



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit:

**Auf der Suche nach einer pflegerischen Identität.
Über die berufssozialisatorische Aneignung der Rolle der Pflegeperson**

Verfasser:

Simon Krutter, Mag. phil.

angestrebter akademischer Grad:

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin:

A 057 122
Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	4
I. Problemdarstellung	9
II. Forschungsfragen	14
III. Theoretische Vorüberlegungen	17
1. Polanyis Theorie des „impliziten Wissens“: implizite Wissensbestände in der Pflege ...	18
2. Hurrelmanns Sozialisationskonzept: die Aneignung der Berufsrolle	21
3. Banduras Theorie des „Sozialen Lernens“: Lernen am Modell als Vermittlungsmodus der Berufsrolle.....	25
4. Forschungsanleitende Thesen der Arbeit	30
IV. Praktische Relevanz des Themas	32
V. Methodisches Vorgehen	35
1. Methodologie, Sample, Erhebung und Auswertung der Daten	35
2. Beschreibung der Auswertungsmethoden.....	38
2. a. Das ExpertInneninterview nach Meuser/Nagl: Erforschung von Betriebswissen ...	38
2. b. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring: Methode der Zusammenfassung	40
VI. Ergebnisdarstellung ExpertInneninterviews	42
1. Das Rollenkonzept in der Krankenpflege	43
1. a. Die Berufsrolle als Unterrichtsgegenstand.....	44
1. b. Praktischer Umgang mit dem Konzept der Berufsrolle	45
1. c. SchülerInnenrolle	49
1. d. SchülerInnenrolle vs. Rolle der Pflegeperson.....	50
1. e. Die PraxisanleiterInnen als institutionalisiertes Vorbild und das Konzept der Berufsrolle.....	51
2. Kontingenz des pflegerischen Handelns	52
2. a. Unsicherheit der SchülerInnen in der Praxis.....	52
2. b. Erster Kontakt mit PatientInnen.....	52
2. c. Umgang mit Kontingenz	53
2. d. Umgang mit Fehlverhalten/ Kritik.....	54
2. e. Das Korrektiv der Benotung	55
2. f. Feedback durch Nachbesprechung	56
2. g. Herstellung eines Situationsbezuges	56
3. Implizite Wissensbestände in der Pflege	57
3. a. Wissensbestände in der Pflege	57
3. b. Umgang mit impliziten Wissensbeständen	57
3. c. Intuition der ExpertIn	58
4. Lernen am Modell.....	59
4. a. Die Triade als Lernsituation	59
4. b. Fallbeispiele	60
5. Vorbilder	61
5. a. Gründe für die Wahl des Vorbildes.....	61
5. b. Wissen um die Vorbildfunktion der PraxisanleiterInnen/LehrerInnen.....	63
5. c. Wandel des Vorbildes	63
5. d. Positive und Negative Modelle	64
5. e. Funktion von Vorbildern	64
5. f. SchülerInnen höherer Jahrgänge.....	65
6. Organisation als Kontext der Rollenaneignung und des Lernens am Modell.....	65
6. a. Organisation als Kontext des Lernens am Modell	66

6. b. Organisation als Kontext der Wahl des Vorbildes	67
6. c. Die organisierte Kluft zwischen Schule und Praktikumstelle	67
7. Zwischenbetrachtung: Darstellung der Berufssozialisation in der Krankenpflege und damit einhergehende Problemstellungen für SchülerInnen.....	68
7. a. Maßgebliche Instanzen und Akteure sowie deren Einfluss auf die Berufssozialisation	69
7. b. Berufssozialisatorisch relevante Problemstellungen und Lösungsmöglichkeiten für SchülerInnen.....	73
VII. Ergebnisdarstellung SchülerInneninterviews.....	78
1. Das ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflegeausbildung	78
2. Erste praktische Erfahrungen auf der Station	80
3. Theorie vs. Praxis	81
4. Kontingenz des pflegerischen Handelns	82
5. Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände.....	84
6. Lernen am Modell/ mündliche Nachbesprechung.....	85
7. Vorbilder als Quelle der Motivation.....	87
8. Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station	89
VIII. Diskussion der Ergebnisse.....	91
1. Die Aneignung der Rolle der Pflegeperson – theoretische Generalisierung der Berufssozialisation in der Krankenpflegeausbildung.....	93
2. Das Problem gefühlter Kontingenz und die Funktion von Vorbildern	99
3. Das Problem der Impliztheit expressiver Wissensbestände in der Pflege.....	106
IX. Schlussfolgerungen.....	109
Literatur	116
Anhang.....	120
A. Interviewleitfäden	120
B. Abstract	127
C. Lebenslauf.....	130

Einleitung

Was bei einem Verbandwechsel zu beachten ist, wie man eine Injektion richtig setzt oder wie eine postoperative Mobilisierung adäquat durchzuführen ist, das lernen angehende Pflegepersonen theoretisch in der Krankenpflegeschule und praktisch auf der Station. Sollten die Pflegepersonen im Laufe ihrer Berufsausübung einmal vergessen, wie man diese Dinge korrekt durchführt, können sie bei Bedarf in der diesbezüglichen Literatur nachgelesen oder von einer Berufskollegin erklärt werden. Das ist möglich, weil es sich bei den eben genannten Tätigkeiten um Fertigkeiten handelt, die theoretisch gut beschreibbar und von daher auch kognitiv mehr oder weniger leicht zu erlernen sind. Praktisch erlernt werden jene genannten Handlungsweisen auf der Station. Denn für die Berufsausübung muss man sich selbstverständlich das „Wie“ des Verbandwechselns, Injizierens und des postoperativen Mobilisierens nicht nur theoretisch, sondern ebenso auch praktisch zu eigen machen. Für die Aneignung braucht es Anschauungsmöglichkeiten, eine gute Anleitung und einiges an Übung. Nichtsdestotrotz ist es aber auch auf die gute *theoretische* Beschreibbarkeit jener *praktischen* Fertigkeiten zurückzuführen, wieso deren technische Ausführung standardisiert und im Alltag der Pflege recht eindeutig als adäquat oder inadäquat beurteilt werden kann.

Doch wie lernt man als Pflegeperson jene pflegerischen Fertigkeiten nicht nur in einem *technisch instrumentellen*, sondern auch in einem *sozialen Sinne* richtig zur Anwendung zu bringen? Oder anders formuliert: Woher wissen die Pflegepersonen ihrem Berufstand entsprechend *richtig* mit den PatientInnen in Interaktion zu treten?¹

Sie wissen es, weil es dafür eine bestimmte Berufsrolle gibt: die *Rolle der Pflegeperson*. Die Berufsrolle gibt die entsprechenden Annahmen, Erwartungen und Einstellungen vor, an denen die Pflegepersonen sich in ihrem sozialen Umgang mit den PatientInnen orientieren können. Denn zur Rolle der Pflegeperson gehört nicht nur die Erwartung, dass Schwestern und Pfleger ihre Arbeit sachtechnisch korrekt zu verrichten haben. Sondern auch die Erwartung, dass Pflegepersonen ihre pflegerischen Tätigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt mit den PatientInnen professionell ausführen, zeichnet die Rolle der Pflegeperson aus. Also etwa das Wissen darum, in bestimmten Situation einfühlsam zu sein, zu trösten, den Patienten sachlich und kompetent über einen pflegerelevanten Sachverhalt aufzuklären, oder etwa auch die Wahrung der Intimsphäre in der alltäglichen Praxis. Auch und vor allem das beinhaltet die Rolle der Pflegeperson, die für die Pflegenden selbst und für andere erwartbar macht, wann

¹ ‚Richtig‘ meint hier und im Weiteren einen „Geltungsanspruch“ (Habermas 1981:439), der sich auf die „soziale Welt“ (ebd.). Von daher bezieht sich das, was jeweils als richtig zu verstehen ist, auf die Normen und Werten einer Gruppe oder einer Gesellschaft.

und wie man sich in einer bestimmten Situation mit den PatientInnen in einem sozial richtigen Sinne zu verständigen hat.

Aber auch in Bezug auf die Berufsrolle stellt sich natürlich die grundsätzliche Frage: Woher weiß die Pflegeperson um das Verhalten, das mit den Eigenschaften der Berufsrolle in Zusammenhang zu bringen ist? Denn im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen technisch instrumentellen Wissensbeständen und Handlungsweisen der Pflege, lassen sich die zuletzt beschriebenen *expressiven* und *zwischenmenschlichen* Wissensbestände und Handlungsweisen der Pflege nur schwer beschreiben bzw. in einem Standard festmachen und somit verobjektivieren.

Warum Pflegepersonen dennoch einigermaßen treffsicher um das von ihnen erwartete sozial richtige Verhalten im zwischenmenschlichen Umgang mit den Patienten bescheid wissen, hat mit ihrer beruflichen *Sozialisation* zu tun. Denn in der Krankenpflegeschule und den dazugehörigen Praktika auf den Stationen lernen die PflegeschülerInnen eben nicht nur technisch instrumentelles Wissen adäquat anzuwenden, sondern sie bekommen auch die spezifischen *Annahmen*, *Erwartungen* und *Einstellungen* vermittelt, die mit der beruflichen Krankenpflege in Zusammenhang stehen – wie z.B. sich empathisch den PatientInnen gegenüber zu verhalten oder jenen eine ganzheitliche Betreuung zukommen zu lassen. Jene im Rahmen der *Berufssozialisation* angeeigneten Annahmen, Erwartungen und Einstellungen sind es schlussendlich auch, wieso Pflegepersonen über die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehenden Normen und Werte einigermaßen genau bescheid wissen und diese in der Praxis auch einigermaßen sicher zur Anwendung bringen können.

‚Einigermaßen genau bescheid wissen‘ und ‚einigermaßen sicher zur Anwendung bringen‘ aus dem Grund, weil sich, anders als die technisch instrumentellen Wissensbestände und Handlungsweisen der Pflege, die Annahmen, Erwartungen und Einstellungen in Bezug auf den zwischenmenschlichen Umgang mit den PatientInnen eben gerade *nicht* objektiv festschreiben bzw. standardisieren lassen.

Ferner zeichnet jene *expressiven* und *zwischenmenschlichen* Wissensbestände und Handlungsweisen der Pflege auch der Umstand aus, dass sie kaum in Worte zu fassen sind. Von einer Pflegeperson kann somit zwar verlangt werden – etwa von Seiten der PatientInnen – auf das Leid und die Krankheit anderer empathisch einzugehen. Was jedoch in der konkreten Situation als empathisch zu verstehen ist, das kann theoretisch nur sehr schwer beschrieben werden: *Pflegepersonen tun es einfach*. Und ‚einfach‘ bedeutet in dem Zusammenhang nicht Beliebigkeit, sondern Implizitheit. Also der Umstand, zu wissen, wie man es macht – also z.B.

empathisch zu sein –, ohne jenes praktische Handlungswissen aber konkret beschreiben zu können.

In meiner Diplomarbeit soll gezeigt werden, wie sich PflegeschülerInnen im Rahmen ihrer Berufsausbildung die Rolle der Pflegeperson und die damit in Zusammenhang zu bringenden Erwartungen aneignen. Insbesondere auf die berufssozialisatorischen Problemstellungen, die sich dabei für die Schülerinnen ergeben, soll näher eingegangen werden. Neben einer hinführenden Rekonstruktion des Sozialisationsprozesses soll aus dem Grund im Besonderen untersucht werden, wie die SchülerInnen damit umgehen, dass ihnen in der beruflichen Praxis die Rolle der Pflegeperson in einer Form präsentiert wird, die im weitesten Sinne als nichtverbalisierbar und nichtstandardisierbar zu bezeichnen ist. Ganz im Gegensatz zur Schule, welche die Rolle der Pflegeperson in einer theoretisch konzeptualisierten Art und Weise den SchülerInnen vermittelt.

Wie die SchülerInnen jene Diskrepanzen gewinnbringend überbrücken und wie sie sich trotz Nichtstandardisierbarkeit und Nichtverbalisierbarkeit der in der Praxis zu beobachtenden Rolle der Pflegeperson eine eindeutige pflegerische Identität aneignen, das zu erörtern hat sich die nun folgende Arbeit zur Aufgabe gemacht.

Hierfür wird mit Mitteln der qualitativen Sozialforschung der Frage nachgegangen, wie sich die in Ausbildung befindlichen KrankenpflegeschülerInnen die Rolle der Pflegeperson aneignen, obwohl das Wissen um die Eigenschaften der Berufsrolle in der Praxis über weite Strecken sowohl ein implizites als auch ein nicht standardisiertes ist? Ferner soll gefragt werden, welche Bedeutung der Schule im Rahmen der praktischen Aneignung der Berufsrolle für die SchülerInnen zukommt?

Für die empirische Beantwortung jener Fragestellungen – die im dritten Kapitel noch genauer expliziert werden – wurden von mir ExpertInneninterviews mit vier Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen und einer Praxisanleiterin geführt. Die Interviews wertete ich mit der explizit für ExpertInneninterviews konzipierten Methode von Meuser/Nagl (vgl. 2005) inhaltsanalytisch aus. Ferner wurden von mir vier problemzentrierte Interviews mit Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen im dritten und letzten Ausbildungsjahr geführt. Die Interviews mit den SchülerInnen wertete ich ebenso inhaltsanalytisch aus, diesmal jedoch mit der Methode der Zusammenfassung nach Mayring (vgl. 2003).

Um meiner Forschung einen prozesshaften Charakter zu verleihen, erstellte ich den Leitfaden für die Interviews mit den Schülerinnen aus dem „Betriebswissen“ (Meuser/Nagl 2005: 76) der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, das ich zuvor in den Interviews mit jenen erhoben

und hernach mit der Methode von Meuser/Nagl (vgl. 2005) ausgewertet hatte. Auch wenn meine Arbeit den methodologischen Anspruch erhebt, explorative Forschung zu sein, orientierte ich den Leitfaden für die Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen auch an theoretischen Annahmen, die mir dazu verhalfen, die Fragestellungen meiner Arbeit problemorientierter ausrichten zu können.

Als theoretischen Rahmen diente mir hierfür Polanyis (vgl. 1985) Theorie des impliziten Wissens, um der Nichtverbalisierbarkeit und Nichtstandardisierbarkeit, die mit der Rolle der Pflegeperson in der Praxis einhergehen, theoretisch Ausdruck verleihen zu können. Ferner bezog ich mich auch auf Banduras (vgl. 1976) Theorie sozialen Lernens, die eine gute Vorstellung davon gibt, welchen Problemstellungen die Vermittlung sowohl impliziter als auch nichtstandardisierter Sozialisationsinhalte aufruft.

Was man sich nun unter den nichtstandardisierten und impliziten Wissensbeständen vorstellen kann, die mit der Aneignung der Rolle der Pflegeperson durch die SchülerInnen in der Praxis einhergehen, darüber versucht die nun folgende Problemdarstellung, ebenso wie die Einleitung, hinführend Auskunft zu erteilen (Kap. I). Im Anschluss daran folgt die Darstellung der aus den Problemstellungen meiner Arbeit abgeleiteten Fragestellungen (Kap. II). Der theoretische Bezugsrahmen, in den sich die Fragestellungen meiner Arbeit einordnen, wird im Kap. III vorgestellt werden. Zu betonen gilt es an der Stelle erneut, dass die Theorie Polanyis (vgl. 1985) und die Theorie Banduras (vgl. 1976) den Fragenkontext der leitfadengestützten Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen vorstrukturierten. Auf die methodischen Belange und den Forschungsprozess, der dieser Arbeit zugrunde liegt, wird im fünften Kapitel eingegangen werden. Zuvor folgt im Kap. IV noch eine kursorische Darstellung der praktischen Relevanz des Themas meiner Arbeit. Im Kap. VI und Kap. VII erfolgt, je nach LehrerInnen/PraxisanleiterInnen und SchülerInnen getrennt, die Ergebnisdarstellung meiner empirischen Untersuchung. Das achte Kapitel setzt mit einer recht allgemeinen Darstellung und Diskussion der Ergebnisse meiner Arbeit fort. An der Stelle wird der Sozialisationsprozess und die dabei erfolgende Aneignung der Berufsrolle recht allgemein diskutiert. Erst in den weiteren Abschnitten dieses Kapitels erfolgt dann, ebenso vor dem Hintergrund der maßgeblichen Literatur zum Thema, die Diskussion der beiden spezifischen sozialisatorischen Problemstellungen, die die SchülerInnen im Rahmen ihrer praktischen Berufsausbildung zu bewältigen haben. Das letzte Kapitel meiner Arbeit macht nach einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse auf Implikationen aufmerksam, die sich auf Grund meiner Untersuchung für die sozialisatorische Gestaltung der Praxis ergeben. Abgeschlossen

wird meine Arbeit mit einem kurzen Hinweis auf möglicherweise lohnende Fragestellungen, die sich aus den dargestellten Ergebnissen ableiten lassen. (Kap. IX).

