Pflegeverständnis dargestellt. Der Pflegeprozess ist zentral in den Erzählungen der Absolvent/inn/en und erscheint als ein Modell, das in der Praxis ihrer Ansicht nach nicht genug Relevanz für das Pflegehandeln bekommt.

Ein ambivalentes Verhältnis besteht zu der Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten – wie die der Körperpflege – zu professionellen oder nicht-professionellen pflegerischen Aufgaben. Ob das „Waschen“ bzw. „Körperpflege“ an andere, geringer qualifizierte Pflegekräfte übergeben werden soll oder als Teil einer ganzheitlichen Betreuung eine wichtige Funktion einnimmt, wird in den Interviews unterschiedlich bewertet. Die Unterscheidung von körperlicher Tätigkeiten (hier die Körperpflege) und geistigen Tätigkeiten (z. B. die Erstellung der Pflegeplanung oder Wissensgenerierung) ist für die ‚neue Ordnung‘ der Ausdifferenzierung zentral. Ein sehr positives Verständnis von Profession und die Übernahme von Verantwortung fungieren als ein Abgrenzungs-Kriterium zu ‚den Anderen‘, wobei die Beschreibung der Übernahme der konkreten Verantwortung in den Erzählungen eine Leerstelle bleiben muss, da sie noch nicht in entsprechenden Positionen sind.

Im Hinblick auf mögliche veränderte Ergebnisse pflegerischer Handlungen für Patient/inn/en wurde argumentiert, dass Patientinnen und Patienten im Umgang oder in der Betreuung nichts von der akademischen Qualifikation merken sollen oder können. Die Anwendung wissenschaftlichen Wissens findet im ‚Hintergrund‘ statt und betrifft damit primär die Organisation der Pflege.

Die Aussagen über die Aufgaben der Pflege und die Rolle von akademisch ausgebildeten Pflegekräften zeigen, dass eigenverantwortliche Aufgaben und Tätigkeitsbereiche im Berufsfeld schwer zu explizieren sind und nur eine abstrakte Verbindung zwischen der spezifischen Ausbildung und der gewünschten Verantwortungsübernahme besteht.

3.4.5.7 Exkurs: Reaktionen auf Studierende im Berufsfeld

Ein spezifischer Teilbereich der Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Rolle bestand für die Befragten darin, dass sie zum Teil mit stark kontrastierenden Reaktionen auf die Hochschulausbildung konfrontiert waren. Wie die Absolvent/inn/en von außen und im konkreten von Berufsangehörigen gesehen werden, lässt sich an zwei sich diametral gegenüberstehenden Reaktionen der Akteure im Berufsfeld verdeutlichen, von denen sie berichten. Einerseits wird Ihnen Unsicherheit und Skepsis, die sich meist in Aussagen von Abwertung und Infragestellung artikuliert, entgegengebracht. Auf der anderen Seite erleben sie Anerkennung und Neugier. Im Interview wurden die Absolvent/inn/en gefragt, wie Kolleg/inn/en, Vorgesetzte oder Praxisanleiter/inn/en in den Institutionen auf sie als Studierende Hochschulangehörige reagierten, ob sie mit spezifischen Ansprüchen konfrontiert waren und ob sie mit speziellen Aufgaben oder Tätigkeiten betreut wurden. Das Spektrum der Erzählungen reichte von der Darstellung konfliktreicher Situationen, über Erfahrungen der Diskriminierung, dem Hinterfragen des Status bis hin zu Äußerungen

direkter Ablehnung. Die Absolvent/inn/en berichteten aber auch von Neugierde und positiver Anerkennung. Im Folgenden sollen anhand einiger Äußerungen dargestellt werden, wie die Absolvent/inn/en in den Institutionen aufgenommen wurden bzw. mit welchen Reaktionen sie konfrontiert waren.

Gemeinsam ist den Erzählungen, dass die ‚neuen‘ mit vielen Vorurteilen konfrontiert sind und das sie sich für die Wahl der Berufsausbildung im Rahmen eines Studiums rechtfertigen müssen. Frederik erzählt von der mangelnden Akzeptanz, die sich jedoch im Laufe der Praktikumseinsätze gelegt habe.

„Also im Moment / für die Kolleginnen und Kollegen war es einmal was Neues und am Anfang war es so: ‚Wir überprüfen jetzt einmal, ob er das auch kann, was wir können.‘ Das hat sich dann aber sehr schnell gelegt, eigentlich. Also wir haben ja sowieso während unserer Ausbildung mit extrem viel Gerüchten zu kämpfen gehabt.“

Gerüchte, Unsicherheit und Skepsis sind Reaktionen, die er im Laufe der Ausbildung erlebte. Später, so Frederik, spielte diese Reaktionen keine Rolle mehr.

„Bei uns / also ich habe das Gefühl auf meiner Abteilung spielt es keine große Rolle dass ich studiert habe, weil unsere Oberschwester hat selbst ein Pflegewissenschaftsstudium absolviert.“

Zwischen Gleichgültigkeit, Neugier und extremer Abwertung bewegen sich die Erfahrungen, die Elise aus ihren Praktika beschreibt. Elise beschreibt ein mangelndes Interesse seitens Berufsangehöriger an ihrer Person, aber noch mehr an der akademischen Ausbildung.

„Manche also so selten, ich habe bis zu meinem letzten Praktikum nie erfahren, dass sich wer sehr dafür interessiert hat. Beim letzten Praktikum auf der XYZ. Da haben sie sich interessiert: was echt und cool, gute Idee. Und kein Thema mehr, dass die eine Praxis / dass die Pflege so in die Richtung einschlägt. Auf allen anderen Stationen nur von den Oberschwestern, die haben ja auch nichts zu befürchten, die sind ja schon Rohrschlösser(?). Klar das wird super toll, ja, aber auch nur beim Praktikumsbogen abgeben oder bei irgendwelchen Unterschriften, dass man halt, dort wo man im Praktikum war, wo sie so Worte mit einem gewechselt haben. Aber nicht jetzt, weil da ein Kaffee ist, also Kaffee-Zusammensitzen [...] also bei mir hat sich nie wer erkundigt, wie es mir geht.“

Sie erlebt aber auch extreme Abwertung, die in der Bezeichnung, sie sei eine „akademisierte Arschauwischerin“ gipfelt.

[U]nd oft sagen sie dann, ich habe oft erlebt das ein Praktikumsleiter zu mir gesagt hat: ‚Also nur gleich von vornherein Elise, es ist nichts gegen deine Person, du bist, du wirkst wirklich sehr nett, aber ich halte nichts von deinem Studienfach, nur so vorab.‘ Und das habe ich zwei Mal erlebt. Und einmal bin ich vorgestellt worden, vor allen und da waren auch Ärzte dabei. ‚Das ist jetzt unsere Neue, die studiert, das ist jetzt keine Schülerin, sagt ja nicht zu ihr Schülerin, sagt ja zu ihr Studentin.‘ Dann habe ich gesagt, dass macht mir überhaupt nichts, wenn jetzt zu

mir jemand sagt Schülerin, ist mir doch egal. Und dann hat mich irgendein netter Arzt angesehen und gefragt, was studierst du leicht? Und ich: ‚Gesundheit- und Krankenpflege‘. Und er so, aha und war eigentlich interessiert und dann hat die Kollegin gesagt: sie sind eine akademisierte Arschauswischerin.... „

Die Gleichgültigkeit und Ablehnung, die sie erlebt, führt bei Elise dazu, dass sie während des Studiums über einen Abbruch der Ausbildung nachdenkt.

Christian schildert seine Situation in der Praxis ähnlich wie die Kollegin als schwierig. Die Beziehungen sind geprägt von Misstrauen über den aktuellen Status von akademischen Pflegepersonen und welche Karrierechancen die ‚Neuen‘ zukünftig haben werden. Im Gegensatz dazu gibt es auch positive Reaktionen von Kolleg/inn/en, die sich allgemein auf eine „Aufwertung des Ganzen“ der Pflege beziehen.

„Ja, das war gerade am Anfang sehr, sehr schwierig. Die meisten Diplomierten haben überhaupt nicht gewusst, was wir genau machen...ich glaube, sehr viele Vorurteile auch sehr viele falsche Informationen einfach. Am Anfang wurden wir sehr oft als Bachelor-Arschputzer bezeichnet, es war teilweise richtig böse. Einige Studienkollegen haben da auch weinend die Praktika verlassen, es war ganz übel. Es hat aber auf der anderen Seite auch wieder Kollegen gegeben aus der Praxis, die sehr unterstützend waren in der Hinsicht, die sich gefreut haben, dass es endlich akademisiert ist und die die Aufwertung von dem Ganzen gesehen haben. Nicht als, ja es haben viele haben geäußert, dass sie, sie haben nicht gesagt sie haben Angst, aber man hat gemerkt sie fürchten, dass wir ihnen die Arbeitsplätze wegnehmen. Oder dass wir jetzt gleich nach der FH mal Stationsleiter werden. Da mussten wir auf jeder Station wieder von vorne, wieder Aufklärungsarbeit leisten, und das war sehr, sehr, sehr mühsam. Ja, einige Praktikumsstellen sind komplett gestrichen worden.“

Auch Mechthild schildert, dass der zukünftigen Status der akademischen Pflegekräfte sehr hinterfragt wird. Bedingungen der Arbeit wie Entlohnung oder welchen Status sie zukünftig einnehmen, dominieren ihrer Ansicht nach die Auseinandersetzung.