Als nächstes aber die Erörterung der Problemstellung meiner Arbeit, die auf das bisher in der Einleitung Gesagte inhaltlich Bezug nimmt und es für die Präzisierung der Fragestellungen meiner Arbeit weiter zuspitzt.

I. Problemdarstellung

Auf die beiden in der Einleitung genannten Gründe – dass nämlich *die mit der Berufsrolle zu assoziierenden Annahmen, Erwartungen und Einstellungen als implizite und nicht zu standardisierende zu bezeichnen sind* – ist es also zurückzuführen, wieso die Aneignung der Berufsrolle im Zuge der Berufssozialisation für angehende Pflegepersonen zum Problem wird. Denn PflegeschülerInnen wissen zwar, dass sie sich PatientInnen gegenüber einfühlsam, respektvoll, ganzheitlich etc. zu verhalten haben. Welches Verhalten in der Praxis aber tatsächlich einfühlsam, respektvoll oder etwa ganzheitlich ist, das ist theoretisch schwer zu beschreiben und objektiv (als jeweils *eindeutig* falsch oder richtig) kaum zu standardisieren. Von daher wird die Vermittlung des Rollenhandelns für die daran beteiligten Pflegepersonen und LehrerInnen zu einem doppelten Problem. Denn die sich in Ausbildung befindlichen Pflegepersonen wissen es noch nicht, wie man sich den PatientInnen gegenüber als Pflegeperson zwischenmenschlich richtig verhält – SchülerInnen haben sich das aber dennoch anzueignen. Und die schon länger im Berufsleben stehenden Pflegepersonen können darüber verbal kaum Auskunft erteilen – PraxisanleiterInnen und Bezugspflegepersonen haben das aber dennoch pädagogisch zu vermitteln. Aber auch für LehrerInnen ist es schwer, theoretisch abstrakte Konzepte so zu vermitteln, dass dadurch das konkrete interaktive Verhalten mit PatientInnen objektiv beschreibbar würde. Diesbezüglich können auch von Seiten der Schule keine standardisierte Handlungsanweisungen geben werden, wie sich Pflegepersonen in je bestimmten Situationen der Praxis zwischenmenschlich richtig zu verhalten haben – im Gegensatz zu technisch instrumentellen Lehrinhalten, wie etwa die korrekte Durchführung eines Verbandwechsels. Das hat wie gesagt zum einen seinen Grund darin, dass das zwischenmenschlich expressive Wissen um das „Wie“ der Pflegerolle ein implizites ist: Man weiß es, kann es aber nicht in der Art kommunizieren, dass andere es dann ebenso wüssten. Ganz zu schweigen von dessen beruflich adäquater Umsetzung. Und zum anderen hat es seinen Grund darin, dass eine Standardisierung jener Wissensbestände nur schwer möglich ist.

Praktisch gelöst wird das *Problem der Berufssozialisation* aber dadurch, dass die bereits ausgebildeten und berufserfahrenen Pflegepersonen ihre Rolle den SchülerInnen auf der Station als praktisches Modell veranschaulichen. Und die Auszubildenden können dabei zusehen und, sie können *am Modell lernen, welche* Annahmen, Einstellungen und

Erwartungen mit der Rolle der Pflegeperson verknüpft sind und *wie* diese je *situationsangepasst* auszuführen sind.

Jene eben bzw. in der Einleitung dargebrachten berufssozialisatorischen Überlegungen zum Problemkontext meiner Arbeit beziehen sich in ihrer theoretischen Stoßrichtung primär auf die von Benner (vgl. 1994) pflegewissenschaftlich diskutierte Unterscheidung von „theoretischem Wissen“ und „praktischem Wissen“ (ebd.: 26). Diesbezüglich hält sie fest, dass unter *theoretischem Wissen* ein „Was-Wissen“ (ebd.: 280) zu verstehen ist, mit Hilfe dessen „[...] formale Aussagen über Wechselwirkungen und Kausalbeziehungen zwischen Ereignissen“ (ebd.) recht eindeutig beschrieben werden können. Im Unterschied dazu spricht Benner in Anlehnung an Kuhn (vgl. 1973) und Polanyi (vgl. 1985) aber auch von einem *praktischen Wissen* in der Pflege, das sich durch ein „Wie-Wissen“ (ebd.: 279) auszeichnet. Letztgenanntes kann nur im Rahmen des Handelns erworben werden. Auch ist das praktische Wissen nicht direkt erklärbar, da es sich hierbei um das Wissen um „Fähigkeiten“ handelt, „[...] über deren zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten sich niemand völlig im klaren ist“ (ebd.).² Als anschauliche Beispiele sind in dem Zusammenhang Schwimmen und Radfahren zu nennen. Denn auch wenn man praktisch weiß, wie jene Tätigkeiten auszuführen sind, sind sie theoretisch nur schwer zu erfassen. In diesem Zusammenhang nennt Benner (vgl. ebd.: 27ff) als einen Aspekt des praktischen Wissens auch „Annahmen, Erwartungen und Einstellungen“ (ebd.: 30) einer Pflegepersonen. Auch diese können nur schwer beschrieben werden, verhelfen den Pflegepersonen in der Praxis aber oftmals dazu, Situationen richtig einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen adäquat zu setzen.

Da sich die dem praktischen Wissen zugeordneten Annahmen, Erwartungen und Einstellungen einer Pflegeperson in der von ihr verkörperten Berufsrolle verdichten, beziehen sich die Überlegungen zum Problemkontext meiner Arbeit auch auf das Konzept der *Rolle der Pflegeperson*. Diesbezüglich geht Swertz (1970: 72f) davon aus, die Rolle der Pflegeperson bediene vier verschiedene „*pflegerische Funktionen*“. Benennen tut er diese mit: „physische (körperliche) Pflege“, „gefühlsmäßige Unterstützung des Patienten“, „Erziehung des Patienten“ und „Vermittlung zwischen Patient und Arzt und zwischen Patient und Organisation des Krankenhauses“ (ebd.). Ferner macht Smith (vgl. 1981: 84) in seiner Definition der Rolle der Pflegeperson besonders auf die handlungsanleitenden ethische

² In Kritik an Benners Reduktion der Wissensformen der Pflege auf lediglich zwei Formen siehe Mantzoukas/Jasper (vgl. 2008) und deren Vorschlag, nicht nur zwischen theoretischem und praktischem Wissen zu diskriminieren, sondern vielmehr zwischen den Wissenstypen: persönlich praktisches-, theoretisches-, prozessorientiertes-, stationskulturspezifisches- und reflexives Wissen (vgl. ebd.: 321ff).

Aspekte und die spezifischen pflegerischen Codes aufmerksam, an welchen sich die Pflegepersonen in ihrer Berufsausübung zu orientieren haben. Letztere Definition weist insbesondere auf die verhaltensregulierende Funktion hin, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergeht. Wohingegen in ersterer Definition den zwischenmenschlich expressiven Bestandteilen der Rolle der Pflegeperson einiges an Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Daraus ist zu schließen, dass die Codes und Ethiken der Rolle der Pflegeperson auch die zwischenmenschlich expressiven Verhaltensweisen von Pflegepersonen regulieren. Worunter auch die Aspekte: Annahmen, Erwartungen und Einstellungen fallen, welche Benner dem praktischen Wissen zuordnet. Doch wie eignen sich die Pflegepersonen ihre Berufsrolle an?

Diese Frage berührt einen Problemkontext, der auch im Rahmen pflegewissenschaftlicher Untersuchungen unter dem Stichwort *Berufssozialisation* abgehandelt wird. Howkins/Ewans (vgl. 1999: 42) zur Folge ist unter der Berufssozialisation in der Krankenpflege ein Vorgang zu verstehen, im Rahmen dessen man nicht nur pflegespezifische Fertigkeiten und Verhaltensweisen lernt. Sondern Berufssozialisation in der Krankenpflege bedeutet auch, sich die *Werte* und *Normen* anzueignen, die fundamental sind für das Wissen um und das Verstehen von Pflege.

Wie man sich die Rolle der Pflegeperson im Zuge der Sozialisation aber konkret aneignet, das wird in der entsprechenden Literatur zumeist mit einem Verweis auf ein Lernen an *Modellen* (role models) beschrieben (vgl. du Toit 1995: 66). So auch Perry (2008: 37), sich auf Belinsky/Tataronis (2007) beziehend: „role models teach professional thinking, behaviors and attitudes“. Doch *wer* sind nun die Modelle bzw. Vorbilder, die sozialisatorisch für die Aneignung der Werte und Normen, so wie sie die Berufsrolle der Pflegeperson bündelt, herangezogen werden?

Darauf gibt Smith (1981: 84) die Antwort: „Some of the aspects are taught by teachers, others are absorbed by imitating experienced professional nurses such as ward sisters and nursing officers who are the nursing student’s role models.“ Und obwohl Davis (vgl. 1993: 628) darauf aufmerksam macht, dass sich das Lernen an Modellen im Rahmen der Berufssozialisation hauptsächlich im klinischen Alltag abspielt, erweist es sich in dem Zusammenhang aber dennoch problematisch, dass den SchülerInnen im Zuge ihrer umfassenden beruflichen Sozialisation von den unterschiedlichen Modellen *unterschiedliche sozialisatorische Inhalte* dargeboten werden: „[S]tudies have shown that the teaching staff and the trained ward staff do not present the learners with a uniform approach to their professional socialisation.“ (Wilson/Startup 1991: 1478f).

Das Gesagte bedeutet nun, dass die PflegeschülerInnen die Normen und Werte ihres Berufsstandes weitestgehend an Modellen lernen, denen sie in ihrer Ausbildung begegnen. Vor allem die Modelle auf den Stationen sind hierbei von großer Bedeutung. Dadurch kann theoretisch nachgezeichnet werden, wie sich die SchülerInnen im Rahmen ihrer Berufssozialisation die Rolle der Pflegeperson aneignen. Die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehenden Annahmen, Erwartungen und Einstellungen verhelfen den PflegeschülerInnen schlussendlich auch dazu, sich in der Interaktion mit den PatientInnen an bestimmten Erwartungen orientieren zu können. Dadurch wissen Pflegepersonen praktisch, wie sie sozial richtig mit den PatientInnen zu interagieren haben.

Unklar bleibt in der themenspezifischen Literatur aber, wie die SchülerInnen damit umgehen, dass ihnen in ihrer Ausbildung recht unterschiedliche Modelle und somit folglich auch recht unterschiedliche Sozialisationsinhalte präsentiert werden. Ferner wird in der entsprechenden Literatur kaum darüber berichtet, wie sich die Vermittlung der Normen und Werte konkret vollzieht. Wie, das heißt mit Hilfe welcher Vermittlungsmodi sich die SchülerInnen die zu sozialisierenden Inhalte von den Modellen konkret aneignen. Bedarf besteht diesbezüglich natürlich insbesondere deshalb, weil es sich lt. Benner (vgl. 1994: 30f) bei Annahmen, Erwartungen und Einstellungen ja um praktisches Wissen handelt, worüber nicht einfach verbal oder schriftlich kommuniziert werden kann. Am Beispiel der sozialisatorischen Vermittlung des ebenso impliziten Handlungswissens (craft knowledge) zeichnet Perry (vgl. 2008) jedoch einen möglichen Weg vor, wie sich auch die Aneignung praktischer Wissensbestände in der Krankenpflegeausbildung theoretisch beschreiben lässt.³ Hierfür greift sie auf Banduras (vgl. 1976) *sozial kognitive Lerntheorie* zurück. An Hand jener beschreibt sie in ihrer Studie, wie KrankenpflegeschülerInnen auch implizite Wissensbestände an Modellen erlernen können. Ein Weg, den meine Arbeit am Beispiel impliziter Annahmen, Erwartungen und Einstellungen rund um die Aneignung der Berufsrolle durch PflegeschülerInnen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung ebenso versucht zu beschreiten.

³ Erwähnenswert ist die Untersuchung Perry vor allem aus dem Grund, weil in der von Walter (vgl. 1991: 185ff) und Regitschnig (vgl. 1999 u. 2002) getätigten Sichtung der Literatur zum Thema berufliche Sozialisation besonders auffällt, dass sowohl die allgemeinen sozialisationstheoretischen Erörterungen als auch jene, die sich mit der Krankenpflegeausbildung im Speziellen beschäftigen, sich nur mit den Sozialisationsinhalten, also dem „Was“ – und seiner Konsequenzen für die Persönlichkeit – auseinandersetzen. Nicht aber mit dem „Wie“ der Sozialisation. So auch die Ergebnisse ihrer eigenen empirischen Untersuchungen (vgl. Walter vgl. 1991: 277ff; Regitschnig 1999: 221ff u. 2002: 360ff).

Diesbezüglich ergeben sich aus dem eben dargestellten *Problemkontext* nun *zwei zentrale Unklarheiten*, die es gilt im nächsten Kapitel meiner Arbeit in eine forschungsanleitende Form zu bringen:

1. Mit Hilfe welchen Prozesses eignen sich PflegeschülerInnen die Rolle der Pflegeperson am Modell an?
2. Wie gehen PflegeschülerInnen im Rahmen ihrer Berufssozialisation damit um, dass ihnen in ihrer Ausbildung unterschiedliche Modelle und von daher auch unterschiedliche sozialisatorische Inhalte präsentiert werden?

II. Forschungsfragen

Auch wenn es meiner Diplomarbeit thematisch um die Rolle der Pflegeperson zu tun ist, die den SchülerInnen eine Orientierung an die Hand gibt, wie sie sich als angehende Pflegepersonen pflegerisch richtig zu verhalten haben, zielt das Forschungsinteresse meiner Arbeit *nicht* darauf ab, herauszufinden, was denn nun das sozial richtige Verhalten einer Pflegeperson sei. Vielmehr soll es viel grundsätzlicher darum gehen, zu fragen, *wie sich die in Ausbildung befindlichen Pflegepersonen ihre Berufsrolle aneignen?* Und das, obwohl zum einen die Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson in Zusammenhang stehen, *nur schwer in Worte zu fassen* sind und zum anderen, das von den Modellen praktisch *vorgezeigte Verhalten nicht einheitlich dargeboten* wird.

Da die Berufssozialisation, im Rahmen derer sich die SchülerInnen die Berufsrolle aneignen, weitestgehend in der praktischen Ausbildung vonstatten geht (vgl. Davis 1993: 628), richtet sich das Hauptaugenmerk meiner Forschung insbesondere auf die Praktika der SchülerInnen. Es soll also in erster Linie untersucht werden, wie sich die Berufssozialisation der PflegeschülerInnen im Setting der Station vollzieht. Selbstverständlich werden aber auch die sozialisatorischen Bemühungen der Schule als wichtige Umweltbedingung mituntersucht werden.

Ferner soll der recht spezifischen Frage nachgegangen werden, welcher Bedeutung bei dieser Rollenaneignung im Rahmen der praktischen Berufsausbildung dem Lernen an *Modellen* zukommt. Denn wenn die hier vertretene theoretische Annahme richtig ist, dass über das „Wie“ der Berufsrolle – also über deren Performanz – nur schwer verbal Auskunft zu erteilen ist, bedarf es eines *Vermittlungsmodus*, der verbal Latentes dennoch manifest werden lässt. Diesbezüglich soll in meiner Diplomarbeit empirisch untersucht werden, inwieweit das „Lernen am Modell“ (vgl. Bandura 1976) diese *sozialisatorische Vermittlungslücke* zu schließen vermag. Speziell die Frage, wie die Berufsrolle als solche erkannt wird und wie sie sich von den SchülerInnen aneignen lässt, soll den zentralen Forschungsgesichtspunkt meiner Arbeit ausmachen, an dem sich dann jeweils spezifischere Fragen anknüpfen lassen:

Etwa die Frage nach den Kriterien, anhand derer die jeweiligen Modelle von den Pflegeschülern und Pflegeschülerinnen ausgewählt werden – und das nicht nur im Sinne eines positiven, also nachahmenswerten Modells, um daran die Berufsrolle zu erlernen, sondern auch eines negativen, an dem ebenso zu lernen ist, was vermieden werden sollte. Variablen wie Ähnlichkeit, Sympathie, Auswahlmöglichkeit, Prestige, Karriereüberlegungen oder Macht sind hierbei als mögliche Kandidaten zu nennen. Insbesondere aber der Geschlechteraspekt

könnte von besonderer Relevanz sein, um der Frage nachzugehen, unter welchem Gesichtspunkt wer von wem für die Funktion der Nachahmung herangezogen wird. Auch soll tentativ danach gefragt werden, welche biographischen Aspekte tendenziell dafür verantwortlich sind, nach welchen Kriterien die Vorbilder herangezogen werden.

Ebenso soll untersucht werden, welche Rolle die PflegeschülerInnen höherer Jahrgänge für das Lernen am Modell in Bezug auf die Rolle der Pflegeperson spielen. Daran anknüpfend müsste natürlich auch bedacht werden, dass der Pflegeschüler bzw. die Pflegeschülerin selbst wiederum Rollen verkörpern, die von jener der Pflegeperson zu unterscheiden sind.

Weiters soll auch auf die Verstärkerfunktion der PatientInnen eingegangen werden. Denn auch an ihnen können die rollenlernenden SchülerInnen beobachten, welches pflegerische Verhalten im Umgang mit den PatientInnen adäquat ist und welches nicht. Der Triade: ausgebildete Pflegeperson, PatientIn, PflegeschülerIn kommt demnach eine prominente Stellung in meiner Forschung zu, da insbesondere an ihr der Zusammenhang des Verstärkens von Verhaltensweisen, die Auswahl des Modells und die entsprechende Aneignung der Berufsrolle zu beobachten ist. Gleiches wäre auch für die Interaktion mit anderen medizinischen Berufsgruppen zu bemerken. Auch an ihnen kann studiert werden, wie das Lernen am Modell sich im Detail vollzieht, nach welchen Kriterien die Vorbilder ausgesucht, und welche Annahmen, Erwartungen und Einstellungen dann in die je eigene Vorstellung der Rolle der Pflegeperson eingebaut oder verworfen werden.

Das *triadische Lernmodell in der klinischen Pflegeausbildung*, also die Beobachtung der SchülerIn, wie eine Pflegeperson sich PatientInnen gegenüber verhält und wie wiederum die PatientInnen darauf reagieren, soll als theoretisch vorab konstruiertes Beobachtungsschema empirisch aber auch darüber Auskunft geben, wie PflegeschülerInnen im Rahmen ihrer Berufssozialisation mit unterschiedlichen Beobachtungen in der Praxis umgehen. Diesbezüglich soll im Rahmen meiner Arbeit also auch erörtert werden, welche Strategien die SchülerInnen entwickeln, wie sie mit unterschiedlichen Modellen und verschiedenen sozialisatorischen Inhalten umzugehen haben, um sich selbst eine möglichst konsistente und eindeutige Rolle aneignen zu können.

In einem weiteren Fragenkomplex soll dann ebenso untersucht werden, ob die praktische Ausbildungsstätte als *Organisation* – vorzugsweise also das Krankenhaus – dem Lernen am Modell Rechnung trägt, bzw. welche anderen pädagogischen Vorstellungen darüber vorherrschen, wie eine Konstitution der Berufsrolle in der praktischen Ausbildung gelingen kann. An der Stelle soll dann auch untersucht werden, inwieweit die in der Schule stattfindende theoretische Ausbildung zur Pflegeperson für die Konstitution und Aneignung

der Rolle der Pflegeperson von Relevanz ist. Das hat mitunter den Grund, im Kontrast dazu, die praktischen Aspekte der Berufssozialisation auf den Stationen möglicherweise deutlicher hervortreten zu lassen.

In diesem Sinne ergeben sich nun folgende *Forschungsfragen*, dargestellt in einer hierarchischen Gliederung:

1. Wie eignen sich die in Ausbildung befindlichen KrankenpflegeschülerInnen die Berufsrolle der Pflegeperson an? Und wie tun sie das, obwohl das Wissen um die Eigenschaften der Berufsrolle in der Praxis über weite Strecken sowohl ein implizites als auch ein nicht standardisiertes ist?
2. Welche spezielle Rolle spielt die praktische Ausbildung auf den Stationen für die SchülerInnen und deren sozialisatorische Aneignung der Berufsrolle?
3. Welcher Bedeutung kommt im Rahmen der Berufssozialisation dem Modus des Lernens am Modell zu? Ist das Lernen am Modell jener Vermittlungsmodus, mit Hilfe dessen sich die SchülerInnen auch jene impliziten und nicht standardisierten Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson zu tun haben, im Rahmen der praktischen Berufsausbildung auf den Stationen aneignen können?
 - a) Welcher Bedeutung spielen dabei positive und negative Vorbilder, um an ihrem Modell zu lernen?
 - b) Anhand welcher Kriterien werden die Modelle ausgewählt?
 - c) Welche Rolle spielt in Bezug auf das Lernen am Modell der organisierte Kontext des Krankenhauses bzw. welche Rolle spielt diesbezüglich die theoretische Ausbildung in der Schule?

In Bezug auf die eben gebrachte Problemdarstellung meiner Arbeit und die im Anschluss daran geleistete Konkretisierung der entsprechenden Forschungsfragen sollen nun im nächsten Kapitel theoretische Überlegungen angestellt werden, die meiner empirischen Untersuchung beobachtungsanleitend zugrunde liegen.

III. Theoretische Vorüberlegungen

Worum es in dem nun folgenden Kapitel gehen wird, ist eine theoretisch begriffliche Untermauerung der Fragen und der forschungsanleitenden Beobachtungsweisen meiner Diplomarbeit. Aber auch die Thesen, die sich für den empirischen Teil meiner Forschung ergaben, gründeten sich in ihrer Wissenschaftlichkeit auf theoretische Überlegungen, über welche dieses Kapitel versucht nähere Auskunft zu geben. So gehe ich forschungstechnisch etwa davon aus, dass eine Internalisierung der impliziten Eigenschaften der Berufsrolle im Rahmen der praktischen Berufsausbildung zur Pflegeperson über ein Lernen am Modell wissenschaftlich adäquat beschrieben werden kann. Wie noch zu zeigen sein wird, bietet die Theorie des „sozialen Lernens“ bei Bandura (1976) hierfür das nötige Beobachtungsinstrumentarium, um die Vermittlung und Aneignung praktischer, und von daher impliziter Sozialisationsinhalte wissenschaftlich beobachtbar und rekonstruierbar zu machen. Dem vorgelagert kann mit Hilfe der Theorie des „impliziten Wissens“ von Polanyi (1985) jedoch auch sehr formal dargestellt werden, auf welches Problem das Lernen am Modell in diesem Zusammenhang zu reagieren hat: nämlich die Schwierigkeit, den PflegeschülerInnen theoretisch zu vermitteln, was die Rolle der Pflegeperson praktisch zu leisten hat. Denn das Postulat Polanyis (1985: 14), „[...] *dass wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen*“, trifft meines Erachtens besonders auf die Rolle der Pflegeperson zu, da diese sich *auch* aus verinnerlichten Handlungsweisen, Erfahrungen und einem Wertesystem konstituiert, die in einem *praktischen Lernprozess* erworben werden, und auch wiederum nur so an andere vermittelt werden können. Wie die Vermittlung der Berufsrolle an PflegeschülerInnen im Rahmen eines praktischen Lernprozesses qua Beobachtung und mit dem Ziel der Verinnerlichung des praktischen Wissens rund um die Rolle der Pflegeperson vonstatten geht, das wiederum erklärt die Theorie des sozialen Lernens von Bandura. Die Theorie des sozialen Lernens und des impliziten Wissens stützen und ergänzen sich also gegenseitig in ihrer theoretischen Konzeptualisierung und forschungsspezifischen Argumentation.

Auch ist die Theorie des sozialen Lernens gut kompatibel mit den Erkenntnissen bestimmter Traditionen innerhalb der Sozialisationsforschung (vgl. Hurrelmann 1993: 26), die ebenso wie die Lerntheorie Banduras davon ausgehen, dass der Prozess der persönlichen Aneignung von Sozialisationsinhalten nicht einer Verhaltensdetermination von außen gleichkommt. Vielmehr ist unter der Sozialisation ein aktiver Prozess zu verstehen, bei dem sich die zu sozialisierenden SchülerInnen mit den sozialen Gegebenheiten der Umwelt interaktiv auseinandersetzen und nur sehr selektiv bestimmte Denk- und Handlungsweisen

verinnerlichen (vgl. Bandura 1976a: 218; Hurrelmann 1994: 65). Doch ich greife vor. Nun die Darstellung der Theorie des impliziten Wissens Polanyis, der Sozialisationstheorie Hurrelmanns und der Theorie des sozialen Lernens Banduras. Als nächster Schritt folgt dann die knappe Darstellung jener Thesen, die meine empirischen Untersuchung, parallel zu den Forschungsfragen, orientierten. Weshalb diese Thesen meine Untersuchung aber nicht zugleich auch inhaltlich determinierten, darum ist es mir im übernächsten Kapitel zu tun, im Rahmen dessen das von mir gewählte methodisches Vorgehen näher erläutert wird und auch über den damit einhergehenden Forschungsprozess genauer Auskunft gegeben wird.

III. 1. Polanyis Theorie des „impliziten Wissens“: implizite Wissensbestände in der Pflege

Das Polanyis Theorie des impliziten Wissens keine Theorie über Wissen ist, sondern eine „[...] Theorie des Erkennens und des Tuns, insbesondere auch des Verstehens und Lernens“, darauf macht Neuweg (2001: 134) aufmerksam.⁴ So bezeichnet Neuweg (ebd.: 135) die Theorie Polanyis m.E. sehr treffend als „Phänomenologie des Könnens“, die nach dem Wesen des Wissens fragt, das dem Handeln zugrunde liegt.

Im nun Folgenden soll die Theorie des impliziten Wissens anhand der Punkte: *Nichtverbalisierbarkeit* (1), *Nicht-Formalisierbarkeit* (2) und *Erfahrungsgebundenheit des Wissens* (3) erläutert werden, um die Spezifik des Wissens rund um die Rolle der Pflegeperson begrifflich beschreibbar zu machen. Ferner soll die akzentuierte Darstellung der Theorie Polanyis darauf vorbereiten, die Probleme, die mit dem Wissen um die Rolle der Pflegeperson einhergehen, sozialisationstheoretisch besser fassen und mit der Theorie des sozialen Lernens theoretisch besser auflösen zu können.

(1) Der Punkt der „Nichtverbalisierbarkeit“ (Neuweg 2001: 16) des impliziten Wissens bezieht sich auf Polanyis (1985: 14) wohl bekannteste These, in der er davon ausgeht, dass „[...] *wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen*“. Darunter ist zu verstehen, dass das Meiste, was wir kennen oder wissen, „[...] nicht in Worte gefasst werden [kann]“ (ebd.). Diesbezüglich gibt Polanyi (vgl. ebd.) das Beispiel, man könne ein bekanntes Gesicht aus einer Million anderer Gesichter wiedererkennen. Jedoch könne man für gewöhnlich nicht sagen, *wie* man bekannte Gesichter wiedererkennen kann. Das bedeutet, man kann nicht sagen, warum man es kann. Aber dennoch kann man es. Von daher meint die Rede vom impliziten Wissen auch ein

⁴ Vgl. zu dem Punkt auch Thobe (2003: 81), die ebenso der Theorie Polanyis attestiert, nicht primär eine Theorie des Wissens, sondern eine „[...] Theorie des Handelns, Bewusstseins, Erkennens und Lernens“ (ebd.) zu sein.

„nichtberichtbares Wissen“ (Foppa 1990; zit. n.: Neuweg 2001: 16), das zwar im Tun gegeben ist und jenes anleitet, gleichzeitig aber nicht diskursiv zu machen ist, i.e. nicht verbalisierbar ist. Seinen Grund hat das darin, dass im Rahmen des Umgangs mit implizitem Wissen die *Aufmerksamkeit* „[...] von etwas auf etwas anderes“ (Thobe 2003: 81) gerichtet wird, um dadurch effizienter Informationen verarbeiten zu können. Um beim Beispiel des Erkennens eines bekannten Gesichts zu bleiben, verlagert sich im Zuge der entsprechenden Informationsverarbeitung die Aufmerksamkeit von den einzelnen Gesichtszügen und deren Charakteristika auf das Gesicht „[...] als Ganzes und nicht dessen einzelne Merkmale“ (ebd.: 82): „Wir richten unsere Aufmerksamkeit *von* diesen einzelnen Merkmalen *auf* das Gesicht und sind darum außerstande, diese Merkmale im einzelnen anzugeben“ (Polanyi 1962; zit. n.: Thobe 2003: 82). Um aber überhaupt das Ganze als Einheit erkennen zu können, müssen die einzelnen Bestandteile miteinander integriert werden. Da jene „*Integrationsleistung*“ (Thobe 2003: 83) eine implizite ist, kann nicht darüber berichtet werden, wie man von den Teilen auf das Ganze schließt. Jedoch ist das Ergebnis jener Integrationsleistung eine Form expliziten Wissens, da sich nun auf jenes die ganze Aufmerksamkeit richtet. Diesbezüglich kann das Ergebnis auch in Worte gefasst werden. Um das Beispiel des Gesichtes erneut zu bemühen: Man kann sagen, dass einem ein Gesicht bekannt vorkommt. Wie es dazu kam, darüber kann wie angeführt jedoch keine adäquate Auskunft erteilt werden. Daher lässt sich implizites Wissen nicht angeben, „[...] es zeigt sich aber im Verhalten und liegt dem expliziten Wissen zugrunde“ (ebd.: 83).

Aus dem Grund unterscheidet sich implizites Wissen von Faktenwissen in einem entscheidenden Punkt: „Es [gemeint ist implizites Wissen; Anm. S.K.] ist nicht benennbar, nicht explizierbar. Es ist nicht-explizit“ (Heitmann 2006: 10). Denn: „Mit explizitem Wissen ist zugängliches, darstellbares Wissen gemeint. Es kann über Sprache transportiert werden“ (ebd.: 17). Im Unterschied zum impliziten Wissen, das wie gesagt eine „Kompetenz“ meint, „[...] die sich im Denken, Handeln und Urteilen zeigt, aber unzugänglich erscheint und sich nicht in Wörtern, Zahlen oder Symbolen darstellen lässt“ (ebd.: 17f).

Die Rolle der Pflegeperson betreffend kann demnach ein bestimmtes Verhalten zwar als empathisch beschrieben und somit auch explizit als solches deklariert werden: „Sie ist sehr empathisch im Umgang mit den PatientInnen!“ Was jenes empathische Verhalten aber zu einem solchen gemacht hat, darüber kann von der entsprechenden Pflegeperson nur schwer Auskunft erteilt werden: „Wie ich das gemacht habe? Das weiß ich nicht, ich habe einfach

versucht empathisch zu sein!“ wäre diesbezüglich eine typische Antwort.⁵ Das bedeutet, dass wir etwas tun können – etwa empathisch zu jemanden sein –, aber „[...] wir können nicht sagen, *wie* wir das können“ (Polanyi 1985: 14). Das ist also in Bezug auf die Rolle der Pflegeperson und deren expressiven zwischenmenschlichen Bestandteilen gemeint, wenn im Weiteren von dessen Nichtverbalisierbarkeit die Rede sein wird.

(2) Der zweite wichtige Punkt Polanyis zum impliziten Wissen ist dessen „Nicht-Formalisierbarkeit“ (Neuweg 2001: 17). Jener Punkt bezieht sich nicht so sehr auf die Nichtverbalisierbarkeit oder die fehlende Bewusstheit impliziten Wissens, sondern darauf, dass „[...] menschliches Können, insbesondere Expertise, in seiner Flexibilität über Regeln überhaupt nicht angemessen beschrieben und daher durch die – bewusste oder unbewusste – Befolgung von Regeln auch nicht erklärt werden kann“ (ebd.: 18).⁶ Das bedeutet nun, dass ein sich an impliziten Wissensbeständen orientierendes Handeln nicht durch festgelegte Regeln standardisiert werden kann. Somit lässt sich ein solches Handeln auch nicht in der Befolgung von Regeln durch andere reproduzieren. Denn das Tun von ExpertInnen zeichnet sich eben gerade nicht durch das strikte Einhalten von Regeln aus. Von daher wäre eine Standardisierung des Handelns von ExpertInnen für ein erfolgreiches Handeln oftmals auch kontraproduktiv.⁷

In Bezug auf die Rolle der Pflegeperson und das Beispiel der Empathie würde das bedeuten, dass regelgeleitetes empathisches Handeln von Pflegepersonen schnell als mechanisch oder gar entmenschlicht kritisiert werden würde – trotz möglicherweise guter Absichten. Doch nicht nur das: die strikte Befolgung von standardisierten Regeln unterbindet das erfolgreiche Expertenhandeln.