„Was das für einen Sinn haben sollte und ob ich dann etwas Besseres bin und ob ich dann eh nicht mehr Geld verdiene, das war wichtig. Ja, da war eigentlich die von-bis-Reaktion gewesen.“

Die Befragten thematisieren die Reaktionen aus dem Berufsumfeld auf die akademische Ausbildung sowie ihre Person in sehr ähnlicher Weise. Als Repräsentanten der ‚neuen‘ Gruppe der akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte lösen sie nach ihren Erzählungen Unsicherheit im Berufsfeld aus, die bis zu Infragestellung und Ablehnung führt.

3.4.6 Individuelle Zukunft und Zukunft der Pflege

Die Antizipation der jeweils eigenen Zukunft als auch die Zukunft der Pflege waren der abschließende Fragebereich, zu dem die Absolvent/inn/en Auskunft geben sollten. In diesem Kontext wurde gefragt, was sich aus der Perspektive der Absolvent/inn/en künftig in der

Pflege verändern werde und ob sich durch akademische Pflegefachkräfte etwas in der Pflegepraxis ändern werde. In diesem Fragebereich standen mögliche Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und/oder Wirkungen der neuen Ausbildungen im Mittelpunkt.

3.4.6.1 Frederik: Wissenschaftsbasiertes Handeln und ein Einbeziehen in Entscheidungsprozesse

In der Vorstellung über die Zukunft fordert Frederik eine Neu- und Umverteilung von Positionen und Aufgaben – eine Position, die auch seinen Studien-Kolleg/inn/en favorisiert wird. Berufspolitische Forderungen, wie die Besetzung relevanter Entscheidungsgremien durch Pflegekräfte oder eine Pflegekammer sind für ihn zentral.

„Ja, abseits von den Zahlen, die als Herausforderung auf uns zukommen ist die demografische Entwicklung mit der Alterspyramide, ist das nach wie vor für mich eine große Herausforderung, die Pflege als eigene Profession zu stärken. Und es spielt gar keine Rolle, ob Pflegekammer hin oder her, das ist eine organisatorische Debatte, aber grundsätzlich glaube ich, ist der erste Schritt, dass die Pflegegeldeinstufung ab Stufe 6 glaube ich jetzt, von 5-7, von diplomierten Pflegepersonen jetzt übernommen werden kann. Das ist ein erster Schritt, aber grundsätzlich finde ich, dass einfach überlegt wird, wie das weitergehen muss. Ich denke mir grad im häuslichen Bereich oder im Bereich der peripheren, der Gemeinden, wo ganz viel von Pflegepersonen übernommen werden kann, weil es eigentlich pflegerische Angelegenheiten sind. Und ich glaube auch, dass die Pflege in gewisser Weise Verantwortung übernehmen muss für politische Entscheidungen, die die Planung des Gesundheitssystems anbelangen. Weil im Moment, ja, im Gesundheits-Ministerium, wo die meisten wichtigen Posten von ehemaligen Ärzten oder Ärztinnen besetzt sind oder von Juristen und Juristinnen, die sich im Bereich nicht auskennen. Natürlich gibt es vereinzelt Pflegepersonen im Ministerium, aber viel zu wenige.“

Die Frage nach der Zukunft der Pflege ist für Frederik mit einer berufspolitischen Stärkung der Pflege verbunden sowie einer Korrektur von Berufsbildern, die mit Machtverteilung zugunsten der Pflege verbunden ist.

„Und es braucht eine Berufsbildkorrektur für einzelne Professionen, weil so hart wie das klingt, aber Ärzte und Ärztinnen müssen Zugeständnisse machen an die Pflege.“

3.4.6.2 Christian: Unterschiedliche Funktionen von Fachkräften und Hilfskräften

Aus der Sicht von Christian sind aktuelle Überlegungen der Akteure zur Ausdifferenzierungen in der Entlohnung, zum Auslagern von körpernahen Pflegeleistungen an geringer Qualifizierte und zur privilegierten Aufgabenverteilung problematisch. Für ihn ist die Nähe (auch körperliche) zum Patienten zentraler Bestandteil für pflegerische Beziehungsarbeit.

„Ja, ich denke mir, ich hätte gesagt, da ist noch immer die Frage, viele gehen davon aus, dass wir, wo wir jetzt einen akademischen Abschluss haben, viele gehen dann auch davon aus, dass wir dementsprechend mit einem höheren Lohn

gleich einsteigen. Ja, viele sehen auch Diskrepanzen in dem, dass ich einerseits eine wissenschaftliche Ausbildung habe, und auch einen akademischen Grad, und andererseits direkt am Patienten, an der Patientin Körperpflege durchführe. Ich glaube, da sehen viele noch eine echte Diskrepanz drin. Davon müssten wir uns, glaube ich, ein bisschen lösen. Und es wird jetzt glaube ich auch nachgedacht, dass die körperliche Pflege nur mehr auf die Pflegehelfer delegiert wird und dass sich die Diplomierten rein auf den Pflegeprozess und auf die Pflegeplanung konzentrieren. Das, diese Entwicklung ist (zu leise) weil, ich denke die körperliche Nähe zum Patienten macht es im Wesentlichen aus und die Pflege an sich aus. Die körperliche Nähe und die Beziehung, die man auch daraus heraus aufbaut, sind, glaube ich sehr wichtig. Die Diplomierten oder die Bachelor-Pflegepersonen die immer weiter vom Patienten wegkommen, ich weiß nicht, ich glaube dann fehlt irgendwas, dann fehlt die Nähe zum Patienten.“

Christian benennt explizit das Spannungsfeld, das die akademische Ausbildung in der Gesellschaft mit Privilegien einer besseren Bezahlung und höheren Anerkennung verbunden ist, was eine Abkehr von vermeintlich unqualifizierter Arbeit bedeuten würde.

Trotzdem könnten sich nach seiner Ansicht berufliche Aufgaben dahingehend verschieben, dass Planungsaufgaben mit Steuerungsfunktionen nur noch von Pflegefachkräften übernommen werden, während Pflegehelfer die Aufgabe der Körperpflege oder Hilfestellungen in den Lebensaktivitäten übernehmen.

„Dass vielleicht die Diplomierte die Pflegeplanung das steuert und dass die Pflegehelferin entsprechend den Plan durchführt.“

Die zentralen Themen der Pflege in der Zukunft wären demnach eine Ausdifferenzierung von Arbeit und eine Umverteilung von „Oben“ nach „Unten“ oder positiver formuliert qualifiziert-steuernd oder gering qualifizierter-ausführend. Er selbst verortet sich nicht im Beruf der Pflege, da er für sich wissenschaftliche Karriere anstrebt.

„Ja, ich strebe schon eine wissenschaftliche Karriere an, nur glaube ich ist es wirklich sehr schwierig, dass man da irgendwo Fuß fassen kann.“

Insofern bleibt das Plädoyer für die Nähe zu Patient/inn/en abstrakt und theoretisch, denn er selbst sich fern des Bettes.

3.4.6.3 Elise: Mehr Verantwortung für Pflegefachkräfte in Bereichen, wo Pflegekompetenz zentral ist (Pflegegeldbegutachtung)

Elise beginnt ihre Ausführungen über die Zukunft mit den gegenwärtigen Aushandlungsprozessen und der Umverteilung von Arbeitstätigkeiten.

„Ich hoffe, dass das nicht mehr medizinische Tätigkeiten sind, die wir übernehmen sollen. Sprich, im ??? wird normal Blut abzunehmen, aber ich möchte nicht, dass wir nur noch das erledigen was die Zeit / wo die Zeit von den Ärzten nicht mehr da ist, dass sie nicht machen, sondern das wirklich rein um

pflegerische Dinge geht, Pflegegeldberechnungen zum Beispiel. Warum muss das unbedingt der Arzt machen /“

In ihrer Darstellung werden medizinische Tätigkeiten dann auf die Pflege übertragen, wenn Ärztinnen und Ärzte diese aus Zeitmangel nicht übernehmen wollen. Unter Rückgriff auf die eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche, wie die Vorbereitung der Entlassung eines Patienten oder die Pflegebedarfseinschätzung betont sie die Eigenständigkeit des Berufes und wünscht sich mehr Verantwortungsübernahme.

Zudem bestimmt Elise ein Expertenterrain – die Begutachtung des Pflegebedarfs, die zum damaligen Zeitpunkt allein von Mediziner/inne/n durchgeführt wurde – als ein Terrain, das in den Zuständigkeitsbereich von Pflegefachkräften gehört.

„Pflegegeldberechnungen oder Pflegegeldeinstufungen und diese Dinge. Dass dann nicht nur / das macht de facto in Österreich der ärztliche Dienst und wo es um Pflegeeinstufung geht. Dass sind so Dinge, da denke ich mir, komisch eigentlich, dass das nicht mit Rücksprache passiert. [...] Deshalb finde ich, was solche Dinge angeht / irgendwann wird er entlassen, wann ist er fähig entlassen zu werden und wann, welche Pflegestufe hat er. Dass finde ich gehörte einfach mehr der Pflege verantwortet. Und da sehe ich die Entwicklung von der Pflege, dass sie da einfach Fachkompetenz hat in solchen Dingen und ihre eigenen Systeme entwickelt, wie sie pflegen und ihre eigenen / und eben ihre Forschung vorantreibt, sowie wo anders auch. Und nicht wieder ewig lange auf einer Aktivität des täglichen Lebens hängen bleibt, sondern dass das ein stetiger Prozess ist und das es mehr Angebote gibt, von der Pflege. Nur es gibt ja so lang noch nicht, weil wir nicht viele sind, die Pflegeforschung betreiben.“

Für Elise ist die Übernahme neuer Aufgabenbereiche mit mehr Verantwortung zentral für eine Weiterentwicklung der Pflege. Zudem reflektiert Elise die Pflegeleistungen als einen Teil des Versorgungssystems, das nur durch Kooperation eine hohe Qualität gewährleisten kann.