(3) Der letzte Punkt, mit Hilfe dessen implizites Wissen zu erläutern ist, betrifft dessen „Erfahrungsgebundenheit“ (ebd.: 19). Damit ist gemeint, dass man mitunter über sein Tun berichten kann, aber man kann sein Tun anderen Personen nicht in einer Form kommunizieren, damit diese dann das Gleiche tun könnten. (vgl. ebd.). Denn implizites Wissen ist in seiner Konstitution an Erfahrungen gebunden, die im *praktischen Tun* gemacht

⁵ Eine theoretisch motivierte Antwort darauf, was es bedeutet, in der Pflege empathisch zu sein, gibt Zderad (vgl. 1997). Auch wenn es interessant ist zu lesen ist, tatsächlich empathisch wird man auch nicht durch die Lektüre. Denn das Wissen um Empathie ist ein praktisches, und von daher auch ein implizites.

⁶ Das Thema Beners (vgl. 1994)

⁷ Neuweg (vgl. 2001: 18) weist an der Stelle auf den Unterschied des Experten zum Pedanten hin. Denn Pedanterie zeichnet sich im Gegensatz zur Expertise gerade durch ihre strikte Befolgung von Regeln aus. Und genau deshalb wird Pedanterie niemals meisterlich sein. Wie ExpertInnen mit Hilfe der Theorie Polanyis zu definieren sind, zeigt Heitmann (2006: 19) vor: „Experten zeichnen sich dadurch aus, dass sie – neben ihrem Faktenwissen – über Erfahrungen verfügen und dabei implizites, nicht mitteilbares Wissen nutzen.“

werden. Von daher ist für die Aneignung impliziten Wissens die Bedeutung „praktischer Lern- und Erfahrungsfelder“ (ebd.: 20) nicht hoch genug einzuschätzen. Betont wird von Polanyi (vgl. 1985: 15) in dem Zusammenhang auch das *Vorzeigen*. Denn auch das Vorzeigen schafft eine Lernsituation, in der praktische Erfahrungen gemacht werden können. Besondere Bedeutung für den Transfer und die Aneignung impliziten Wissens kommt auch der „[...] direkten Interaktion zwischen Wissensträger und Wissenssucher“ (Neuweg 2001: 20) zu.

Daraus folgt nun für die impliziten Wissensbestände der Rolle der Pflegeperson, dargestellt am Beispiel von Empathie, dass es für die Aneignung empathischen Verhaltens auf Situationen in der Praxis ankommt, in denen die SchülerInnen empathisches Verhalten tatsächlich vorgezeigt bekommen. Ferner kommt es auch darauf an, dass die SchülerInnen das Vorgezeigte selbst zur Anwendung bringen können. Nur so ist der Theorie Polanyis zur Folge eine Aneignung impliziter Wissensbestände möglich.

Weshalb die *direkte Interaktion* für die sozialisatorische Aneignung impliziten Wissens ebenso von großer Relevanz ist, darüber wird unter anderem im nächsten Abschnitt die Rede sein, in dem die Sozialisationstheorie Hurrelmann (vgl. 1994) dargestellt wird. Im Anschluss daran erfolgt dann die Vorstellung der Lerntheorie Banduras (vgl. 1976), mit Hilfe derer theoretisch gezeigt werden kann, wie man sich im Rahmen der Sozialisation als PflegeschülerIn implizite Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson im Modus des Lernens am Modell konkret aneignen kann.

III. 2. Hurrelmanns Sozialisationskonzept: die Aneignung der Berufsrolle

Recht allgemein formuliert ist unter dem Begriff *Sozialisation* die Gesamtheit jener Vorgänge zu verstehen, bei denen ein „[...] Einzelmensch zu einem aktiven Angehörigen einer Gesellschaft und Kultur wird“ (Hillmann 1994: 805). Das geschieht dadurch, dass die Individuen im Rahmen ihrer Sozialisation genau jene Werte, Verhaltenserwartungen und sozialen Rollen übernehmen und verinnerlichen (sprich: internalisieren), die eine soziale Gruppe oder eine Gesellschaft auszeichnen. Im Zuge dessen entwickeln die Individuen eine „handlungsfähige Persönlichkeit“ (ebd.), weil sie wissen, welches Verhalten von ihnen in welchen Situationen erwartet wird. Jedoch auch das Wissen darum, wie sich *andere* Personen in Interaktionen zu verhalten haben, das vermittelt die Sozialisation den Mitgliedern einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe. Von daher erklärt das Sozialisationskonzept auch, wie das Soziale zwischen Individuum und Gesellschaft vermittelt. Vor allem auf die sozialen Rollen kommt es hierbei an. Denn die mit der sozialen Rolle einhergehenden Verhaltenserwartungen

führen dazu, dass das Verhalten der Individuen sich an den Normen und Werten einer Gesellschaft ausrichtet (vgl. ebd.). So wird von der Rolle der PatientInnen etwa normativ erwartet, sich bei Krankheit professionelle medizinische Hilfe zukommen zu lassen und selbst aktiv daran mitzuarbeiten, wieder gesund zu werden (vgl. Giddens 2006: 268). Die Aneignung des Wissens um die Normen und Werte, die mit Krankheit einhergehen, geschieht im Rahmen der Sozialisation. Aber auch das Wissen um die damit in Zusammenhang stehende Rolle der PatientIn, die das entsprechende Verhalten von kranken Personen über Erwartungen reguliert, internalisieren die Individuen im Rahmen ihrer Sozialisation. Insofern kann auch die Interaktion zwischen PatientInnen und Ärztinnen über die entsprechenden Rollen und den damit einhergehenden Verhaltenserwartungen wissenschaftlich beschrieben werden (vgl. Parsons 1952, 439ff). Denn: „Soziale Rollen sind Bündel von Erwartungen, die sich in einer gegebenen Gesellschaft an das Verhalten der Träger von Positionen knüpfen“ (Dahrendorf 1971: 33). Das bedeutet, wenn man etwa mit Pflegepersonen zu tun hat, man annimmt, dass diese sich in einer bestimmten Art und Weise verhalten, weil man dieses Verhalten mit der Position verknüpft, welche die entsprechende Person in ihrer Rolle als Pflegeperson verkörpert.⁸

Wie sich Personen ihre *beruflichen Rolle* aneignen, das kann recht allgemein unter dem Konzept der sekundären Sozialisation, respektive dem der Berufssozialisation erläutert werden. Unter einer sekundären Sozialisation ist „[...] der Erwerb von rollenspezifischem Wissen“ gemeint, „[...] wobei die Rollen direkt oder indirekt von der Arbeitsteiligkeit herkommen“ (Berger/Luckmann 2003: 149). Jene Definition besagt jedoch nicht nur, dass es über eine sekundäre Sozialisation zu einer Pluralisierung der Rollen kommt, sondern auch, dass sich die Normen, Werte und sozialen Rollen der modernen Gesellschaft arbeitsteilig ausdifferenzieren: Es gibt die Rolle der Rechtsanwältin und des Angeklagten; die der LehrerIn und die der SchülerIn; die der Pflegeperson und die der PatientIn etc.. Wichtig bei all dem sind die *Instanzen der Sozialisation*. Zu nennen wären hier etwa die Familie und die Gruppe der Freunde und Gleichaltrigen als Instanzen der primären Sozialisation. Die sekundäre Sozialisation hingegen vollzieht sich in stark organisierten Kontexten. Etwa in der Schule oder am Arbeitsplatz (vgl. Giddens 2006: 166). Bei einer sekundären Sozialisation treffen neue und sehr spezifische Normen und Werte auf die Individuen ein, die zum Teil mit jenen, die im Rahmen der primären Sozialisation vermittelt wurden, in Widerstreit stehen.

⁸ Für eine gute Erörterung der Rolle der Pflegeperson und deren komplexe Bestandteile siehe die Ausführungen Cliffords (vgl. 1996: 1140) am Beispiel der Rolle der LehrerIn in der Krankenpflegeausbildung.

Wie man sich den Prozess der Sozialisation nun genau vorstellen kann, das beschreibt Hurrelmann (vgl. 1994: 62ff) im Rahmen seines *reflexiv-interaktiven Modells der Sozialisation*. Da sich jenes Modell durch seine Betonung der „produktiven Realitätsverarbeitung“ (ebd.: 73) durch die Individuen gut in den theoretischen Forschungskontext meiner Arbeit einreicht, sollen nun die wichtigsten Punkte des Sozialisationsmodells Hurrelmanns dargestellt werden:

Wie einleitend erwähnt, meint Sozialisation einen Prozess der Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft, bei dem sich die Individuen nicht nur die Normen und Werte einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe aneignen, sondern es auch zur Bildung der Persönlichkeit kommt. Hurrelmann präzisiert diesen Ansatz und geht in seinem Modell davon aus, dass es im Zuge der Sozialisation zu einer inneren Aneignung einer äußeren Realität kommt. Er unterscheidet dabei zwischen einem Außen und einem Innen. Unter dem Außen sind „Sozial- und Wertstruktur und soziale und materielle Lebensbedingungen“ (ebd.: 71) gemeint. Unter dem Innen versteht Hurrelmann (ebd.) hingegen den „*menschliche[n] Organismus, analog auch als innere Realität bezeichnet*“. Das Innen steht dem Außen gegenüber. Jedoch vermittelt zwischen diesen beiden Instanzen die *Persönlichkeit*, die sich selbst erst im Zuge dieses Austauschprozesses konstituiert. Je nach Qualität des Außen und des Innen und dessen Vermittlung, konstituiert sich als Endprodukt der Sozialisation demnach eine jeweils andere Persönlichkeit (vgl. ebd.: 71f). Doch in welchem Medium vollzieht sich diese Vermittlung zwischen dem Innen und dem Außen?

Die sozialisatorischen Vermittlung des Innen mit dem Außen, bei der es gleichsam zu einer inneren Aneignung der äußeren Realität kommt, vollzieht sich für die Individuen in „*unmittelbaren sozialen Interaktion[en]*“ (ebd.: 74)⁹. Denn laut Hurrelmann (vgl. ebd.: 74f) werden im sozialen Austausch mit anderen Interaktionspartnern nicht nur die spezifischen Werte und Normen der jeweiligen Sozialisationsinstanzen sichtbar. Sondern im Rahmen der gruppenspezifischen Interaktion in Familien, Schulen, Gleichaltrigengruppen oder im Beruf kommt es auch zu jener Auseinandersetzung mit der äußeren Realität, die den Individuen dazu verhilft, eine Persönlichkeit zu entwickeln. Auf die Frage, wie sich die Individuen die Normen und Werte einer spezifischen Gruppen oder Gesellschaft nun aneignen, kann mit Hurrelmann geantwortet werden, dass es die unmittelbaren sozialen Interaktionen der jeweiligen Mitglieder sind. Soziale Interaktionen sind bei Hurrelmann Verhaltensweisen von Menschen, die durch „gegenseitige Beeinflussung“ (ebd.: 76) gekennzeichnet sind. Das bedeutet, dass Interaktionen

⁹ Andernorts heißt es, ebenso die Interaktion für den Sozialisationsvorgang betonend: „Spezialformen des Handelns, die für die Persönlichkeitsentwicklung von Bedeutung sind, sind interaktives und kommunikatives Handeln“ (Hurrelmann 1994: 76).

in der Familie (als eine Form des Außen) andere sozialisatorische Einflüsse auf die Persönlichkeit bewirken, als die Interaktionen am Arbeitsplatz (als eine andere Form des Außen) tun. Worin sich beiden Sozialisationsinstanzen aber wiederum gleichen, ist dass es bei eben jenen sozialen Interaktionen zu „[...] *Bildung und Entwicklung von Handlungskompetenzen einer Person*“ (ebd.: 75) kommt. Und je nach der Qualität des Außen ergibt sich eine andere Kompetenz: sich im Freundeskreis als Gruppenführer hervorzutun bedeutet nicht zugleich, dass man das auch im Team am Arbeitsplatz zuwege brächte. Jener im Rahmen der Sozialisation gebildeten Handlungskompetenz ist es demnach auch geschuldet, wieso sich die Individuen gemäß ihrer Persönlichkeit unterschiedlich gut mit ihrer Äußeren und Inneren Realität auseinandersetzen können. Wichtig für das Weitere ist diesbezüglich, dass die im Rahmen der Sozialisation erworbene Handlungskompetenz den Individuen nicht nur dazu verhilft, sich in der Gesellschaft oder der spezifischen sozialen Gruppe (Freundeskreis, Arbeitsplatz, etc.) zurechtzufinden, sondern jene Handlungskompetenz ermöglicht es den Individuen auch, sich selbst mit der Umwelt zu arrangieren, indem die „[...] *eigenen Motive, Bedürfnisse und Interessen*“ (ebd.: 76) adäquat berücksichtigt und in die Interaktionen eingebracht werden können. Dem legt Hurrelmann auch ein Handlungskonzept zu Grunde, das im Handeln ein „[...] (zumindest teilweise) *bewusstes, auf ein Ziel gerichtetes, geplantes und beabsichtigtes Verhalten*“ (ebd.: 75) versteht. Das ist insofern von Bedeutung, weil Sozialisation im Sinne Hurrelmanns kein passiver Vorgang ist, sondern sich die Individuen *aktiv* an ihrer Aneignung des Sozialen beteiligen und diesbezüglich eigene Vorstellungen, Interessen und Motive immer mit im Blick haben (vgl. ebd.: 76f). Wie noch zu zeigen sein wird, ist ein solches Sozialisationskonzept mit den Prämissen des sozialen Lernens theoretisch gut vereinbar. Ebenso wie der Sachverhalt, dass Hurrelmann in seiner Beschreibung des Sozialisationsprozesses, den er als lebenslangen denkt (vgl. ebd.: 77), besonderes Augenmerk auf das *Selbsterleben* der Personen legt. Aus jenem Selbsterleben ergibt sich dann auch die Einschätzung Hurrelmanns, dass sich das Selbstbild einer Person auf die „[...] innere Konzeption der Gesamtheit der Vorstellungen, Einstellungen, Bewertungen, Urteile und Einschätzungen, die ein Mensch im Blick auf die *eigenen Handlungsmöglichkeiten* besitzt“ (ebd.: 79; Hervorh. von mir), bezieht. Eigenschaften der Persönlichkeit, die sich selbst wiederum im Austausch mit der Umwelt ergaben bzw. zukünftig ergeben werden.

Wichtig bei all dem ist nun, dass es für die Sozialisation unmittelbarer Interaktionen bedarf und die in der Sozialisation konstituierte Persönlichkeit selbst wiederum über Motive und

Interessen den weiteren Sozialisationsprozess mitbestimmt. Ebenfalls wichtig ist der von Hurrelmann betonte Umstand, dass die Individuen sich im Zuge der Sozialisation eine umweltspezifische Handlungskompetenz aneignen, mit der sie gestaltend auf die Umwelt eingreifen. Von daher vollzieht sich Sozialisation nicht passiv, sondern in einer sehr aktiven Weise. Weshalb das alles wichtig ist, darüber mehr im nächsten Abschnitt dieses Kapitels, wo es um die Beschreibung der Lerntheorie Banduras geht. Die Lerntheorie selbst wiederum ist wichtig für den theoretischen Rahmen meiner Arbeit, da sie theoretisch darüber Auskunft geben kann, wie man sich auch implizite Wissensbestände und dahingehende Handlungskompetenzen im zwischenmenschlich expressiven Bereich der Pflege sozialisatorisch aneignen kann. Wie genau, dazu nun mehr im nächsten Abschnitt.

III. 3. Banduras Theorie des „Sozialen Lernens“: Lernen am Modell als Vermittlungsmodus der Berufsrolle

Banduras (vgl. 1976) Theorie des „sozialen Lernens“ ist als Lerntheorie konzipiert (vgl. Stalder 1985: 241). Diesbezüglich ist es Bandura aber nicht nur darum zu tun, zu beschreiben, wie Personen lernen. Sondern er möchte damit einhergehend auch zeigen, wieso sich Personen in einer ganz bestimmten Weise verhalten. Diesbezüglich geht Bandura grundsätzlich davon aus, dass beim Lernen Verhaltensweisen im Gedächtnis als Abbilder der Realität gespeichert werden. (vgl. ebd.: 242). Wie die dafür notwendigen Verhaltensweisen beobachtet und erfahren werden, dafür gibt Bandura drei verschiedene Möglichkeiten an: durch „direkte Erfahrungen“, durch „stellvertretende Erfahrungen“ und durch „Instruktionen“ (ebd.: 244). Bei ‚direkten Erfahrungen‘ macht die Person ihre eigenen Erfahrungen und lernt dabei, welche Verhaltensweisen zum Erfolg führen und welche nicht. Bei ‚stellvertretenden Erfahrungen‘ hingegen beobachtet die lernende Person das Verhalten anderer Personen. Dabei kann ebenso beobachtet werden, welches Verhalten erfolgreich ist. Aber vor allem auch neue Verhaltensweisen können in diesem Lernmodus beobachtet und angeeignet werden. Bei ‚Instruktionen‘ hingegen lernt die Person aus Verhaltensweisen und Erwartungen in Form von ‚[...] verbalen und bildlichen Beschreibungen‘ (ebd.: 244). Über diese drei Modi kann demnach beschrieben werden, wie Personen lernen. Das Ergebnis des Lernvorgangs stellen Verhaltensmuster dar, die im Gedächtnis erinnert werden (vgl. ebd.). Aber nicht nur bestimmte Verhaltensmuster werden in schematischer Form als ‚Verhaltensabbilder‘ (ebd.: 242) im Gedächtnis gespeichert. Auch die für die tatsächliche Ausführung notwendigen ‚motorischen Fähigkeiten‘ finden Einzug ins Gedächtnis und stellen gemeinsam mit den

erinnerten Verhaltensmustern das „Repertoire“ (ebd.) einer Person dar, um sich erfolgreich verhalten zu können. Welches Verhalten dann aber in einer gegebenen Situation von der Person aus dem Gedächtnis ausgewählt wird und konkret zum Einsatz kommt, das hat mit „Motivation“ (ebd.) zu tun. Drei bestimmende motivationale Faktoren, welche gespeicherten Verhaltensweisen jeweils aktuell ausgewählt werden, sind dabei zu benennen: „Kompetenzerwartungen“, „Erfolgserwartungen“ und „[a]ntizipierte Selbstbekräftigung“. ‚Kompetenzerwartung‘ bedeutet dabei, dass die Person um ihre eigene Kompetenz im Verhalten bescheid weiß und jenes Verhalten wählt, das sie kompetent auszuführen im Stande ist. Unter dem Faktor ‚Erfolgserwartung‘ sind die Konsequenzen gemeint, die auf ein bestimmtes Verhalten folgen werden. Sind die erwarteten Konsequenzen positiv in Bezug auf ein bestimmtes Verhalten, so wird es ausgewählt. Nimmt man jedoch an, die Konsequenz eines bestimmten Verhaltens wären negativ, so wählt man ein anderes Verhalten. Demgegenüber ist unter einer ‚[a]ntizipierte Selbstbekräftigung‘ zu verstehen, dass die Personen einen bestimmten „Leistungsstandard“ (ebd.) an sich und ihr Verhalten adressieren. Vermeinen sie jenen Standard zu erreichen, so motiviert, das ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Nimmt man jedoch an, ein bestimmtes Verhalten würde jenem selbst gesetzten Leistungsstandard nicht genügen, hat das demotivierende Auswirkungen und man unterlässt die Ausführung eines Verhaltens (vgl. ebd.).

Wichtig ist nun, dass das Verhalten an *Erfahrungen* zu knüpfen ist, um überhaupt ein Matching zwischen Situation, auszuwählendem Verhalten, Kompetenzerwartungen, Erfolgserwartungen und Standards herstellen zu können. Ferner gilt es für den Kontext meiner Arbeit zu betonen, dass sich die Personen *neue* Verhaltensweisen in der Beobachtung des Verhaltens anderer aneignen und in weiterer Folge symbolisch als Abbilder in ihrem Gedächtnis speichern. Ebenso kann an dem Verhalten anderer auch die Konsequenz eines bestimmten Verhaltens *stellvertretend* beobachtet werden.

Warum sich nun Banduras (vgl. 1976) Theorie des „sozialen Lernens“ dafür eignet, den Prozess der Sozialisation, so wie er von Hurrelmann (vgl. 1994: 70ff) skizziert wird, in seinem tatsächlichen Ablauf zu beschreiben, das wird im Folgenden dargestellt werden. Insbesondere auf das „Lernen am Beispiel“ (Bandura 1976b: 9) soll dabei näher eingegangen werden.

Bandura geht wie bereits gesagt davon aus, dass menschliches Verhalten „[...] weitgehend durch soziale Modelle vermittelt wird“ (ebd.). Die beobachteten und nachzuahmenden Modelle können direkt oder indirekt beobachtet werden. Aber auch symbolische Modelle können beobachtet werden, um an ihrem Beispiel zu lernen, wie bestimmte Situationen

erfolgreich zu bewältigen sind (vgl. ebd.). Insbesondere an den „antizipierten Konsequenzen“ (ebd.: 22) des Verhaltens ist es gelegen, welches Verhalten nachgeahmt wird. Den Modellen, von deren beobachtetem Verhalten man lernt, kommt aber „[...] hauptsächlich informative Funktion“ (ebd.: 23) zu. Letzteres macht deutlich, dass in der Theorie Banduras davon ausgegangen wird, dass es den Individuen prinzipiell frei steht, welches Verhalten sie nachahmen, es für das eigene Verhalten aber dennoch darauf ankommt, dass und welche Modelle überhaupt für die entsprechenden Beobachtungen verfügbar sind.

Wie das Lernen am Modell im Detail vonstatten geht, das erklärt Bandura (vgl. ebd.: 24ff) anhand vier verschiedener Prozesse: Aufmerksamkeitsprozesse (1), Gedächtnisprozesse (2), motorische Reproduktionsprozesse (3) und Verstärkungs- und Motivationsprozesse (4).

(1) *Aufmerksamkeitsprozesse* meinen in dem Zusammenhang, dass sich die Menschen in ihrem Alltag den Dingen sehr selektiv zuwenden. Von daher ist eine „[d]ifferenzierende Beobachtung“ (ebd.: 24) auch eine „[...] notwendige Bedingung des Beobachtungslernens“ (ebd.). Eine ‚differenzierende Beobachtung‘ meint zum einen, dass die Modelle selektiv ausgewählt werde. Und zum anderen, dass an ein und demselbem Modell unterschiedliche Reaktionen des Verhaltens voneinander unterschieden werden können. Wieso bestimmte Modelle ausgewählt werden, erklärt Bandura folgendermaßen: „Der Anreiz, der im Lernen des modellierten Verhaltens liegt, die Motivation und die psychischen Eigenschaften des Beobachters, die Differenziertheit, die das Modell von Natur aus besitzt oder die es erworben hat, sowie seine Macht und Ausstrahlungskraft sind einige der vielen Faktoren, die entscheiden, welchen der modellierten Aktivitäten aus der großen Menge, denen Menschen in ihrem Alltag begegnen, sie ihre Aufmerksamkeit selektiv zuwenden“ (ebd.).

(2) *Gedächtnisprozesse* wiederum erklären nicht wie ein Modell beobachtet wird, sondern wie von den Beobachtern das modellierte Ereignis im Gedächtnis gespeichert wird. Als Speichermedium hierfür nennt Bandura (vgl. ebd.: 24f) bildhafte- und sprachlich symbolische Formen. Das gespeicherte Verhalten kann demnach im Gedächtnis über sprachliche- und bildhafte Symbole repräsentiert und erinnert werden. Die symbolisch erinnerten Verhaltensweisen verhelfen dann dazu, allgemeinere Züge des Verhaltens abstrahieren und in „[...] leicht erinnerbare Schemata umformen, klassifizieren und organisieren“ (ebd.: 28) zu können. Wichtig hierfür ist die wiederholte Beobachtung des Verhaltens. Nur so kann ein neu beobachtetes Verhalten in abstrakt gebildeten Erfahrungskategorien eingeordnet werden.

(3) Der Punkt *motorische Reproduktionsverhältnisse* meint, dass die symbolisch gespeicherten Verhaltensmuster auch dazu herangezogen werden, um die eigene offene Ausführung der

zuvor beobachteten Verhaltensweisen zu steuern. Diesbezüglich können auch unterschiedliche Verhaltensweisen bzw. nur Teilaspekte davon miteinander kombiniert werden (vgl. ebd.: 29).

(4) Zum Thema *Verstärkungs- und Motivationsprozesse* vermerkt Bandura (ebd.: 29f): „Verstärkungsvariablen regulieren nicht nur den offenen Ausdruck des Nachahmungsverhaltens, sondern beeinflussen auch das Beobachtungslernen selbst, indem sie selektiv bestimmen, welche modellierten Ereignistypen von Menschen beobachtet werden.“

Von Belang ist nun, dass mit Hilfe der Theorie des Beobachtungslernens gezeigt werden kann, dass die Verhaltensweisen des Menschen gelernt sind und sich in einer aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt vollziehen. Festzustellen ist jene aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt insbesondere daran, dass das Beobachtungslernen als „[d]ifferenzierende Beobachtung“ (ebd.: 24) vonstatten geht, bei der die Aufmerksamkeit sehr selektiv auf die Aktivitäten des Modells gerichtet wird (vgl. ebd.).¹⁰ Auch führen die im Gedächtnis abgespeicherten „symbolischen Repräsentationen“ (ebd.: 29) zu einer selektiv gestalteten „offenen Ausführung“ (ebd.: 29) der am Modell beobachteten Verhaltensweisen. Auch dienen die „Motivations- und Verstärkungsprozesse“ (ebd. 29), die mit dem sozialen Lernen einhergehen, nicht dazu, das am Modell beobachtete Verhalten mechanisch zu reproduzieren. Ganz im Gegenteil: Motivations- und Verstärkerprozesse sind als „Informationsquellen“ (ebd.: 32) anzusehen, die darüber entscheiden, ob ein bestimmtes am Modell beobachtetes Verhalten angeeignet und ausgeführt wird, *oder nicht*.

An der Stelle kommt dann das zielgerichtete, planvolle und beabsichtigte Verhalten zu tragen, für das sich auch Hurrelmann (vgl. 1994: 75) in seiner Sozialisationstheorie so stark macht. Denn die „differenzierte Beobachtung der modellierten Ereignisse“ (Bandura 1976b: 50) wird lt. Bandura (vgl. ebd.) nicht so sehr von externer Verstärkung angeleitet, sondern von „kognitiven Aktivitäten“ (ebd.), die eine „Antizipation der Verstärkung“ (ebd.: 51) erlauben. Bestimmte beobachtete Ereignisse werden also ausgeführt oder unterlassen, je nachdem, ob davon ausgegangen wird, ob sie die gewünschten Verstärkungen mit sich bringen oder nicht.¹¹ Aber nicht nur die Verstärkung selbst entscheidet über die tatsächliche eigenständige

¹⁰ Die „aufmerksamkeitsbestimmenden Variablen“ (Bandura 1976b: 24), die darüber entscheiden, welches beobachtete Modell in den Blick genommen wird, bezeichnet Bandura (ebd.) etwa mit: der „Motivation“, den „psychischen Eigenschaften des Beobachters“, der „Differenziertheit, die das Modell von Natur aus besitzt oder die es erworben hat, sowie seine Macht und Ausstrahlungskraft“. Und weiter heißt es, für meinen Forschungszusammenhang ebenso bedeutend: „Die Menschen, mit denen man häufig umgeht, bestimmen, welche Verhaltenstypen man häufig beobachtet kann und demzufolge am genauesten lernen wird“ (ebd.).

¹¹ Besonders interessant scheint mir hier nicht nur die „Selbstverstärkung“ (Bandura 1976b: 52) zu sein, sondern besonders die „stellvertretende Verstärkung“ (ebd.), denn an den Krankenschwestern kann beobachtet werden, wie ihr Verhalten von anderen – etwa von Patienten, Angehörigen oder Ärzten – verstärkt wird und dann die entsprechenden Handlungsweisen von den PflegegeschülerInnen modelliert werden oder nicht.

Ausführung der beobachteten und modellhaft angeeigneten Verhaltensweisen, denn: „[b]is zu einem gewissen Grad regulieren die Menschen ihre Handlungen durch Konsequenzen, die sie antizipatorisch selbst schaffen und durch die sie sich selbst bewerten“ (ebd.: 52). Dafür werden „Standards“ (Pervin 1987: 441) gesetzt, mittels welcher die Erwartungen in Bezug auf die Verstärkung durch andere oder durch sich selbst festgesetzt werden (vgl. ebd.).

Ferner geht die Theorie des sozialen Lernens auch davon aus, dass nicht nur die Eigenschaften *eines* Modells nachgeahmt werden, sondern die unterschiedlichsten Kombinationen von z.T. sehr distinkten Verhaltensweisen *mehrerer* Modelle. Daraus lässt sich mit den Mitteln der Theorie auch Variation im Verhalten erklärbar machen. Denn die Nachahmung der Modelle stellt keine bloße Reproduktion des Verhaltens dar, sondern ist als aktiver und kreativer Prozess zu verstehen.

In Bezug auf die Berufssozialisation von KrankenpflegeschülerInnen ist nun zu sagen, dass mit Hilfe der Lerntheorie Banduras theoretisch gezeigt werden kann, wie sich PflegeschülerInnen in der Beobachtung anderer Pflegepersonen auch die impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson aneignen. Denn die SchülerInnen können in der Praxis das beobachten und nachahmen, was theoretisch nicht gesagt und standardisiert werden kann. Denn auch wenn etwa empathisches Verhalten theoretisch abstrakt analysiert werden kann. Tatsächlich zu lernen, empathisch im Umgang mit den PatientInnen zu sein, das vermag die bloße Rezeption theoretischer Abhandlungen zum Thema Empathie nicht zu leisten. Vielmehr muss man ein Verhalten wiederholt beobachten werden, um es symbolisch im Gedächtnis abspeichern zu können. Und darüber hinaus muss jenes wiederholt beobachtete und im Gedächtnis abgespeicherte Verhalten auch in der direkten Interaktion mit den PatientInnen selbst erprobt werden, um es sich gewinnbringend aneignen zu können. Wie man sich jene Handlungskompetenz auch impliziter Wissensbestände sozialisatorisch aneignet, darüber gibt die Lerntheorie Banduras konkret Auskunft. Wichtig hierfür ist demnach vor allem der interaktive Austausch mit den Modellen, aber auch die Beobachtung deren Verhalten – etwa im kommunikativ zwischenmenschlichen Umgang mit PatientInnen. Denn nur wenn Modelle tatsächlich beobachtet werden, kann man an ihrem Verhalten lernen. Auch kommt es stark darauf an, welches spezifische Verhalten die gegebenen Modelle vorzeigen. Weil trotz dessen, dass die Auswahl der Modelle bzw. die Auswahl bestimmter Teilaspekte im Verhalten selektiv vonstatten geht, kann nur aus jenem beobachteten Verhalten gelernt werden, das als solches auch tatsächlich angeboten wird. Der Kontext der berufssozialisatorischen Aneignung der Annahmen, Erwartungen und Einstellungen ist aus

dem Grund in hohem Maße davon abhängig, welches Verhalten den SchülerInnen auf den Stationen überhaupt angeboten wird.

Welche Thesen sich aus den theoretischen Vorüberlegungen für den empirischen Teil meiner Arbeit ableiten ließen, dazu mehr im nächsten Abschnitt.