3.4.6.4 Doris: Übernahme an medizinischen Tätigkeiten und Pflegeplanung

Vor dem Hintergrund einer Umverteilung der Aufgaben und Tätigkeiten verortet Doris eine akademische Ausbildung von Pflegefachkräften und antizipiert eine solche für die Zukunft.

„Es ist halt schon auf eine Art und Weise fraglich, wie die wirkliche Zukunft jetzt ausschaut in der Pflege. [...] Aber dass halt Pflegehelfer mehr so diese Tätigkeiten eben übernehmen, eben wie die Körperpflege jetzt von, sagen wir mal von mobilen Patienten, die aber jetzt in dem Sinn trotzdem Unterstützung brauchen, oder ebenso Dinge wie Betten machen, Essen austeilen, sowas in die Richtung, dass die Diplomierten einfach so mehr in die Richtung halt einfach, ja einfach dadurch auch mehr Zeit haben für die ganze Pflegeplanung, für den ganzen Pflegeprozess. Und da einfach wirklich eine ganzheitliche Pflege, um das auch irgendwie garantieren zu können. Und halt natürlich auch, was halt auch immer so wieder eine Diskussion ist, aber was natürlich eben in den ganzen skandinavischen Ländern, wo es schon seit zehn Jahren akademische Krankenschwestern gibt, eben so Dinge wie Blut abnehmen und Venflon setzen.“

Die Aufgabenumverteilung begründet Doris mit dem Schaffen von ‚Freiräumen‘ für Aufgaben, die im Rahmen des Pflegeprozesses stattfinden und dem Prinzip der ‚ganzheitliche Pflege‘ folgen sollte. Doris beschreibt zudem kleinteilige Arbeitsprozesse, die je nach den Vorstellungen bzw. Wert dieser Arbeit umorganisiert bzw. an gering oder höher qualifizierte zukünftig verteilt werden soll. Dabei fungieren Tätigkeiten die bisher in Österreich als medizinischen Versorgung gelten (z. B. Blutabnehmen und Setzen einer peripheren Venenverweilkanüle) galten, als höherwertig. Die Verbesserung der eigenen Handlungsfähigkeit im Berufsalltag durch eine wissenschaftlich fundierte Berufsausbildung wird dabei nicht thematisiert.

3.4.6.5 Mechthild: Kernkompetenzen der Pflege erhalten und ausbauen

Gegenwärtige Entwicklungen, wie die Um- und Neuverteilung von einzelnen Tätigkeiten von „Oben“ nach „Unten“, werden auch von Mechthild als Zukunft des ganzen Feldes angesehen. Veränderte Tätigkeitsbereiche und Aufgabenumverteilungen im Gesundheitswesen prägen die Vorstellung über die Zukunft. Die Ausdifferenzierung zeige sich beispielsweise in neuen Formen des Handelns, konkret im Delegieren von Aufgaben.

„Ich denke der Tätigkeitsbereich wird sich schon ein bisschen ändern. Aber ich glaube, was ich nicht so unbedingt gut finde, noch viel mehr noch Tätigkeiten von Turnusärzten vielleicht mehr übernommen werde. Also das könnte ich mir vorstellen. Und das dann mehr Pflegehelferinnen im XY geben wird und das dann für Diplomierte doch mehr delegierende Aufgaben zu übernehmen sind und am Krankenbett dann weniger sind.“

Im Gegensatz dazu wird die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte als nicht sinnvoll erachtet mit der Begründung, dass sie nicht den Kernbereich der Pflege darstellen.

„Aber andererseits glaube ich, das dann die Tätigkeiten auch von Turnusärzten übernommen werden, was ich dann jetzt nicht unbedingt als gut befinde, weil das ist nicht die Aufgabe der Pflege, die ärztlichen EKGs schreiben oder Blutentnahmen, ja was so normal nicht übernommen wird, außer so auf Aufnahmestationen. Also das wird mehr so in die Richtung gehen.“

Mechthild thematisiert für die Zukunft zudem eine zunehmende Bedeutung im Bereich der Prävention.

„Und ich glaube, dass das Pflegerische dann mehr / ja eigentlich müsste es mehr in den Gesundheitsförderungsgebiete gehen, in der Zukunft, hoffe ich. (lacht)“

Ebenso schildert Mechthild, dass eine Verschiebung der Tätigkeiten innerhalb bestehender Aufgabenbereiche stattfinden sollte, wie beispielsweise der Wundversorgung, die ein Aufgabenbereich der Pflege ist.

„Was ich normalerweise auch der Pflege zuschreibe schon auch ist das Medizinische, so diese Wundversorgung, das wird also noch sehr von den Ärzten übernommen. Das Verschreiben und Anordnen, aber schon mehr der Pflege. Aber dies wird nicht überall gleich gehandhabt.“

Hier werden nicht singuläre Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich dem Aufgabenbereich der Pflege zugeordnet, sondern anhand des Prozesses der Wundversorgung ein gesamter Versorgungsprozess beansprucht.

3.4.6.6 Zusammenfassung: Patientenferne Aufgaben als zentrale Perspektive für höher Qualifizierte in der Pflege

Als zentrale Zukunftsthemen werden von den Befragten Aufgaben- und Kompetenzverteilung im eigenen Berufsfeld und die wissenschaftliche Fundierung der Praxis genannt. Es wird dabei eine Trennung pflegerischer Aufgaben in höher qualifizierte und niedrig qualifizierte vorgenommen, wobei letztere zumeist mit der Körperpflege und allgemeiner Versorgung (Essen, Instandhaltung etc.) in Verbindung gebracht werden. Interessant erscheint, dass Formen der Arbeitsaufteilung bzw. die Organisation von Aufgaben im Krankenhaus den Diskurs über pflegerische Versorgung dominieren. Das eigene Pflegeverständnis wird zwar als Gegenposition erkannt, spielt jedoch eine geringere Rolle in den Erzählungen.

Aushandlungsprozesse finden dabei auf verschiedenen Ebenen statt bzw. werden Aushandlungsprozesse auf verschiedenen Ebenen in der Zukunft antizipiert. Einmal geht es um die Aufgabenverteilung innerhalb der Pflege, zweitens um die Aushandlung von Aufgaben zwischen Pflege und Ärzt/inn/en und drittens um den Status in gesundheitspolitischen Entscheidungen.

In Bezug auf die Aufgabenverteilung innerhalb der Pflege lässt sich feststellen, dass viele Argumente dahingehen, eine weitere hierarchische Ausdifferenzierung für wahrscheinlich zu halten. Wenn damit eine Patientenferne einhergeht, also die diplomierten und akademisch ausgebildeten Fachkräfte für die Planung und Kontrolle zuständig sind und die Hilfskräfte für die patientennahen Tätigkeiten, so wird dies zwar theoretisch und abstrakt auch als problematisch erachtet. Individuell werden jedoch keine körperorientierten, patientennahen Tätigkeiten angestrebt.

In Bezug auf die Aushandlung von Aufgaben zwischen Pflege einerseits und ärztlichem Tätigkeitsbereich lassen sich unterschiedliche Positionen feststellen, die auf das ambivalente Verhältnis von Pflegefachkräften zu medizinischen Tätigkeiten und Kompetenzen verweisen: Einerseits werden ärztliche Tätigkeiten (im Sinne von Tätigkeiten, die bisher Ärzt/inn/en vorbehalten waren oder sind) als erstrebenswert für die Zukunft der Pflege erachtet, andererseits wird die Befürchtung geäußert, es könne sich dabei auch um das Abschieben von einfachen medizinischen Routinetätigkeiten handeln, die von Ärzt/inn/en aus Zeitmangel nicht weiter übernommen werden wollen. Die Tätigkeiten, die die Absolvent/inne/en zukünftig als Tätigkeit von professioneller Pflege sehen wollen, sind mit Verantwortung für ganze Prozesse verbunden, darauf verweisen so verschiedene Beispiele wie Pflegegeldbegutachtung einerseits und Wundversorgung andererseits.

Ein dritter Aushandlungsbereich, der zumindest von einem Absolventen genannt wird, ist der Status von Pflege in gesundheitspolitischen Entscheidungen. Dieser Bereich der konkreten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen der Pflege in der Zukunft ist insgesamt allerdings eher eine Leerstelle.

4 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse. Zentrale Ergebnisse zu den einzelnen Bereichen werden zusammenfassend resümiert und problematisiert, bzw. in einen Zusammenhang mit Ergebnissen anderer Studie gestellt.

4.1 Berufswahl und geplanter Verbleib im Berufsfeld

In den Aussagen zum Beruf und zur Berufswahl (vgl. Seite 27 ff.) zeigt sich, wie stark die Befragten die widersprüchlichen Entwicklungen in den Pflegeberufen reflektieren. Die Wahl für den Pflegeberuf erfolgte bei allen Befragten über Umwege. Das berufsqualifizierende Studium bietet gleichermaßen die Sicherheit eines Berufs, für den es eine hohe Nachfrage gibt, und es verspricht durch die Ausbildung an einer Hochschule vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten als auch vielfältigere Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Berufsfeld. Diese Kombination motiviert die Absolvent/inn/en – neben anderen Faktoren – sich für ein Studium der Gesundheits- und Krankenpflege zu entscheiden. Allerdings sind diese Erwartungen wiederum nicht eindeutig, denn die Absolvent/inn/en denken bereits in dieser frühen Phase über verschiedene Ausstiegsszenarien nach. Die Interviews zeigen, dass es eine Unklarheit gibt, welche konkreten Perspektiven sich innerhalb des Berufs abzeichnen, in denen sich beispielsweise die wissenschaftliche Orientierung realisieren lässt.