III. 4. Forschungsanleitende Thesen der Arbeit

Aus den eben angestellten theoriegeleiteten Vorüberlegungen ergaben sich für die Untersuchung der sozialisatorischen Aneignung der impliziten Wissensbestände und Handlungsweisen, die mit der Rolle der Pflegeperson in Zusammenhang zu bringen sind, nun folgende, empirisch zu untersuchende *Thesen*:

Die Rolle der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die den Pflegepersonen ermöglicht, sich sozial angemessen mit den Patienten zu verständigen, ist auf Grund ihrer impliziten Bestandteile an die auszubildenden KrankenpflegeschülerInnen verbal kaum zu vermitteln. Gelöst wird dieses Problem aber dadurch, dass die Auszubildenden die Pflegepersonen, mit denen sie auf den Stationen zusammenarbeiten, als Modelle heranziehen. Dadurch wird es für die PflegeschülerInnen möglich, pflegespezifische Handlungsweisen, insbesondere solche expressiver zwischenmenschlicher Art, aber auch die dazu gehörenden Annahmen, Erwartungen und Einstellungen über das Lernen am Modell zu beobachten und sich gegebenenfalls auch anzueignen. Die Berufssozialisation findet dann in erster Linie dahingehend statt, dass es an den zu sozialisierenden KrankenpflegeschülerInnen selbst gelegen ist, in Interdependenz mit der Umwelt sich Handlungsweisen zu eigen zu machen, von denen sie selbst durch reflexive Hinwendung der Überzeugung sind, dass sie für die Erreichung ihrer Ziele als adäquates Handlungspotential dienen. Stellvertretende Verstärkung, die sie in Interaktionen von Pflegepersonen mit Patienten beobachten können, aber auch antizipierte Verstärkungen und erwartete Konsequenzen der zielgerichteten Handlungen können dann erklären, welches Verhalten selektiv wahrgenommen und angeeignet wird und welches nicht. Die diesbezüglichen Erwartungen, die mit dem modellierten Verhalten in Zusammenhang zu bringen sind, werden von den SchülerInnen dann zu Standards verdichtet, die inhaltlich zur Rolle der Pflegeperson kombiniert werden können.

Mit Hilfe des Sozialisationskonzeptes von Hurrelmann kann also gezeigt werden, *was* zu leisten ist für die Konstitution einer pflegerischen Identität (sprich: einer Aneignung und Verinnerlichung der Rolle der Pflegeperson), mit Hilfe der Theorie des sozialen Lernens von

Bandura *wie* das vonstatten geht und mit der Theorie des impliziten Wissens von Polanyi *welche spezifischen Probleme* dabei zu lösen sind.

Wie die eben dargebrachten Thesen entlang der weiter oben im Text gebrachten Forschungsfragen in meiner Forschung empirisch untersucht wurden und welche Methoden dafür zum Einsatz kamen, darüber mochte ich im übernächsten Kapitel meiner Diplomarbeit berichten, wenn es um die Darstellung des methodischen Vorgehens geht. Zuvor soll noch eine kursorische Erläuterung zum Verwertungsinteresse der Arbeit gegeben werden. Insbesondere soll es dabei auch darum gehen, die Intention der Wahl des Themas meiner Arbeit kurz zu reflektieren.

IV. Praktische Relevanz des Themas

„In der Krankenpflege ist ein richtiges Verständnis der Rolle eine Grundvoraussetzung für sichere und gewissenhafte Pflege der Patienten; wenn ‚jeder weiß, was er zu tun hat‘, geht es dem Patienten am besten.“ (Genewein/ Sporken: 1975: 166). Dem ist sicher zuzustimmen. Doch aus welchem Wissen speist sich die Rolle der Pflegeperson?

Im Anschluss an die Darstellung der formalen pflegeberuflichen Handlungskompetenzen kommt Wittneben (vgl. 1999: 8f) zum Schluss, dass neben dem Sach- und Fachwissen für die Pflege auch ein „anwendungsrelevantes Handlungswissen“ (ebd.: 11) von großer Bedeutung ist, um in „hochkomplexen Pflegesituationen“ (ebd.) adäquat agieren zu können. Aus diesem Grund plädiert sie für eine stärkere Fokussierung auf den „handlungsorientierten Unterricht“ (ebd.) im Rahmen der von ihr vorgeschlagenen „Pflegeberufsfelddidaktik“ (ebd.).

Ebenso Schwarz-Goavers (1999: 47), die in ihrer Analyse: „Von der Ist-Diagnose zum Soll-Entwurf“ in Bezug auf die Didaktik in der Pflegeausbildung den Imperativ ausgibt: „Weg vom lehrbuchorientierten Faktenwissen hin zum reflektierten Erfahrungswissen.“ (ebd.). Sie argumentiert das damit, dass innerhalb der fünf Stufen zum Erlernen beruflicher Fertigkeiten, die sie (vgl. ebd.: 50) von Benner (vgl. 1994) bezieht, von den „AnfängerInnen“ zu den „PflegeexpertInnen“ (Schwarz-Goavers 1999: 50) ein Kompetenzerwerb stattfindet, der weitestgehend mit den praktischen Berufserfahrungen, im Gegensatz zu spezifischem Fachwissen, zu tun hat (vgl. ebd.). In diesem Modell attestiert sie den auf Stufe eins anzusiedelnden AnfängerInnen „[...] über keine Erfahrungen mit den Situationen, in denen sie aktiv werden sollen [zu verfügen]. Sie besitzen nur theoretische Informationen über die Situation; Regeln und Checklisten helfen ihnen, sich in der Praxis zurechtzufinden“ (ebd.). Im Kontrast dazu meint sie zu jenen Pflegekräften, welche die höchste Stufe des Kompetenzerwerbes erreicht haben: „PflegeexpertInnen sind mit ihrem großen Erfahrungsschatz (mindestens fünf Jahre in ähnlichen Situationen) in der Lage, jede Situation intuitiv zu erfassen und direkt auf den Kern des Problems vorzustößen. *Die Schwierigkeit von ExpertInnen, ihr Wissen in Worte zu fassen, wird besonders bei der SchülerInnenanleitung deutlich*“ (ebd.; Hervorh. S.K.). Im Anschluss daran schlägt sie ein Modell für die Praxisbegleitung vor, welches die SchülerInnen Schritt für Schritt in die Praxis einführt und die PraxisanleiterInnen reziprok dazu kontinuierlich in den Hintergrund treten lässt (vgl. ebd.: 52). Als ersten von fünf aufeinanderfolgenden, zeitlich linear zu denkenden Schritten nennt sie dabei das „Modeling“ (ebd.). Darunter gibt sie die Weisung für die PraxisbegleiterInnen aus:

„Modell sein, sich der gemeinsamen oder unterschiedlichen Bilder/ Modelle im Kopf bewusst werden und darüber reden“ (ebd.).

Das Thema meiner Arbeit betreffend lässt sich nun sagen, dass in der eben angeführten Diskussion um die Schlüsselkompetenzen von Pflegepersonen und deren didaktischer Vermittlung den praktischen Lernerfahrungen vermehrte Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Argumentiert wird das mit der Wichtigkeit des Handlungswissens für die Pflege. Jenem Handlungswissen ist aber mit Schwarz-Goavers (vgl. 1999: 50), im Anschluss an Benner (vgl. 1994) zu attestieren, nur schwer vermittelbar zu sein, da es im Bereich des impliziten Wissens anzusiedeln ist. Ihr Ausbildungskonzept für die Praxisanleitung trägt dem Rechnung und setzt besonders in den Anfängen auf den praxisorientierten Modellaspekt der „LernbegleiterInnen“ (Schwarz-Goavers 1999: 52).

Meine Diplomarbeit möchte an jene Diskussion anknüpfen, dabei aber die zu erörternde Problemstellung eine Stufe tiefer ansetzen und der Frage nachgehen, wie das Lernen am Modell in der praktischen Berufsausbildung überhaupt theoretisch zu beschreiben ist. Denn eine systematische Darstellung für den Bereich der praktischen Krankenpflegeausbildung ist nach meiner Kenntnis der diesbezüglichen Literatur nur in Ansätzen zu finden (vgl. Benner 1994 u. Perry 2008 u. Davis 1993). Vor allem die Beschreibung des *Vermittlungsmodus impliziter Wissensbestände* gilt es noch wissenschaftlich zu rekonstruieren und zu systematisieren. Die Theorie Banduras und dessen sozialisationstheoretische Rezeption bei Perry (vgl. 2008: 42), auf welche meine Diplomarbeit theoretisch Bezug nimmt, scheint mir diesbezüglich die Richtung vorzugeben und in Aussicht zu stellen, die Aneignung der Rolle der Pflegeperson begrifflich erfahrbar zu machen. Die Aneignung einer Rolle, die Pflegepersonen dann zu jenen „PflegeexpertInnen“ (Schwarz-Goavers 1999: 50) macht, die neben Fach- und Sachwissen auch die Fähigkeit auszeichnet, in der pflegerelevanten Interaktion mit den Patienten situationsgerecht und sozial angemessen auftreten zu können. Über den Begriff der Rolle und deren Aneignung bietet sich diesbezüglich eine Beobachtungskategorie an, die diesen Sachverhalt greifbar macht und möglicherweise für alles Weitere den Fokus der Aufmerksamkeit orientiert

Doch was müsste in der Empirie gezeigt werden, um den sozialisatorischen Aneignungsprozess der Rolle der Pflegeperson wissenschaftlich besser beschreiben zu können?

In der Empirie müsste zuallererst gezeigt werden, ob, allem Weiteren als primärer Problemgesichtspunkt vorausgehend, tatsächlich eine Schwierigkeit in der verbalen Vermittlung rollenspezifischer Handlungsweisen besteht.¹² Davon ausgehend, wäre dann ebenso in der Empirie zu klären, inwiefern das Lernen am Modell diese berufssozialisatorische Vermittlungslücke zu schließen vermag. Das besonders im Hinblick darauf, dass die Vermittlung der Berufsrolle nicht über eine Diskursivmachung all ihrer Eigenschaften zu haben ist, sondern weitestgehend in der Form der Bereitstellung praktischer und anschaulicher Verhaltensmuster, die wahrgenommen, symbolisch angeeignet und gegebenenfalls ausgeführt werden, vonstatten geht.

Im Rahmen der methodischen Untersuchung wäre es demnach angezeigt, diesen Modellierungsprozess, der der praktischen Aneignung der Rolle der Pflegeperson zugrunde liegt, empirisch zu rekonstruieren.

Ferner wäre im Feld zu klären, nach welchen Kriterien die Auswahl der Modelle erfolgt, wie die unterschiedlich selektierten Eigenschaften kombiniert werden und welcher Rolle dabei den PatientInnen als Verstärkungsinstanz zukommt. Ebenfalls wäre zu untersuchen, welche Funktion in dem Zusammenhang die Identifikation mit Pflegepersonen erfüllt, die von den Schülerinnen für ihre Modellierungsprozesse als Vorbilder herangezogen werden. Auch ist zu untersuchen, welche Bedeutung den sich ebenso in Ausbildung befindlichen, höhersemestrigen KrankenpflegeschülerInnen zuteil wird. Darüber hinausgehend müsste auch methodengeleitet eruiert werden, welche theoretischen Überlegungen in Bezug auf die Aneignung der Berufsrolle der Pflegepersonen von Seiten der PraxisanleiterInnen und LehrerInnen bestehen, und inwiefern die Ausbildungsstätte als Organisation dem Lernen am Modell in ihren Strukturen Rechnung trägt.

Nach der systematischen Darstellung dessen, worum es meiner Arbeit inhaltlich zu tun ist, nun die Anführung der Methodik, mit Hilfe welcher die bisher aufgeworfenen Forschungsfragen und thesenhaften Vorannahmen regelgeleitet zu untersuchen sind.

¹² Insbesondere ist hier an die Untersuchung von Handlungsweisen expressiver und zwischenmenschlicher Art zu denken, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen und – so die These – *sprachlich* kaum vermittelt werden können

V. Methodisches Vorgehen

V. 1. Methodologie, Sample, Erhebung und Auswertung der Daten

Für die methodische Beantwortung der Fragestellungen meiner Arbeit wurde von mir ein qualitatives Forschungsdesign (vgl. LoBiondi-Wood/Haber 1996: 287f) gewählt. Das vor allem deshalb, um mit Hilfe des qualitativen Paradigmas einen explorativen Zuschnitt meiner Untersuchung erreichen zu können, der der induktiven Bildung von Theorien zur Berufssozialisation von Pflegepersonen entgegenkommt. Konkret wurden die forschungsrelevanten Daten empirisch mittels neun leitfadengestützter, halb standardisierter Interviews erhoben. Die angestellten Vorannahmen und die Fragestellungen meiner Arbeit legten es nahe, diesbezüglich nicht nur PflegeschülerInnen nach ihren praktischen Sozialisationserfahrungen zu befragen, sondern auch die diesbezügliche Einschätzung der PraxisanleiterInnen auf den Stationen und der LehrerInnen in Krankenpflegeschulen einzuholen. Denn, so zeigte es auch die Literatur zum Thema, auch die beiden letztgenannten Stakeholder haben einen maßgeblichen berufssozialisatorischen Einfluss auf die SchülerInnen. Die gewonnenen Interviewdaten wertete ich inhaltsanalytisch aus. Ziel und Produkt der Forschung ist neben der regelgeleiteten Untersuchung der Fragen eine kategoriale Darstellung des Prozesses der Berufssozialisation rund um die Aneignung der Rolle der Pflegeperson.

Die *Auswahl der InterviewpartnerInnen* für die durchgeführten Befragungen erfolgte gezielt und im Sinne eines „theoretical samplings“ (Lamnek 1995b: 239): Die PraxisanleiterInnen interviewte ich, da sie den Sozialisationsprozess der SchülerInnen auf den Stationen mitgestalten. Und die LehrerInnen interviewte ich, weil sie die Sozialisation der SchülerInnen im Kontext der theoretischen Ausbildung mitbestimmen. Bei den Interviews mit den SchülerInnen entschied ich mich dafür, SchülerInnen am Ende ihrer dreijährigen Ausbildung zu befragen. Denn die sich im dritten und somit letzten Ausbildungsjahr zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester bzw. zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger befindlichen PflegeschülerInnen befinden sich zu diesem Zeitpunkt in einer Phase ihrer Ausbildung, in der sie sich mit der Rolle der Pflegeperson einigermaßen reflexiv auseinander zu setzen haben. Weil kurz vor dem Übertritt ins tatsächliche Berufsleben, so die Annahme,

sind die SchülerInnen vor das Problem gestellt, sich aktiv darum bemühen zu müssen, sich *schon jetzt* auf den Stationen als *zukünftige Pflegeperson* zu präsentieren.¹³

Was die *Stichprobengröße* anlangt, versuchte ich die Anzahl der möglichen InterviewpartnerInnen an einer „theoretischen Sättigung“ (ebd.: 195) zu orientieren.

Konkret führte ich *vier Interviews mit LehrerInnen und ein Interview mit einer Praxisanleiterin* durch. Die Interviews mit den PraxisanleiterInnen und LehrerInnen fanden an insgesamt drei verschiedenen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im Raum Wien statt. Wobei sich ein männlicher Lehrer unter den Befragten befand und eine Lehrerin, die zugleich auch die Funktion innehatte, PraxisanleiterInnen zu schulen und pädagogisch zu betreuen.

Des Weiteren führte ich *vier Interviews mit PflegeschülerInnen des dritten Ausbildungsjahres zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege* durch. Dabei handelte es sich um drei weibliche Schülerinnen und einen männlichen Schüler. Die interviewten SchülerInnen kamen aus zwei verschiedenen Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 22 und 29 Jahre alt. Die Auswahl der Schulen erfolgte zufällig. Den Kontakt zu den interviewten SchülerInnen stellte ich über die jeweilige Schulleitung her.

Die leitfadengestützten mündlichen Befragungen führte ich fast ausschließlich in den entsprechenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen durch. Nur ein Interview erfolgte andernorts. Das Setting der Interviews kann in allen Fällen als adäquat bezeichnet werden. Die Interviews fanden zwischen Juli 2008 und März 2009 statt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 45 Minuten. Das Gesagte zeichnete ich mit einem technischen Aufnahmegerät auf. Für die Datenanalyse transkribierte ich die Interviews derart, dass ich nur forschungsrelevante Abschnitte schriftlich festhielt. Im Zuge der Transkription übertrug ich das Gesagte weitestgehend in Schriftsprache.

Was die Methodik der *Datenerhebung* und *Datenauswertung* betrifft, wendete ich für die Interviews mit den PraxisanleiterInnen und LehrerInnen (1) jeweils spezifische und von daher auch andere Forschungsinstrumente an, als für die Datenerhebung und Datenauswertung der SchülerInneninterviews (2):

(1) Was die Interviews mit den *LehrerInnen* und *PraxisanleiterInnen* betrifft, brachte ich für die diesbezügliche *Datenerhebung* Experteninterviews (vgl. Bogner 2005; Atteslander 2000: 152) zur Anwendung, da diese qualitative Interviewform in ihrer forschungsrelevanten Stossrichtung eine recht strukturierte Befragung der InterviewpartnerInnen zulässt. Ein weiterer

¹³ Und dieser Zeitpunkt scheint mir aus meiner eigenen Erfahrung als ehemaliger Krankenpflegeschüler am Ende des dritten Ausbildungsjahres gegeben zu sein und den SchülerInnen auch recht bewusst zu sein.