Neben diesen FH-spezifischen Motiven zeigt sich ein Faktor der in der Forschung zur Berufswahl der Pflege traditionell eine große Rolle spielt: die Wahl einer Ausbildung im Bereich der Pflege ist damit verbunden, Pflegeberufe im Umfeld kennengelernt zu haben, sei es durch Berufsangehörige in der Familie oder – bei den männlichen Absolventen – durch Erfahrungen im Zivildienst. Die hohe Bedeutung des Umfeldes schließt insofern an früheren Ergebnissen an, die gezeigt haben, wie wichtig das familiäre Umfeld und die Vertrautheit mit Gesundheitsberufen für die Wahl des Berufes ist (Walter 1991, S. 369).

Die Akademisierung wird vielfach als Steigerung der Attraktivität des Berufes und damit auch als ein Gegenmittel zum drohenden Fachkräftemangel in der Pflege gesehen (Rottenhofer et al. 2012). Die Argumentationen in den Interviews verweisen darauf, dass die akademische Ausbildung aus der Perspektive der Absolvent/inn/en vielfältige Möglichkeiten im Gesundheitsbereich bietet. Auch wenn nach dem Abschluss bereits erste Gedanken des Ausstiegs geäußert werden und ein dauerhafter Verbleib in dem gegenwärtigen klinischen Arbeitsumfeld nicht unbedingt angestrebt wird, verweisen die Interviews darauf, dass die Absolvent/inn/en nicht vollständig aus dem Feld der Tätigkeiten im Gesundheitsbereich aussteigen wollen.

Die Ausbildung wird als eine Art ‚Modul‘ im Lebenslauf gesehen, die als Baustein genutzt werden kann, um sich in verschiedene Richtungen weiterzuentwickeln. Diskriminierungen und innerbetriebliche Konflikte werden in den Interviews im Zusammenhang mit einem frühen Ausstieg benannt. Im Hinblick auf einen möglichen Ausstieg stimmen die Ergebnisse dieser Studie mit den Ergebnissen breiter Studien zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf

überein. Die Europäische NEXT-Studie, die untersuchte, warum Pflegende den Pflegeberuf frühzeitig verlassen, benennt als Push-Faktoren (negative Faktoren) beispielsweise Konflikte am Arbeitsplatz und als Pull-Faktoren attraktive Anreize wie einen Studienplatz (Hasselhorn 2005, S. 13). Bei den Absolvent/inn/en ist im Fall von negativen Faktoren tendenziell die Möglichkeit gegeben, weiter zu studieren. Die in den Interviews genannten Konflikte wurden aufgrund der Fragen und des Kontextes als Konflikte zwischen akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten Fachkräften artikuliert. Inwieweit diese spezifische Differenz weit verbreitete Konflikte zwischen ‚Newcomern‘ und Etablierten ‚überdeckt‘, also gar nicht spezifisch mit der Akademisierung zusammenhängt, muss an dieser Stelle offenbleiben, könnte aber in Zukunft wichtig für die Frage werden, ob sich die beiden formal und de jure gleichgestellten Teil-Gruppen der Diplomierten auch berufspolitisch als eine Berufsgruppe begreifen. Wenn die Mehrheit der akademisch Ausgebildeten allerdings die ‚Exit-Option‘ aufgrund der attraktiven Anreize wählen, so dürfte der berufspolitische Zusammenhalt gering sein.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zur Wahl des Berufes bestätigen zahlreiche Forschungen, wonach die Berufswahl in einem komplexen Gefüge von kulturellen, sozialen und ökonomischen Bedingungen stattfindet. Persönliche Erfahrungen und Erlebnisse, familiäre Einflüsse, Status des Berufes sowie die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten bedingen und bestimmen die Wahl der Absolvent/inn/en auf unterschiedliche Weise, wie dargestellt werden konnte.

Eine Studie über Einstellungen von Pflegedienstleitungen zu akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften in Deutschland (Lüftl, Kerres 2012) zeigt, dass diese eine eher ambivalente Haltung einnehmen. Einerseits befürworten sie eine Akademisierung der Pflegepraxis, andererseits zeigt sich eine gewisse Unschlüssigkeit hinsichtlich der Einmündung in den Arbeitsmarkt der akademisch Ausgebildeten. So gehen mehr als die Hälfte der Befragten davon aus, dass die Absolventinnen des Pflegestudienganges bei bestehenden Rahmenbedingungen nicht in der direkten Pflege arbeiten möchten. Die Argumentationen in den Interviews zeigen ebenfalls eine solche Tendenz. Die FH-Absolvent/inn/en ringen um ihre soziale und berufliche Position durch Rückgriff auf ihre wissenschaftliche Ausbildung, die in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert besitzt. Dabei bleibt offen, was das Spezifische an diesen Wissensbeständen ist und welchen Nutzen es für die individuellen Patienten, Pflegebedürftige und für die Gesellschaft haben wird. Der spezifische Nutzen bzw. die spezifische Wirksamkeit für Patienten wird als etwas beschrieben, das im ‚Hintergrund‘ zu verorten ist, jedoch in der direkten Pflege ‚am Bett‘ nicht spürbar sein wird. Die Ebene, auf der das wissenschaftliche Wissen relevant werden könnte, ist in den Erzählungen der Absolvent/innen/ am ehesten die Ebene der Planung und Administration.

In einem 2010 veröffentlichtem Sammelband zur Berufsbildungsforschung wird auf die nach wie vor bestehende Bedeutung von „Beruf“ verwiesen: „Der Beruf stellt auch in Zeiten des immer rascheren technologischen und wirtschaftlichen Wandels für den allergrößten Teil der Bevölkerung eine Hauptquelle des Selbstwertgefühls dar und spielt bei dem nach außen

vermittelten Selbstbild eine zentrale Rolle“ (Löffler 2010, S. 115). Auf Basis der Argumentationen, die in den Interviews zum Tragen kommen, stellt sich die Frage, ob diese zentrale Bedeutung eines Berufes in dieser Form für die Zukunft noch gelten wird.

4.2 Diskussion des gesellschaftlichen Status von Pflege: Kritik an stereotypen Vorstellungen

In Bezug auf den gesellschaftlichen Status der Pflege sehen sich die Absolvent/inn/en mit stereotypen Vorstellungen konfrontiert und konstatieren einen geringen gesellschaftlichen Status des Berufes. Einerseits sind sie konfrontiert mit Erstaunen, andererseits mit einer Art Bewunderung für die (mit ‚Aufopferung‘ konnotierte) Berufswahl, die ihrem Umfeld aber nicht als erstrebenswert gilt. Diese Sichtweise überschneidet sich mit Befragungen, die zeigen, dass der Pflegeberuf als wichtig für die Gesellschaft, jedoch individuell nicht erstrebenswert gesehen wird (vgl. Kemetmüller 2005, S. 94).

Als Gründe für das geringe Prestige und die stereotypen gesellschaftlichen Vorstellungen von Pflegefachkräften werden in den Interviews sowohl die Berufsangehörigen selbst, verantwortlich gemacht als auch die mediale Repräsentation des Berufs. Zudem sei die mangelnde Sichtbarkeit dessen, was professionelle Pflege tut, ein Grund für die Situation. Während im Rahmen von Professionalisierungsprozessen der Krankenpflege vielfach deren berufspolitische Macht und Institutionalisierung diskutiert wird (Albert 1998, S. 83), spielte dieses Thema in den Interviews nur eine untergeordnete Rolle und wurde nur einmal explizit thematisiert.

Ausgehend von der Prämisse, dass die Bedingungen unter denen ein Beruf ausgeführt wird, in einem engen Zusammenhang mit sozialer Wertschätzung stehen, wurden in dem Forschungsprojekt „Berufe im Schatten“ (Goesmann, Nölle 2009) die soziale und individuelle Wertschätzung für Dienstleistungsberufe untersucht. Die Auswertung von Verdienststrukturen, Arbeitszeiten und einiger anderer Merkmale zeigte, dass so genannte Frauenberufe eine geringe Wertschätzung erfahren. Solche Aspekte, die auf strukturelle Rahmenbedingungen verweisen, waren in den Interviews kein wichtiges Thema.

Berufspolitische Machtverhältnisse wurden auf der symbolischen Ebene allerdings implizit durch das Thema der Anrede angesprochen. Die nach wie vor übliche Kombination von „Schwester“ mit einem Vornamen wird im Bereich der Stereotype verortet und repräsentiert zugleich eine Form von gesellschaftlicher und berufspolitischer Unterordnung, indem die gesellschaftlich geltenden Regeln symmetrischer Anrede unter Erwachsenen verletzt werden. Die eindeutige Kritik solcher Praxen durch Absolvent/inn/en könnte darauf hindeuten, dass sie diese Form der Asymmetrie nicht einfach hinnehmen werden. Ob solche symbolischen Praxen allerdings mit dazu führen, Ausstiegswünsche zu verstärken oder aber die FH-Absolvent/inn/en mit ihren in der Selbstbeschreibung hervorgehobenen kommunikativen Kompetenzen diese Praxis offensiv in Frage stellen werden, bleibt eine offene Frage.

Seit Jahrzehnten gibt es vielfältige Initiativen, wie Imagekampagnen, flexiblere Arbeitszeitmodelle und Rekrutierungskampagnen aus anderen Ländern, die den dauerhaften Mangel an Personal in der Pflege entgegenwirken sollen, wobei die Verbesserung des Images als ein Ansatzpunkt gilt. Auch die Absolvent/inn/enn reflektieren und analysieren diesen Punkt. Neben der Wichtigkeit ihrer Hochschulausbildung, betonen sie dabei die Bedeutung von Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit, Flexibilität und methodischer Handlungskompetenz.

Zentral erscheint auch das Repräsentationsproblem von pflegerischer Arbeit in den Organisationen an sich, die von den Befragten in verschiedenen Kontexten thematisiert wird. Obwohl die Befragten sehr kritisch die Praktiken von etablierten Berufsangehörigen hinterfragen, fällt es ihnen ebenfalls schwer zu benennen, welche „Dinge“ getan werden müssen, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen und eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.

4.3 Sicht der Ausbildung: Wissenschaftsorientierung und ambivalentes Verhältnis zur Praxis

In der Wahrnehmung, Einschätzung und Sicht der eigenen Ausbildung zeigt sich eine starke Wissenschaftsorientierung und ein ambivalentes Verhältnis zur Praxis und zu praktischer Ausbildung. Die Aussagen verweisen auf ein breites Spektrum von voller Zufriedenheit bis Kritik entweder an Theorie oder Praxis, und sie reichen hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Unterforderung bis Überforderung.

An der Hochschulausbildung schätzen die Absolvent/inn/en insbesondere die Vermittlung von Methodenkompetenz und die dort erworbene Fähigkeiten zur selbständigen Aneignung von weiterem Wissen. Ein eher ambivalentes Verhältnis zeigt sich dagegen in Bezug auf die Aneignung von praktischen Fertigkeiten, wo sich ein breites Spektrum an Einschätzungen feststellen lässt. In einer Untersuchung von Knöfler et al. (2012) über das Erleben der Praxis von Bachelor-Studierenden an Hochschulen in Berlin und Bern wurden diese mittels einer schriftlichen Befragung über Wünsche und Erfahrungen zur Ausbildung und ihrer beruflichen Kompetenzen befragt. Die Befragung machte u.a. deutlich, dass die Studierenden die praktische Ausbildung als sehr wichtig wahrnehmen, „mehr Praxisroutine entwickeln“ möchten und von der Hochschule „besser auf Praxiseinsätze vorbereitet werden“ möchten (Knöfler et al. 2012, S. 248). Die in der hiesigen Studie befragten Absolvent/inn/en sind in ihrer Einschätzung heterogener. Allerdings war es wichtiges Thema für die Absolvent/inn/en, dass ihnen teilweise Defizite in praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten zugeschrieben werden. Ob diese Zuschreibungen in einem sachlichen Zusammenhang mit den konkreten Fähigkeiten stehen, muss letztlich offen bleiben, doch verweisen die Erzählungen der Absolvent/inn/en darauf, dass es sich hierbei auch um klischeehafte Abgrenzungen handeln kann, die wenig mit den konkreten Personen, aber dafür viel mit traditionellen Sichtweisen von Hochschulen und Praxis im Allgemeinen zu tun haben.

Die Aussagen der Absolvent/inn/en zeigen, dass der Begriff Kompetenz für sie wichtig ist und im Kontext der beruflichen Ausbildung und der Berufstätigkeit vielseitig gedeutet wird. Der Begriff wird einerseits im Zusammenhang von erweiterten Befugnissen bzw. Zuständigkeiten genutzt, um aufzuzeigen, welche Verantwortung Pflegekräfte haben bzw. haben sollen (z. B. medizinische Kompetenzen) und andererseits für die in der Ausbildung als ausreichend oder defizitär erlangte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten (z. B. sozialkommunikative Kompetenz). Interessant ist, dass die in der Ausbildung erlangten Kompetenzen für die Bewältigung konkreten Pflegesituationen kaum beschrieben werden. Die praktische Ausbildung wird unterschiedlich wahrgenommen. Es gibt sowohl die Argumentation, sich nicht als optimal auf den Einsatz in Praxiseinrichtungen vorbereitet zu sehen, zu wenig Zeit zum Üben von berufsrelevanten Pflege Techniken vor dem Einsatz zu haben, als auch eine Argumentation, sich mehr theoretische Ausbildungszeit für mehr Unterrichtsfächer wie Kommunikation und Arzneimittellehre zu wünschen. Obwohl die wissenschaftliche Kompetenz sehr stark betont wird, wird nur in einer Erzählung das wissenschaftliche Begründungswissen als hilfreich für eine Pflegesituation (Information von Angehörigen) geschildert. Interessant dabei ist, dass weniger Krisen in schwierigen oder unerwarteten Pflegesituationen thematisiert werden, als vielmehr die Auseinandersetzung mit Berufsinhabern in den Interviews in den Vordergrund rückt.

Die Absolvent/inn/en befinden sich im Spannungsverhältnis von wissenschaftlichem Wissen (Handlungsstruktur der Wissenschaft) und praktischem Wissen (Handlungsstruktur der Berufspraxis), von patientennahen (körperbezogenen) Dienstleistungen und patientenfernen Dienstleistungen sowie im Spannungsverhältnis von Handlungsautonomie und Hilfsberuf für die Medizin. Da die neu erlangten Kompetenzen und Aufgaben sehr vage bleiben bzw. in der beruflichen Alltagspraxis nicht existent sind, können die befragten Absolvent/inn/en nicht konkret darstellen, was nun die neue Kompetenz ausmacht und worin sich eine akademisch ausgebildete Fachkraft von einer traditionell ausgebildeten Fachkraft unterscheidet. Bezüglich der praktischen Ausbildung konnte nicht festgestellt werden, inwieweit diese der bisherigen Ausbildung entspricht oder ob sich hier nicht durch den starken Bezug der Studierenden auf wissenschaftsbasierte, planerische Kompetenzen eine Verschiebung abzeichnet. Die in der FHGuK-Ausbildungsverordnung festgeschriebenen, umfassenden Kompetenzen (vgl. S. 12 ff) sind ein wichtiger Referenzpunkt in den Argumentationen, bleiben aber abstrakt. Insofern bleibt offen, welche konkreten Fähigkeiten und Fertigkeiten innerhalb der Ausbildung realisiert wurden.

Kompetenz wird zudem als eine Art Befugnis gedeutet, bestimmte Aufgaben oder Aufgabenbereiche zu delegieren. Unklar bleibt in den Interviews, was in der FH-Ausbildung die besonderen Fähigkeiten (Kompetenzen) zur Delegation ausmachen soll. Die Lernatmosphäre der praktischen Ausbildung, die von den Absolvent/inn/en beschrieben wird, ist gekennzeichnet durch fehlende Anerkennung und durch das Hinterfragen des neuen und zukünftigen Status akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte. Dies befördert eine Grenzziehung innerhalb der Berufsgruppe, die eher auf eine mangelnde Kooperation

verweist. Andererseits erscheint es den Absolvent/inn/en wichtig zu betonen, dass sie individuell akzeptiert und anerkannt wurden (also die negativen Vorurteile gegenüber akademisch Ausgebildeten überwinden konnten). Da sich die Absolvent/inn/en nicht an diejenigen orientieren wollen, die sie in der praktischen Ausbildung kennengelernt haben, bleibt offen, woran sie sich in der Praxis insgesamt orientieren wollen.

4.4 Aufgaben und Rollen: Suchprozesse von ungleichen Gleichen

Das Thema von Aufgabenbereichen und möglicher Neuverteilung von pflegerischen Tätigkeiten ist ein wichtiges Themenfeld in den Interviews. In diesem Kontext sind mögliche spezielle Aufgaben oder Handlungsfelder für FH-Absolvent/inn/en ein kontroverses Thema. Eine Differenzierung der Aufgaben im Bereich der Pflege wird für die Zukunft postuliert und weitgehend unterstützt. Es zeigen sich Abgrenzungsbemühungen der eigenen Position bei Betonung der eigenen wissenschaftlichen Kompetenz, wobei letztlich unklar bleibt auf welcher Grundlage eigene Aufgabenbereiche akademisch ausgebildeter Fachkräfte eingefordert werden, wenn die Hochschule zur gleichen Berufsberechtigung führt wie die Ausbildung an einer GuK-Schule. Argumentative Annäherungen an Themen wie die Trennung von berufsimmanenten und berufsfremden Tätigkeiten sowie eine eventuelle Aufteilung von pflegerischen Tätigkeiten in akademisch und nicht-akademisch können als Versuche der Absolvent/inn/en gedeutet werden, spezifische Aufgaben für sich zu definieren. Wenn Präferenzen artikuliert werden, so liegen diese im Bereich Kommunikation und Interaktion (wenn es um den direkten Kontakt mit Patient/inn/en geht) und in eher patientenfernen Tätigkeiten wie Steuerung von Arbeitsprozessen, Wissen generieren und Beratung im weitesten Sinne.

Die Absolvent/inn/en artikulieren die Widersprüchlichkeit, die letztlich in der gesamten Situation begründet liegt: Sie sind gleich und doch nicht gleich ausgebildet, und sie sind gleichgestellt und sehen sich doch mit einem ganz anderen Schwerpunkt ausgebildet. So sehen sie einerseits keine erweiterten Aufgabenbereiche oder Anforderungen für sich als akademisch ausgebildete Fachkräfte, doch sie sehen vielfältigen Veränderungsbedarf in der Pflege (insbesondere im Krankenhaus), der für sie darauf beruht, dass die Pflegepraxis stärker wissenschaftsorientiert werden soll. Der Pflegeprozess als systematische, an den ganzheitlichen Bedürfnissen des Menschen orientierte und permanent angepasste Pflege, ist ein zentraler Bezugspunkt in den Erzählungen der Absolvent/inn/en. Sie sehen die Beachtung und Umsetzung dieses systematischen, prozessorientierten und umfassenden Ansatzes als unzureichend an und sich selbst als diejenigen, die besonders geeignet sind, ihm stärkere Handlungsrelevanz in der Praxis zu geben. Sowohl ein sehr umfassendes und positives Verständnis von Profession als auch die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung bzw. eine intrinsische Arbeitsmotivation fungieren als Abgrenzungs-Kriterien zu ‚den Anderen‘, wobei die Beschreibung der Übernahme der konkreten Verantwortung in den Erzählungen eine Leerstelle bleiben muss, da sie als Absolvent/inn/en noch keine entsprechenden Positionen haben. Da sie sich zugleich aber als change agents sehen und

hoch motiviert sind, stellt sich die Frage, ob sie sich beruflich so etablieren können, dass sie ihre Vorstellungen entsprechend ihres eigenen Anspruchs umsetzen können.