Grund für die Wahl der Experteninterviews für die mündliche Befragung der PraxisanleiterInnen und der LehrerInnen kann auch darin begründet werden, dass jene beiden Akteursgruppen sich mit der Thematik der Berufssozialisation bereits aus Berufsgründen auseinandergesetzt haben und von daher auch explizitere Antworten zu erwarten sind. Ein Faktum, das wiederum auch eine inhaltsanalytische Auswertung der Daten als zulässig erscheinen ließ.

Als Analyseinstrument für die *Datenauswertung* zog ich das speziell für Experteninterviews konzipierte Verfahren von Meuser/Nagl (vgl. 2005) heran. Als probat erwies sich die Methode von Meuser/Nagl meines Erachtens aber nicht nur deshalb, weil sie sich explizit als solche für die Auswertung von Experteninterviews versteht, sondern vor allem darum, weil ich mit Hilfe dieses inhaltsanalytischen Interpretationsverfahrens gezielt auf das „Betriebswissen“ (ebd.: 76)¹⁴ der PraxisanleiterInnen und LehrerInnen zugreifen konnte. Durch das gewonnene Betriebswissen wurde es mir auch ermöglicht, einen inhaltlichen Rahmen zu finden, der den Prozess der Berufssozialisation von KrankenpflegeschülerInnen umrisshaft erfahrbar macht. Das insbesondere im Hinblick darauf, dass mit den systematisierten Darstellungen der Berufssozialisation in der Pflege aus der Perspektive der PraxisanleiterInnen und LehrerInnen für die weiteren Schritte der Untersuchung eine grobe und gegenstandsangemessene inhaltliche Struktur erreicht werden konnte, welche die Interviews mit den SchülerInnen in ihrer Thematik inhaltlich orientierten. Konkret bedeutet das, dass mit Hilfe des zuvor zum Thema Aneignung der Berufsrolle erhobenen Betriebswissens der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen mehr oder weniger grob gefasste „Beobachtungskategorien“ (ebd.: 82) – im Sinne der Methode von Meuser/Nagl (vgl.: ebd.) – für die Interviews mit den PflegeschülerInnen identifiziert werden konnten. Jene Beobachtungskategorien zog ich gemeinsam mit den eher allgemeineren theoretischen Vorannahmen für die Erstellung des Leitfadens¹⁵ für die problemzentrierten Interviews mit den SchülerInnen heran.¹⁶

¹⁴ „Die Erforschung von Betriebswissen wird, anders als die von Kontextwissen, von theoretisch-analytischen Kategorien angeleitet, sie basiert auf Annahmen und theoretisch generalisierten Konzepten und Erklärungsansätzen für homologe Handlungssysteme“ bemerken Meuser/Nagl (2005: 82) zum Betriebswissen. Betont muss hierbei werden, dass die theoretischen Vorannahmen die Untersuchung nur ‚anleiten‘ aber nicht blind für die Beobachtung anderer Sachverhalte machten. So geben auch Meuser/Nagl (vgl. ebd.) die Devise aus, die vorab festgesetzten beobachtungsanleitenden Kategorien zu modifizieren, sollten diese sich als nicht „[...] sinnvoll oder angemessen“ (ebd.) erweisen. Der Vorteil, im Rahmen von Experteninterviews auf die Analyse von Betriebswissen abzustellen, ist mit ihrem „hypothesenprüfenden Charakter“ (ebd.) zu benennen, der es gegebenenfalls ermöglicht, inadäquate Annahmen als solche zu erkennen und in weiterer Folge nach angemesseneren und sinnvollerem zu fragen.

¹⁵ Zur besseren Veranschaulichung befinden sich die Interviewleitfäden im Anhang dieser Arbeit.

¹⁶ Selbstverständlich bemühte ich mich dabei darauf zu achten, die für den qualitativen Forschungsprozess nötige Offenheit (vgl. Lueger 2000: 190) zu wahren.

(2) Die *Datenerhebung* in bezug auf die *SchülerInnen* erfolgte mit leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews (vgl. Lamnek 1995a: 74ff; Diekmann 2003, 450f; Mayer 2002: 127f). *Ausgewertet* wurden die *Daten*, die sich aus den Interviews mit den KrankenpflegeschülerInnen ergaben, ebenso nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten. Diesbezüglich verfolgte ich das Ziel, kategoriale Aussagen über das „Wie“ des Sozialisationsprozesses im Rahmen der praktischen Berufsausbildung zu tätigen. Konkret wurden jene Interviews mit der von Mayring entwickelten qualitativen Technik der „Zusammenfassung“ (vgl. Mayring 2003: 58f; Zit.: 56) inhaltlich analysiert. Die dabei angestrebte Bildung induktiver Kategorien (vgl. ebd.: 74f), so die methodischen Überlegungen, sollten es schlussendlich möglich machen, den Sozialisationsprozess und die damit einhergehende Aneignung der Rolle der Pflegeperson, wissenschaftlich charakterisierbar zu machen.¹⁷

V. 2. Beschreibung der Auswertungsmethoden

V. 2. a. Das ExpertInneninterview nach Meuser und Nagl: Erforschung von Betriebswissen

Die dem qualitativen Paradigma der Sozialforschung zuzuordnende Methode von Meuser/Nagl (vgl. 2005: 76) unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Forschungsstrategien für die Durchführung und Auswertung von ExpertInneninterviews: So wird unterschieden, ob die Forschungsintention darauf abzielt, von den ExpertInnen „Kontextwissen“ oder „Betriebswissen“ (ebd.) zu einem bestimmten Thema zu erfragen. Kontextwissen meint in dem Zusammenhang, dass die ForscherInnen die ExpertInnen hinsichtlich ihrer Funktion untersuchen, nicht jedoch in Bezug auf ihr Erfahrungswissen. Letzteres leistet die Untersuchung des Betriebswissens. Das erhobene Betriebswissen der ExpertInnen dient der Forschung dann aber nicht nur dazu, Wissen über einen bestimmten Sachverhalt zu gewinnen und diesbezügliche Hypothesen zu generieren. Sondern die Untersuchung des Betriebswissens kann laut Meuser/Nagl (vgl. ebd.) auch dafür herangezogen werden, als „[...] Prüfinstanz für die Reichweite der Geltung des zugrunde gelegten theoretischen Erklärungsansatzes“ (ebd.) zu dienen. Von daher ist es möglich – und dieser Weg wurde in meiner Forschung für die Interviews mit den PraxisanleiterInnen und LehrerInnen eingeschlagen – Theorien zu einem bestimmten Gegenstand über die Erfragung des Betriebswissens der maßgeblichen

¹⁷ Eine teilnehmende Beobachtung (vgl. Mayer 2002: 137) wäre für die Erörterung meiner Forschungsfragen zwar ebenso angemessen gewesen – wenn nicht sogar zielführender. Ich entschied mich aber aus forschungspragmatischen Gründen gegen die Durchführung einer solchen teilnehmenden Beobachtung.

ExpertInnen zu überprüfen. Meuser/Nagl (ebd.: 82) schreiben der Analyse des Betriebswissens mit ihrer Methode aus dem Grund auch „[...] hypothesenprüfenden Charakter“ zu. Weshalb aber dennoch die nötige Offenheit qualitativer Forschung gewahrt bleibt, hat damit zu tun, dass empirisch unangemessene Kategorien im Forschungsprozess angepasst und verändert werden sollten. In meiner Arbeit sollte, wie oben im Text bereits erwähnt, mit Hilfe des Betriebswissens der PraxisanleiterInnen und LehrerInnen untersucht werden, ob die theoretischen Vorannahmen zur Berufssozialisation als angemessen zu bezeichnen sind und von daher auch legitim für die Erstellung des Leitfadens für die Interviews mit den SchülerInnen herangezogen werden können. Aber auch die Generierung neuer Aspekte versuchte ich nicht zu vernachlässigen.

Wie die Auswertung der ExpertInneninterviews mit der Methode nach Meuser/Nagl (vgl. 2005: 83ff) konkret vonstatten geht, das wird anhand ihrer sechs Analyseschritte nun kurz skizziert:

Der erste Schritt ist die *Transkription* des Interviews, wobei Pausen und Stimmlagen nicht extra notiert werden müssen, da sie nicht Gegenstand der Analyse werden. Ebenfalls kann Inhaltliches, das nicht zum Thema gehört, bei der Transkription ausgespart werden.

Der nächste Schritt ist die *Paraphrase*. Im Rahmen dieser soll es zu einer Verdichtung kommen. Die Paraphrase muss textgetreu wiedergeben, was die ExpertInnen insgesamt geäußert haben, und soll dem Gesprächsverlauf in ihrer sequenziellen Darstellung chronologisch folgen. Wichtig ist es, nicht selektiv gegenüber den behandelten Themen und Inhalten vorzugehen.

Als nächstes werden den paraphrasierten Passagen jeweils *Überschriften* zugeordnet, wobei für die Überschriften insbesondere Termini der Interviewten – im Sinne von „in vivo Codes“ (Strauss) – aufgegriffen werden sollten.

Im darauf folgenden *thematischen Vergleich* wird interviewübergreifend nach gemeinsamen Themen gesucht und die entsprechenden Überschriften vereinheitlicht. Auch an dem Punkt ist auf eine wissenschaftliche Terminologie noch möglichst zu verzichten. Wichtig für den thematischen Vergleich ist eine Systematisierung der unterschiedlichen Themen und der dazu geäußerten Inhalte. Leitfragen für den dazu nötigen Interpretationsprozess sind folgende drei Fragen: Bei welchen Themen decken sich die Angaben? Wo gibt es unterschiedliche Positionen? Welche Themen kommen bei allen Befragten vor?

Darauf folgt in einem nächsten Schritt der Analyse die *soziologische Konzeptualisierung*. Dabei werden Kategorien gebildet, die das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens der

ExpertInnen verdichten und explizit machen. Das geschieht dadurch, das themengleiche Beiträge der ExpertInnen unter einem übergeordneten Begriff kategorial subsumiert werden. Hierfür kommt es auch inhaltlich zu einer ersten Ablösung vom Text: Die bisher gebildeten textnahen Begriffe und Überschriften werden nun durch wissenschaftliche Termini ersetzt.

Als letzter Schritt der Analyse folgt die *theoretische Generalisierung*, bei dem das zuvor kategorial geordnete ExpertInnenwissen nun wissenschaftlich zu begründen und zu interpretieren ist. Insbesondere auf den systematischen Zusammenhang der jeweiligen Kategorien ist in diesem Zusammenhang bei der Bildung von gegenstandsbezogenen Typen und Theorien zu achten. Hierzu vermerken Meuser/Nagl (ebd.: 89), dass bei der theoretischen Generalisierung „[...] Sinnzusammenhänge zu Theorien und zu Typologien verknüpft [werden], und zwar dort, wo bisher Addition und pragmatisches Nebeneinander geherrscht haben“.

V. 2. b. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring: Methode der Zusammenfassung

Mayring (vgl. 2003: 42) orientiert seine inhaltsanalytische Auswertungsmethodik an Prämissen, die der qualitativen Sozialforschung zuzurechnen sind. Er unterscheidet zwischen drei verschiedenen inhaltsanalytischen Techniken (vgl. ebd.: 59): der Technik der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung. Im nun Folgenden wird auf die Methodik der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* eingegangen werden, da ich jene auch für die Analyse der SchülerInneninterviews heranzog. Die sich die Analyse in ihrem Ablauf sieben verschiedener Schritte bedient (vgl. ebd.: 60ff) werde ich auch die Darstellung ebenjener an diesen sieben Schritten orientieren. Zuvor muss jedoch noch gesagt werden, dass Mayring (vgl. ebd.: 74f) die Bildung induktiver Kategorien als Ziel der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgibt. Diesbezüglich nennt Mayring (ebd.: 58) folgende allgemeine Prämisse für die Technik der Zusammenfassung: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen übergeordneten Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“

Wie das zu erreichen ist, darüber informieren die sieben Analyseschritte (vgl. ebd.: 60ff):

Als erster Schritt für die inhaltsanalytische Technik der Zusammenfassung ist die *Bestimmung der Analyseeinheiten* vorgesehen. Hierbei wird das Ausgangsmaterial genau beschrieben und, es soll durch die Fragestellung erörtert werden, was inhaltlich zusammengefasst werden soll; sprich: welche Themen im Text prinzipiell interessieren.

Als zweiten Schritt der Interpretation sieht Mayring die *Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen* vor (Z1-Regel). Diesbezüglich werden „nichtinhaltstragende (ausschmückende) Textbestandteile“ (ebd.: 61) nicht paraphrasiert. Ferner werden die Aussagen der Interviewten auf eine einheitliche „Sprachebene“ (ebd.) gebracht.

Der dritte Schritt beinhaltet neben der *Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus* auch eine *Generalisierung der Paraphrase unter diesem Abstraktionsniveau* (Z2-Regel). Bei diesem Schritt ist besonders darauf zu achten, die Beschreibung an der Forschungsfrage zu orientieren. Ziel dieses Schrittes ist es, die Paraphrasen in ihrer Abstraktion derart zu vereinheitlichen, dass bedeutungsgleiche Aussagen als solche erkannt werden können.

Der vierte Schritt sieht eine *Reduktion durch Selektion* (Z3-Regel) vor, indem alle bedeutungsgleichen Paraphrasen gestrichen und für die weitere Analyse fallen gelassen werden können.

Im fünften Schritt der Analyse geht es dann darum, eine *Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau* zu erreichen (Z4-Regel). Diesbezüglich werden die sich aufeinander beziehenden Paraphrasen des jeweiligen Textes zusammengefasst und „[...] durch eine neue Aussage wiedergegeben“ (ebd.). Letztere befindet sich dann auf dem angestrebten Abstraktionsniveau.

Im nächsten Schritt erfolgt eine *Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem*. Jene werden dann in einem letzten Schritt auch am Ausgangsmaterial rück überprüft.

VI. Ergebnisdarstellung ExpertInneninterviews

Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews erfolgt nun anhand bestimmter Kategorien, die sich im Anschluss an den zuvor von mir getätigten Schritt der Analyse, dem thematischen Vergleich, ergaben. Die konkreten Kategorien werde ich aber nicht ausschließlich an den inhaltlich verdichteten und thematisch generalisierten Aussagen der ExpertInnen festmachen. Sondern ich werde die Kategorien – gemäß der Auswertungsmethode von Meuser/Nagl (vgl. 2005: 88) – ihrer Qualität nach auch an bereits bestehenden pflegepädagogischen bzw. soziologischen Konzepten ausrichten. Dadurch soll für die an späterer Stelle erfolgende Diskussion der Ergebnisse eine theoretische Anschlussfähigkeit gewährleistet werden, die es erlaubt, die von mir gebildeten Kategorien bzw. die darin zum Ausdruck gebrachten Inhalte mit bestehenden Begrifflichkeiten und theoretische Annahmen zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflege überprüfen und gegebenenfalls kritisieren zu können. Technisch erleichtert wird die Einordnung des Datenmaterials in die von mir gebildeten Kategorien durch den Umstand, dass ich bereits bei der Erstellung des Leitfadens der ExpertInneninterviews darauf bedacht nahm, theoretische Vorannahmen zum Thema immer mit im Blick zu behalten und ich diesbezüglich – wiederum gemäß der methodischen Prämissen Meuser/Nagls (vgl. ebd.: 81f) – den themenorientierten Fragen meines Leitfadens einen quasi hypothesenprüfenden Charakter gab.