Sie sitzen gewissermaßen ‚zwischen allen Stühlen‘, denn sie identifizieren sich nicht mit traditionell ausgebildeten Pflegefachkräften, sondern grenzen sich von ihnen ab; ihr Bezugspunkt ist die Wissenschaft, aber sie sind keine Vollakademiker. Da sie eher etablierte Pflegekräfte als die Rahmenbedingungen kritisieren, erscheint es unwahrscheinlich, dass sich die Absolvent/inn/en mit den traditionell ausgebildeten Fachkräften gemeinsam für Veränderung engagieren. Zudem lösen sie als Repräsentant/inn/en der neuen Gruppe „akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte“ nach ihren Erzählungen Unsicherheit im Berufsfeld aus, die bis zu Infragestellung und Ablehnung führt.

Nach einer Studie von Anke Gerlach, in der das berufliche Selbstverständnis von Pflegeakademikerinnen in der BRD untersucht wurde, zeigt sich, dass der Eintritt ins Beschäftigungssystem für Pflegeakademikerinnen in Deutschland nicht reibungslos verläuft. Sie interpretiert die Reaktionen der traditionell ausgebildeten Pflegefachkräfte auf Pflegeakademiker/innen im Berufsfeld dahingehend, dass in der Konstellation ein interaktives Ausloten von ‚Zugehörigkeit‘ und ‚Nicht-Zugehörigkeit‘ zur Berufsgruppe stattfindet. Soziale Ungleichheit, ihre Legitimation und ihre Folgen werden im Feld der Pflege neu verhandelt, wenn eine als neu wahrgenommene Gruppe in das Feld kommt. Legitim erscheint eine soziale Hierarchisierung dabei nur insofern, „wenn die an den Hochschulen erworbenen Fähigkeiten additiv zu den im Berufsfeld eingesetzten Fähigkeiten hinzukommt“, so Gerlach (2012, S. 89). Im Gegensatz zu den in der hiesigen Studie befragten Absolvent/inn/en der ersten Bachelor-Studiengängen ist bei den von Gerlach untersuchten Pflegeakademiker/innen/n allerdings eine formal höhere Qualifikation gegeben. Das interaktive Ausloten der Zugehörigkeit findet damit in einem anderen Rahmen statt, dem von unterschiedlichen Berufen in einer Berufsgruppe. Im Fall der hier durchgeführten Untersuchung ist es dagegen das Ausloten innerhalb eines Berufes, in dem die ‚alten‘ und die ‚neuen‘ formal gleichgestellt sind. Für Gerlach ist ein wesentlicher Punkt einer möglichen Veränderung die Hochschulsozialisation, die „kritische Geister“ hervorbringt, die Routineprozesse in Frage stellen, Rahmenbedingungen gestalten wollen und in der Lage sind, „sich Gehör zu verschaffen und sich durchzusetzen“ (Gerlach 2012, S. 97). In Bezug auf diese Punkte gibt es Gemeinsamkeiten mit den FH-Absolvent/inn/en, die ebenfalls die Routineprozesse in Frage stellen und auf ihre Durchsetzungsfähigkeit verweisen. Allerdings unterscheiden sie sich auch von ‚kritischen Geistern‘ an Universitäten, denn das wissenschaftliche Wissen selbst wird im Gegensatz zum universitären Diskurs gerade nicht kontrovers diskutiert.

Die offene Frage hinsichtlich der Aufgaben und Rollen ist allerdings die nach der Bedeutung von institutionellen und berufspolitischen Strukturen, die in den Interviews kaum thematisiert wurde.

4.5 Individuelle Zukunft und Zukunft der Pflege

In Bezug auf die individuelle Zukunft und Zukunft der Pflege insgesamt zeichnen sich Spannungsfelder ab, da die Befragten die Aufgaben- und Kompetenzverteilung in der Pflege kritisieren, eine wissenschaftliche Fundierung der Praxis fordern und explizit als auch implizit deutlich wird, dass sie sich als Vorreiter der Veränderungsprozesse sehen. Die Aushandlungsprozesse beziehen sich auf die Aufgabenverteilung innerhalb der Pflege und auf die Aufgabenverteilung zwischen Pflege und Ärzt/inn/en, wobei die Arbeitsteilung hinsichtlich der Medizin in den Interviews heterogen gesehen wurde. Während das ‚Genuine‘ der Pflege, das es zu entwickeln gilt, stark mit der Entwicklung pflegewissenschaftlichen Wissens verbunden ist, wird die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten entweder als erstrebenswert gesehen und markiert eine Höherbewertung des Berufs oder wird aber als Tendenz gesehen, dass die Pflege Routinetätigkeiten überantwortet soll, die Andere – in diesem Fall Ärzt/inn/en – gern abgeben wollen.

Eine weitere hierarchische Ausdifferenzierung wird von den Absolvent/inn/en für wahrscheinlich gehalten und da die von ihnen hoch bewerteten Tätigkeiten mit einer starken Wissenschaftsorientierung verbunden sind, sehen sie sich selbst als diejenigen, die die hoch bewerteten Aufgabenbereich in der Zukunft übernehmen werden bzw. übernehmen sollten. Gleichzeitig wird problematisiert, dass es der ansonsten handlungsleitenden Patientenorientierung entgegenstehen könnte, wenn die diplomierten und insbesondere die akademisch ausgebildeten Fachkräfte für die Planung und Kontrolle zuständig sind und die Hilfskräfte für die patientennahen Tätigkeiten. Hier ist letztlich eine Widersprüchlichkeit festzustellen, die weiterer Untersuchungen bedarf. Weitgehend eine Leerstelle bleiben die konkreten politischen und institutionellen Rahmenbedingungen der Pflege in der Zukunft.

4.6 Resümee

Ausgangspunkt dieser Untersuchung war es, zu fragen, worin die Besonderheit und damit gegebenenfalls der Mehrwert einer akademischen Ausbildung von Pflegefachkräften besteht. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Mehrwert der akademischen Ausbildung aus der Perspektive der Absolvent/inn/en auf jeden Fall als ein individueller wahrgenommen wird. Die Absolvent/inn/en sehen in ihrer Ausbildung an der Fachhochschule eine Vielzahl an Vorteilen und Möglichkeiten, die es ihnen ermöglicht, sich zukünftig in verschiedene Richtungen weiter zu entwickeln. Auch zeichnen sich aus der Perspektive der Absolvent/inn/en neue Kompetenzen und Handlungsfelder ab, die allerdings in erster Linie darin bestehen, sich individuell auf dem Feld der Gesundheitspflege weiträumig bewegen zu können. Bemerkenswert ist die hohe Wertschätzung der an der Fachhochschule erworbenen Fähigkeiten.

Die ersten Absolvent/inn/en des Bachelor-Studienganges sehen sich in einer uneindeutigen beruflichen Situation. Sie haben eine Ausbildung gewählt, die ihnen eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gibt. Da sie jedoch den gleichen

Berufsabschluss, der bisher außerhalb von Hochschulen ausgebildet wurde, nun an einer Hochschule erworben haben, ist unklar, was nun genau die Spezifik ihrer Ausbildung ausmacht und wie der Arbeitsmarkt für ihren Abschluss überhaupt aussieht.

Hinzu kommt, dass die Absolvent/inn/en in ihrer Ausbildung weniger als traditionell ausgebildete Pflegekräfte institutionell eingebunden waren. Sie absolvierten Praktika, gehörten aber nicht zu den Beschäftigten der jeweiligen Krankenanstalten und waren mit Kolleg/inn/en und anderen Auszubildenden konfrontiert, deren berufliche Sozialisation durch eine Institution und ihre Praxen bestimmt ist, während sie die ersten sind, die nur temporär und mit weniger Teilhabe eingebunden waren. Als Ergebnis dieser strukturellen Unterschiede sind Spannungsfelder erkennbar. Traditionelle Vorstellungen vom Beruf treten in den Hintergrund, währenddessen wissenschaftliches Wissen und Planungsaufgaben in den Vordergrund rücken. Mentor/inn/en, Lehrer/inn/en oder berufserfahrene Kollege/inn/en sind in den Erzählungen kaum präsent und spielen im Zusammenhang mit der Herausbildung des eigenen beruflichen Selbstverständnisses kaum eine Rolle. Ob dieses Phänomen allerdings mit der akademischen Ausbildung zusammenhängt (oder mit allgemeinen Individualisierungstendenzen), bedürfte einer vergleichenden Analyse.

Zentrales Ergebnis ist, dass Wissenschaft als spezifische Ressource und Differenzierungsmerkmal für die Absolvent/inn/en fungiert. Für weitere Forschungen wäre es wichtig, die Dynamik der Akademisierung in einem breiteren Kontext zu verfolgen. In den Interviews ist die Akademisierung mit einer Aufwertung verbunden. Welche Auswirkung die Akademisierung vieler zuvor nicht-akademischer Berufe auf den Status akademischer Ausbildungen und insbesondere auf den Status der Bachelor-Ausbildung haben wird, wurde nicht thematisiert. Dass der Wert einer akademischen Ausbildung und eines akademischen Titels nicht absolut ist, sondern in Relation zu anderen Titeln und in Relation zu dem Anteil der Titel im gesamtgesellschaftlichen Kontext steht, wird nicht problematisiert.

Die Wissenschaftsorientierung der Absolvent/inn/en legt ein weiteres Universitäts-Studium nahe, das in dieser spezifischen Gruppe von den meisten Befragten bereits in Planung ist, bzw. abgeschlossen wurde. Die Aufnahme eines weiteren Studiums während oder nach dem Fachhochschulstudium kann den Charakteristika dieser besonderen Gruppe (erste Absolvent/inn/en mit sehr guten Studienleistungen und Möglichkeit des Studiums der Pflegewissenschaft vor Ort) geschuldet sein. Auch unabhängig von den besonderen Merkmalen dürften die vielfältigen Spannungsverhältnisse, in denen sich die FH-Absolvent/inn/en befinden, ein weiteres Studium zu einer attraktiven Alternative zur praktischen Berufstätigkeit machen.

5 Reflexion des Forschungsprozess

Zum Abschluss dieser Arbeit sollen noch kurz einige reflektierende Überlegungen zum Forschungsprozess dargestellt werden. Mit der Wahl von Absolvent/inn/en als denjenigen, die zur Spezifik der Hochschulausbildung und der Zukunft des Berufs gefragt wurden, wird eine sehr spezifische Wahrnehmung der Veränderungen erhoben. Wären die Lehrenden an der Fachhochschule oder die etablierten Berufsangehörigen befragt worden, so hätten sich andere Sichtweisen gezeigt. In dieser Studie wurde eine höchst spezifische Gruppe von Absolvent/inn/en befragt. Die befragten Absolvent/inn/en sind gemeinsam im gleichen Studiengang an der Fachhochschule Wien. Es wäre daher für eine weiterführende Untersuchung sinnvoll, Absolvent/inn/en von unterschiedlichen Fachhochschulen einzubeziehen, da dann herausgearbeitet werden könnte, ob differierende Ausrichtungen der Hochschulen als deutlicher Einflussfaktor gesehen werden kann.

Bestimmte Argumentationen, die öfter auftauchen, können darin begründet sein, dass es sich um eine Gruppe handelt, die sich intern über die Jahre des Studiums bereits ein gemeinsames ‚Bild‘ ihrer Situation geschaffen hat. Die Gruppe war darüber hinaus noch in weiter Weise spezifisch: Im Rahmen der Interviews wurden die Interviewten gebeten, weitere Namen und email-Adressen von Absolvent/inn/en zur Verfügung zu stellen. Dabei zeigte sich, dass insgesamt nur 20 von 36 Absolvent/inn/en überhaupt über diesen Zugang zu erreichen waren. Auch dies deutet darauf hin, dass es sich bei den Befragten um eine besonders gut untereinander vernetzte Teilgruppe handelt. Dass sich für die Interviews schließlich nur ein Teil derer zur Verfügung stellte, die bereits von der Studiengangsleitung genannt worden waren, deutet darauf hin, dass es sich hier um Absolvent/inn/en handelt, die besonders engagiert sind.

Die eigene Zugehörigkeit zur Berufsgruppe hatte ambivalente Aspekte. Der positive Aspekt ist der, dass schnell und einfach eine gemeinsame, vertraute Gesprächsbasis hergestellt werden konnte. Vom Anspruch her ist diese Studie stark am empirischen Material orientiert und durch eine sehr offene Herangehensweise gekennzeichnet. Ausgehend von den Kontext- und Rahmenbedingungen wurde keine (berufssoziologische) Theorie oder Hypothese zugrunde gelegt. Die dem Problemzentrierte Interview, immanente Problem-, Gegenstands- und Prozessorientierung war daher eine gute Voraussetzung für den qualitativen Charakter der Interviewsituation. In der Erhebungsphase der Arbeit wurde der explorative Charakter des Verfahrens bestätigt. Allerdings hat sich in der Auswertung gezeigt, dass sich die Themenbereiche, die mit dem Verfahren des problemzentrierten Interviews angesprochen wurden, sehr stark an Forschungen zum Wandel von Berufen orientieren. Offen bleiben muss daher inwieweit das Thema des beruflichen Selbstverständnisses, dass sich in der Auswertung der Interviews als ein Schwerpunkt erwies, nicht bereits durch die Fragen implizit vorgegeben wurde.

Zudem zeigte sich bei der Auswertung der Interviews, dass ich bei einigen Punkten nicht genauer nachgefragt habe, da die Zusammenhänge schnell klar erschienen. So zum Beispiel

verwiesen die Befragten auf den Pflegeprozess und seine umfassende Anwendung um, darzustellen, was der unterschiedliche Zugang von Absolvent/inn/en der FH einerseits und Pflegenden in der Praxis andererseits ausmacht. Das erschien in der Gesprächssituation hinreichend plausibel, wäre jedoch ohne den ‚Innenblick‘ wohl ein wichtiger Aspekt gewesen, der näher zu befragen gewesen wäre. Ein zweiter zentraler Begriff, der in der Diskussion um die Zukunft der Pflege sehr selbstverständlich ist, in den Interviews immer wieder fiel und bei dem ich aufgrund des ‚Innenblicks‘ nicht weiter nachgefragt habe, ist der Begriff der Kompetenz. Diese beiden Begriffe Pflegeprozess und Kompetenz, so lässt sich nach der Auswertung der Interviews feststellen, decken in den Argumentationen breite Felder ab, die es gerade zu spezifizieren gälte: Hinsichtlich des Pflegeprozesses wäre dabei weiter zu fragen, wie denn die systematische Arbeitsmethode zur Erfassung, Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen aus der spezifischen Sicht der Absolvent/inn/en genau aussieht und wo und wie hier wissenschaftliche Kompetenzen gefragt sind. Dann würden genauer die spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Thema werden, die mit dem Begriff der Kompetenz sehr allgemein bleiben.

6 Literatur

6.1 Quellen²⁸

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) i.d.F. v. 27.02.2013

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung - GuK-AV)

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011179>

Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FHGuK-AV)

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005853>

6.2 Sekundärliteratur

Behrendt, Heidrun (2008): Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern. Univ., Diss.--Göttingen, 2008. 1. Aufl. Göttingen: Cuvillier.

Benner, Patricia (1997): Stufen zur Pflegekompetenz. 2. Nachdr. Bern u.a.: Huber.

Benner, Patricia (2001): From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative edition. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.

Bethscheider, Monika; Höhns, Gabriela; Münchhausen, Gesa (2011): Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung. Bonn: Bertelsmann; Bundesinst. für Berufsbildung (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung Bonn).

Engel, Roswitha (2008): Grundausbildung „Gesundheits- und Krankenpflege“ als Studium. Ein Schritt in Richtung europäischer Ausbildungsstandards. In: Pflegenetz, Jg. 2008, H. 04.

²⁸ Alle zuletzt abgerufen am 27.02.2013.

Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Ewers, Michael (2008): Die Zukunft der Gesundheitsberufe. Nachwuchsförderung und Qualifizierung auf dem Prüfstand. In: Dr.med.Mabuse, H. Mai/Juni, S. 22–24.

Gasser, Ludmilla; Hausreither, Meinhild (2009): Akademisierung der Grundausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kierein, Michael; Lanske, Paula; Wenda, Sandra (Hg.): Gesundheitsrecht. Jahrbuch 2009. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien, Graz 2009, S. 63–78.

Gerlach, Anke (2012): Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland. In: Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 3. unveränd. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 95), S. 71–102.

Goesmann, Christina; Nölle, Kerstin (2009): Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Berufe im Schatten. Herausgegeben von Technische Universität Dortmund. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.

Gruber, Elke; Kastner, Monika (2005): Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? Studie zu Status quo und Trends im Berufsfeld und in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegewesen. Wien: WUV (Schriftenreihe des Fachhochschulrates, Bd. 11).

Hanika, Heinrich; Roßbruch, Robert (2007): Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland – Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (1. Teil). In: Pflegerecht, Jg. 2007, H. 2, S. 52–64.

Heinrich, Hanika; Roßbruch, Robert (2007): Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland - Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Teil 2). In: Pflegerecht, H. 3, S. 103–114.

Heffels, Wolfgang M. (2003): Pflege gestalten. Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Univ., Diss. u.d.T.: Heffels, Wolfgang M.: Pflegeethik als Verpflichtung zur Wahrnehmung personaler Verantwortung der Pflegenden in funktionalisierten Handlungsfeldern der Pflege. Duisburg, 2001. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 65).

Hülsken-Giesler, Manfred (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2007 u.d.T.: Hülsken-Giesler, Manfred: Sinnverstehen und Mimesis im Spannungsfeld von Körper, Leib und Technik. Göttingen: V & R unipress (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, 3).

Kälbe, Karl (2012): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In: Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke;

- Pfadenhauer, Michaela (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 3. unveränd. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 95), S. 31–54.
- Kemetmüller, Eleonore (2005): Zukunftsperspektiven in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems. Wien: Facultas.
- Knöfler, Fabio; Segginger, Tamina; Rohde, Katrin; Zündel, Matthias (2012): Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. In: Padua, Jg. 7, H. 5, S. 246–251.
- Kriegl, Marianne (1999): Akademisierung der Pflege in Österreich. In: Kozon, Vlastimil (Hg.): Bildung und Professionalisierung in der Pflege. Wien: Österreichische Gesellschaft für Vaskuläre Pflege, S. 7–22.
- Lamnek, Siegfried (1988): Qualitative Sozialforschung. Methodologie. Band 1 Bände. München und Weinheim: Psychologie Verlags Union (Qualitative Sozialforschung, / Siegfried Lamnek ; 1.).
- Lamnek, Siegfried (1995): Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verlags Union (Qualitative Sozialforschung, ; 2).
- Landenberger, Margarete (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche (Pflegebibliothek - Hallesche Schriften).
- Lempert, Wolfgang (2002): Berufliche Sozialisation oder Was Berufe aus Menschen machen. Eine Einführung. 2., überarb. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren (Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung, 16).
- LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith; Nohl, Andreas (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Löffler, Roland (2010): Ausbildungsinhalt, Anforderungsprofil oder berufliches Selbstverständnis? In: Schlögl, Peter; Dér, Krisztina (Hg.): Berufsbildungsforschung. Alte und neue Fragen eines Forschungsfeldes. Bielefeld: transcript-Verl. (Science studies), S. 115–124.
- Lüftl, Katharina; Kerres, Andrea (2012): "Ich denk mal, dass andere Bereiche [...] die mit Handkuss aufnehmen: Einschätzung von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. In: Pflegewissenschaft, Jg. 14, H. 1, S. 39–50.
- Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. 1. Aufl. Wien: Facultas-Univ.-Verl. (UTB für Wissenschaft, 2328).
- Mey, Günter (2000): Erzählungen in qualitativen Interviews: Konzepte, Probleme, soziale Konstruktionen. In: Sozialer Sinn, Jg. 1, H. 1, S. 135–151. Online verfügbar unter <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/447>. zuletzt geprüft am 12.02.12.

Mey, Günter; Mruck, Katja (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV).

Mühlum, Albert; Bartholomeyczik, Sabine; Göpel, Eberhard (1997): Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit, 5).

Neumann, Marita (2009): Berufsspezifische Entwicklung der Pflege, vom Helfer zur Profession.

Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz. Nürnberg, Univ., Diss. u.d.T.: Olbrich, Christa: Theorie der Pflegekompetenz--Erlangen, 1998. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; Aistleithner, Regina (2011): Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich. Herausgegeben von ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.

Roes, Martina (2004): Wissenstransfer in der Pflege. neues Lernen in der Pflegepraxis. 1. Aufl. Bern u.a.: Huber (Pflegepädagogik).

Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2012): Gesundheits- und Krankenpflege. Kontext- und Bedarfsanalyse der Evaluierung der Ausbildungsbereiche (Teil 1). Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Österreichischer Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Wien, unveröffentlicht.

Rottenhofer, Ingrid; Stewig, Friederike (2012): Perspektiven der Pflege in Österreich: Differenzierung, Professionalisierung und Akademisierung. In: Padua, H. 5, S. 240–244.

Schrems, Berta (2001): Österreich-ein Nachzügler in der Akademisierung. In: Kozon, Vlastimil (Hg.): Pflegewissenschaft - Aufbruch in Österreich. Wien: Facultas-Univ.-Verl., S. 86–100.

Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pflegewissenschaft).

Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pflegewissenschaft).

Schwendenwein, Werner (1994): Einführung in die Berufspädagogik. Wien: Inst. für Erziehungswissenschaft der Universität Wien.

Seidl, Elisabeth; Steppe, Hilde (Hg.) (1996): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Wien: Verlag W. Maudrich (Pflegerwissenschaft heute, Bd. 4).

Sittner, Elisabeth (1996): "Damals sind die Patienten gepflegt worden". Ein Beitrag zur Darstellung der Arbeitsbereiche in der Pflege. In: Seidl, Elisabeth; Steppe, Hilde (Hg.): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Wien: Verlag W. Maudrich (Pflegewissenschaft heute, Bd. 4), S. 99–135.

Spicker, Ingrid (2001): Professionalisierung der Pflege. Die Sicht von Pflegenden in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung zur Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegenden in Wien. Diplomarbeit. Wien. Universität Wien, Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.

Steppe, Hilde (1996): Elemente der historischen Entwicklung des Berufs Pflege. Österreichische Pflegegeschichte. In: Seidl, Elisabeth; Steppe, Hilde (Hg.): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Wien: Verlag W. Maudrich (Pflegewissenschaft heute, Bd. 4), S. 18–35.

Steppe, Hilde (2000a): Das Selbstverständnis der Krankenpflege. In: Pflege, Jg. 13, S. 77–83.

Steppe, Hilde (2000b): Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. In: Pflege, H. 13, S. 85–90.

Stöcker, Gertrud (2002): Bildung und Pflege: eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover: Schlütersche (Pflege).

Stöhr, Monika (2006): Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen. Themenbereich 10: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. 1. Aufl. München: Elsevier.

Taubert, Johanna (1994): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Univ., Diss.; 1990--Hannover, 1990. 2. Aufl. Frankfurt/Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 6).

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. 1. Aufl. Wiesbaden: Westdt. Verl.

Wagner, F. (2008): Reformbedarf in den Pflegeberufen. In: Public Health Forum, Jg. 16, S. 25.e1-25.e3.

Walter, Ilsemarie (1991): Krankenpflege als Beruf. Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien: Maudrich.

Walter, Ilsemarie (1996): Die Wahl der Pflege von Kranken als Beruf. In: Seidl, Elisabeth; Steppe, Hilde (Hg.): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Wien: Verlag W. Maudrich (Pflegewissenschaft heute, Bd. 4), S. 81–98.

Walter, Ilsemarie (2000): Historischer Überblick, Perspektiven für Morgen. Tradition und Wandel in der Pflege. In: Kozon, Vlastimil (Hg.): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. Wien: ÖGVP - Österr. Ges. für Vaskuläre Pflege, S. 7–17.

Walter, R. Heinz (2006): Berufliche Sozialisation. In: Rauner, Felix (Hg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2. Aufl. s.l.: Bertelsmann W. Verlag, S. 321–329.

Ware, S. M. (2008): Developing a self-concept of nurse in baccalaureate nursing students. In: INT J NURS EDUC SCHOLARSH, Jg. 5, H. 1, S. 1–11. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009894629&site=ehost-live>.

Weiss, Susanne (2009): Europäischer und Nationaler Qualifikationsrahmen im Kontext der österreichischen Gesundheitsberufe. In: Kierein, Michael; Lanske, Paula; Wenda, Sandra (Hg.): Gesundheitsrecht. Jahrbuch 2009. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien, Graz 2009, S. 79–99.

Weiss-Faßbinder, Susanne (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG. 6. Aufl. Wien: MANZ'sche Wien (Manzsche Gesetzausgaben Sonderausgabe, 95).

Albert, Martin (1998): KRANKENPFLEGE AUF DEM WEG ZUR PROFESSIONALISIERUNG. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg. Dissertation. Betreut von Prof. Dr. W. Schwark. Freiburg. Pädagogischen Hochschule Freiburg, Erziehungswissenschaft.

Hasselhorn, Hans-Martin (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW; Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss.; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und ArbeitsmedizinÜ, Übersetzung, 15).

Heinrich, Hanika; Roßbruch, Robert (2007): Europa und die Pflegequalifikationen in Deutschland - Die neue EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Teil 2). In: Pflegerecht, H. 3, S. 103–114.

Nationale Koordinierungsstelle für den NQR in Österreich (NKS) (Hg.) (2011): Handbuch für die Zuordnung von formalen Qualifikationen zum Nationalen Qualifikationsrahmen(NQR)-Kriterien.

Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2001): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. 1. Nachdr. Stuttgart: Schattauer.

Weiss, Susanne (2009): Europäischer und Nationaler Qualifikationsrahmen im Kontext der österreichischen Gesundheitsberufe. In: Kierein, Michael; Lanske, Paula; Wenda, Sandra (Hg.): Gesundheitsrecht. Jahrbuch 2009. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien, Graz 2009, S. 79–99.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Art. 22, H. 1.

Albert, Martin (Mai 1998): KRANKENPFLEGE AUF DEM WEG ZUR PROFESSIONALISIERUNG.
Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge
„Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen
Fachhochschule Freiburg. Dissertation. Betreut von Prof. Dr. W. Schwark. Freiburg.
Pädagogischen Hochschule Freiburg, Erziehungswissenschaft.

7 Anhang

Lebenslauf



Friederike Christiane Stewig

fstewig@gmail.com

BERUFSTÄTIGKEIT

seit 2011	Gesundheit Österreich GmbH, Abteilung Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)
2009-2011	Selbständige Auftragsforscherin im Bereich Gesundheit und Soziales
2006-2009	Angestellte / Kursleiterin an der Akademie für Fort- und Sonderausbildungen im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH)
2005-2006	Projektmitarbeiterin im EQUAL Projekt „First Aid in Integration“
1997-2000	Pooldienste im privaten Krankenpflagedienst
1993-2000	Sozialmedizinisches Zentrum Ost des Wiener Krankenanstalten Verbund
1988-1992	Klinik für Innere Medizin der Friederich Schiller Universität Jena

STUDIUM

seit 2001	Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
-----------	--

SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNGEN

2010	Weiterbildung nach GuK § 64 zum Entlassungsmanagement
2000	Absolvierung der Berufsreifeprüfung
1985 - 1988	Ausbildung in der Fachrichtung Krankenpflege an der Medizinischen Fachschule der F. Schiller Universität Jena, DDR
1975 - 1985	Allgemeinbildende polytechnische Oberschule J. Schaxel, Jena, DDR

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch	Muttersprache
Englisch	Sehr gute Kenntnisse
Portugiesisch	Grundkenntnisse