Zu benennen sind jene von mir gebildeten Kategorien zum Thema Berufssozialisation im Rahmen der praktischen Berufsausbildung nun mit: Rollenkonzept (1), Kontingenz des pflegerischen Handelns (2), implizite Wissensbestände in der Pflege (3), Lernen am Modell (4), Vorbild (5) und Organisation als Kontext des Lernens am Modell und der Rolleneignung (6). Anhand jener Kategorien (bzw. deren Subkategorien) erfolgt nun wie angekündigt die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews. Die Aufeinanderbezugnahme der einzelnen Kategorien wird erst im übernächsten Kapitel meiner Arbeit in Angriff genommen, in dem die Ergebnisse der Analyse auch theoretisch zu generalisieren (vgl. Meuser/Nagl ebd.: 89f) und vor dem Hintergrund bereits bestehender pflegepädagogischer und soziologischer Konzepte inhaltlich zu diskutieren sind. An der Stelle dann auch die Diskussion der Ergebnisse der Interviews mit den SchülerInnen, deren Ergebnisse im nächsten Kapitel der Arbeit präsentiert werden. Zuvor aber die Darstellung der Ergebnisse der Interviews mit den LehrerInnen und Praxisanleiterinnen anhand besagter Kategorien. Dass sich die dabei beschriebenen Kategorien zum Teil inhaltlich überschneiden,

hat zwar auch mit der Wahl der Kategorien zu tun, ist aber in erster Linie als Zeichen der Interdependenz sozialer Wirklichkeit zu interpretieren.

VI. 1. Das Rollenkonzept in der Krankenpflege

In den Interviews zeigte sich, dass es für den Kontext der professionellen Krankenpflege zwar ein übergeordnetes Konzept der Berufsrolle gibt, diesbezüglich aber zu unterscheiden ist, ob es sich dabei um das in der Schule theoretisch unterrichtete Rollenkonzept, oder aber um das auf den Stationen praktisch gelebte Vorbild handelt. Ferner ist in Bezug auf das Konzept der Berufsrolle sowohl theoretisch, besonders aber auch praktisch zwischen der Rolle der bereits ausgebildeten und beruflich tätigen Pflegepersonen und jener der SchülerInnen zu unterscheiden. Obwohl den SchülerInnen im Rahmen ihrer sehr speziellen Schülerrolle auch schon Verhaltenserwartungen entgegengebracht werden, die im umfassenden Bereich der Berufsrolle anzusiedeln sind. Ein von den SchülerInnen zu leistender Spagat, der, wie noch zu zeigen sein wird, von ganz bestimmten berufspraktischen bzw. pädagogischen Strategien von Seiten der Stationen und von Seiten der Schule begleitet wird. Ferner zeigte sich in den Interviews, dass für die pädagogisch unterstützte Aneignung der Berufsrolle, die eigenen anderen Rollen der SchülerInnen als gewichtige Variablen zu nennen sind, die ein potentiell konfliktträchtiges Spannungsfeld erzeugen und dem Sozialisationsprozess ihren Stempel aufdrücken. Des Weiteren nehmen auch andere Instanzen der Sozialisation, neben jener der Krankenpflegeschule und den Stationen des Krankenhauses, einen bestimmenden Einfluss auf die Rolleneignung und Rollenausübung der zukünftigen Pflegepersonen. Zu erwähnen ist hier an prominenter Stelle die Familie der SchülerInnen. Aber auch das höhere Alter mancher PflegeschülerInnen und die damit einhergehend gemachten Erfahrungen, welche die pädagogischen Bemühungen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen oftmals auch erschweren, sind für jene beiden Akteure mit im Blick zu behalten, wenn es darum geht, den SchülerInnen ein Bild zu vermitteln, was unter einer Pflegeperson zu verstehen ist und welche Erwartungen damit verbunden sind.

In den Interviews kam zum Thema Rollenkonzept aber auch zum Ausdruck, dass die Praxisanleitung, als eine Form des institutionalisierten Vorbildes, keine *konzeptionellen* Vorstellungen der Berufsrolle zur Verfügung hat, die sie den SchülerInnen vorbildhaft verkörpern könnte. Aber die PraxisanleiterInnen führen an sehr konkreten Situationen jeweils praktisch aus, was es bedeutet, als Pflegeperson zu agieren. Dass sich dadurch für SchülerInnen eine zu beobachtende Kontingenz des pflegerischen Handelns einstellt, wird

bewusst in Kauf genommen und die Fähigkeit, zwischen adäquaten und inadäquaten pflegerischen Handlungsweisen unterscheiden zu lernen, als Teil der Ausbildung betrachtet.

VI. 1. a. Die Berufsrolle als Unterrichtsgegenstand

Als theoretisches Konzept findet die Berufsrolle der Pflegeperson in den Fächern Berufskunde, Hygiene, Soziologie, Kommunikation und Konfliktbewältigung Eingang ins Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Im Fach Gesundheits- und Krankenpflege kann von der Rolle der Pflegeperson im Grunde immer dann gesprochen werden, wenn es darum geht zu fragen: „[...] wie biete ich das, was meine Pflegehandlung ist, dem Patienten an?“ (L4: 3). Zumeist wird der Rollenbegriff im Fach GuKP jedoch sehr viel weiter gefasst und zum einen unter dem Stichwort Menschenbild thematisiert, zum anderen aber auch dann im Unterricht behandelt, wenn es um das Thema Frau- oder Mann-Sein geht und die diesbezüglichen kulturellen Implikationen besprochen werden, die die jeweiligen Rollenbilder mit sich bringen. An dem Punkt ist der curriculare Übergang zum Konzept der Berufsrolle der Pflegeperson ein fließender, da die Rolle der Frau auch unter krankenpflegerelevanten Gesichtspunkten im Unterricht Einzug hält. Insbesondere um die Körperlichkeit der Krankenschwester geht es hierbei und um die Frage von Nähe und Distanz bzw. körperliche Übergriffe von Seiten der Patienten. Aber auch die Asymmetrie zwischen Mann und Frau in der Gesellschaft wird im Fach Gesundheits- und Krankenpflege ebenso am Beispiel des Verhältnisses von Krankenschwester und Arzt offen thematisiert. Wobei letztgenannter Punkt auch im Fach Berufskunde gelehrt wird und hier über einen historischen Fokus abgehandelt wird. Im Zuge dessen wird die Rolle der Pflegeperson aber nicht nur kritisch diskutiert, sondern auch zum Ausdruck gebracht, dass sich die Pflege im Laufe der Zeit zusehends von der Medizin emanzipierte und sich das auch in der Definition dessen, was als Berufsrolle der Pflegeperson zu verstehen ist, niederschlägt: es ist der Berufsstand der Krankenpflege selbst, dem die Definitionsmacht zukommt, die eigene Berufsrolle konzeptionell zu beschreiben und nicht mehr die heteronome Festlegung von Seiten der Medizin. Im Fach Berufskunde wird der Wandel der Berufsrolle aber auch dahingehend besprochen bzw. als Indikator herangezogen, um die SchülerInnen darauf aufmerksam zu machen, dass das Berufsbild einem ständigen Wandel unterliegt. Von daher kann es unter theoretischen Gesichtspunkten auch keine perfekte Pflegeperson geben.

„Dieses Abgeschlossene, wenn sie pünktlich wenn sie sauber etc. ist, dann ist sie die perfekte Krankenschwester. Das kann es schon alleine deshalb nicht geben, weil das Berufsbild ganz stark mit Entwicklung verbunden ist. Somit ist es nie abgeschlossen.“ (L4: 4)

Besonders am Wandel des Rollenbildes der Pflegeperson ist der allgemeine Wandel der Krankenpflege gut fassbar zu machen und pädagogisch gewinnbringend darzustellen. Worum es dabei etwa geht, wird von einer Lehrerin als Konstitution einer „moralischen Kompetenz“ (L4: 4) der Pflege beschrieben, die darauf Wert legt, verstärkt für das Wohle des Patienten einzutreten und der es dabei insbesondere darum zu tun ist, „ [...] mit den Menschen auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren“ (L4: 5).

Jedoch gibt es in der theoretischen Ausbildung das Konzept der Berufsrolle nicht nur im Modus der Selbstbeschreibung, sondern auch in der Form einer Fremdbeschreibung. Jenes Bild wird den SchülerInnen im Fach Soziologie offeriert und trägt dazu bei, die Rolle der Schwester oder des Pflegers gleichsam wie von außen zu beschreiben. Das hat den Effekt, den SchülerInnen eine Standortbestimmung ihrer Berufsrolle auch im Kanon anderer Berufsgruppen zu geben. Verknüpft wird das soziologisch angefertigte und theoretisch stark aufgeladene Bild der Pflegeperson dann auch in den Fächern Kommunikation und Konfliktmanagement, wo ebenfalls methodisch angeleitet über die Rolle der Pflegeperson gesprochen wird.

VI.1. b. Praktischer Umgang mit dem Konzept der Berufsrolle

In der gelebten Praxis auf den Stationen ist hingegen kein inhaltlich ausgearbeitetes Konzept der Rolle der Pflegeperson anzutreffen. Zwar gibt es theoretisch durchdachte Pflegeleitbilder auf den Stationen, nichtsdestotrotz tragen diese aber nicht dazu bei, den PraxisanleiterInnen ein konzeptionelles Bild der Berufsrolle zu vermitteln, das sie an SchülerInnen weitergeben könnten. Vieles, was die Rolle der Pflegeperson betrifft, geschieht aus dem Bauch heraus, ohne darüber nachzudenken, ob ein bestimmtes soziales Verhalten in theoretisch konzeptioneller Art und Weise dem einer Pflegeperson entspricht oder nicht.

„Also ich glaube ein direktes Konzept der Berufsrolle könnte ich jetzt gar nicht sagen das es wirklich gibt. Wäre mir jetzt auch nicht bekannt wenn ich da an meine Institution denke. Ich glaube nicht dass es ein Konzept gibt das ich als Praxisanleiterin den Schülern oder Schülerinnen vermitteln soll, wie dieses Konzept lauten sollte. Ich denke mir das ist einfach viel aus dem Bauch heraus.“ (P1: 2)

Die LehrerInnen aber versuchen ihr theoretisches Konzept der Berufsrolle auch in den Bereich des Praktischen zu tragen. Didaktisch etwa über eine genaue Beobachtung und Korrektur des Kommunikationsverhaltens der SchülerInnen. Denn eine Pflegeperson zeichnet sich typischerweise etwa durch ihre Höflichkeit aus, die sie im kommunikativen Austausch mit den Patienten an den Tag legt. Das kann man aus der Sicht der LehrerInnen auch im Unterricht in der Schule üben, indem Acht darauf gegeben wird, welche Umgangsformen die SchülerInnen

untereinander pflegen und gegebenenfalls korrigierend darauf einwirken. Auch sehen sich die LehrerInnen selbst als Vorbilder und versuchen ihre Rolle als Pflegeperson so gut wie möglich zu spielen. Etwa im Rahmen des angeleiteten Praktikums, wo die LehrerInnen sehr bewusst auch auf die eigene praktische Ausübung der Rolle der Pflegeperson acht geben. Didaktisch wird von Seiten der Schule auf das praktisch gelebte Rollenverständnis auf den Stationen auch dahingehend eingewirkt, als etwa in der Form von Rollenspielen – mit denen gute Erfolge zu verzeichnen sind – bestimmte Szenen des pflegerischen Alltags im Unterricht nachgestellt und im Anschluss kritisch beleuchtet und diskutiert werden. So z.B. wenn es um das Aussehen und die Kleidung einer Pflegeperson vor dem Hintergrund hygienischer Richtlinien geht. Auch in dem Fall kommt es zu einer Art Normierung der Verhaltensweisen und einer Festlegung des wünschenswerten Auftretens einer Pflegeperson. Viele derartige Belange, etwa wenn es darum geht, dass eine Pflegeperson einfühlsam zu sein hat, werden im Unterricht von den LehrerInnen auch nicht im Stile eines Frontalunterrichtes vorgetragen, sondern in Gruppendiskussionen erarbeitet. Diesbezüglich wird auch kritisch nachgefragt, was es denn inhaltlich bedeutet und wie es konkret umzusetzen sei, wenn es heißt, als Pflegeperson einfühlsam agieren zu müssen. In dem Fall greifen die SchülerInnen auch auf speziell im Pflegebereich gemachte Vorerfahrungen zurück, welche die LehrerInnen aus ihrer pädagogischen Sicht der Dinge nicht immer nur positiv einstufen. Denn vor dem Eintritt in die Gesundheits- und Krankenpflegeschule gemachte pflegerelevante Vorerfahrungen – etwa im Rahmen eines kleinen Praktikums – wirken für den Unterricht zwar einerseits bereichernd und ermöglichen es den SchülerInnen prinzipiell an alltagspraktische Belange der Pflege anknüpfen zu können. Andererseits verhindern jene Vorerfahrungen aber auch, sich vorbehaltlos und offen den alltagspraktischen Themen der beruflichen Pflege annähern zu können.

„Und was ich schon erlebe und was mir ganz wichtig ist, ist dass Auszubildende in die Praxis gehen und ein starkes Gefühl haben, sie würden das schon können. Weil sie beispielsweise einmal ein kleines Praktikum in einem Pflegeheim gemacht haben. Da fällt mir oft der Begriff der Demut ein. Ich würde es ganz gerne haben, dass es wieder einmal eine Kultur der Demut gibt. Im Sinne von: Ich schaue es mir jetzt einmal an. Ich schaue mir auch wirklich kompetente Pflegepersonen an und lass das schon offen dass es da von mir dorthin schon noch ein weiter Weg ist“ (L4: 8)

Somit erleichtern pflegerische Vorerfahrungen die Lehrtätigkeit der LehrerInnen augenscheinlich; erschweren sie gleichzeitig aber auch beträchtlich. Jedoch nicht nur spezielle und im Kontext der Pflege gemachte Vorerfahrungen haben einen Einfluss auf die in der Schule erfolgende Vermittlung der Berufsrolle. Auch der lebensweltlich sich bezahlt machende sogenannte Hausverstand trägt maßgeblich zum Rollenverständnis der angehenden

Pflegepersonen bei. Vor allem das Alter der SchülerInnen ist aus der Sicht der interviewten LehrerInnen und PraxisanleiterInnen als bestimmende Größe zu nennen, die auf die Qualität der Aneignung der Berufsrolle, sowohl in der Schule, als auch in der Praxis, bestimmend einwirkt. Aber nicht nur das Alter ist ein Faktor der seine Wirkung im Rahmen der Berufssozialisation entfaltet, sondern es sind auch die Familie, die Freunde und Peergroups, die als Instanzen der primären Sozialisation die Einstellungen und Werthaltungen der SchülerInnen bereits bisher geformt haben. Und die nun im Umfeld der Krankenpflege auf die SchülerInnen einwirkenden Einstellungen und Erfahrungen, die mit der Berufsrolle zu assoziieren sind, müssen an jene angepasst werden, die bisher der Sichtweise der SchülerInnen Form gaben. Denn wie die sozialisatorische Wirkung der beruflichen Krankenpflege sich qualitativ entfalten kann, dass hat, wie gesagt, recht stark mit den bisher gemachten Erfahrungen zu tun. Und da die Erfahrungen jüngerer SchülerInnen weniger unabänderlicher sind und von daher auch leichter zu modifizieren und an die Normen und Werte der beruflichen Pflege anzupassen sind, so kann sich das höhere Alter der Schülerinnen auch negativ auf das Gelingen der Berufssozialisation auswirken. Im Unterricht zeigt sich das etwa daran, dass jüngere SchülerInnen mitunter offener und auch neugieriger eingestellt sind gegenüber Neuem. Jedoch fällt es älteren SchülerInnen auch wiederum leichter, sich praktisch in die Berufsrolle der Pflegeperson einzufinden. Als Gründe dafür wird die gereifte Persönlichkeit und die bisher gemachten Erfahrungen in den eigenen anderen Rollen, etwa jener des Mann- oder Frau-Seins, genannt, in denen die älteren SchülerInnen darüber hinaus auch sehr gefestigt und selbstsicher agieren.

„Also aus meiner Erfahrung ist es so, dass ältere Schüler schon einmal gereifter sind in ihrer Person, in ihren eigenen Rollen klarer sind. Sie können dann auch viel rascher in die Rolle der Pflegeperson schlüpfen, das können sie besser.“ (L3 P2: 3)

Von daher kann die Ausbildung auch nicht bei Null anfangen, sondern hat immer mit zu reflektieren, welche Erfahrungen die SchülerInnen bereits gemacht haben. Ähnlich argumentieren die LehrerInnen auch dann, wenn es um die Sicht der SchülerInnen selbst geht, denn die SchülerInnen nehmen nur jene Unterrichtsinhalte an, die sich kompatibel mit ihren bisherigen Erfahrungen zeigen. Darüber hinausgehendes oder gar abweichendes Wissen hat es dagegen schwer auf die SchülerInnen in ihrem praktischen Verhalten als Pflegeperson theoretisch einzuwirken. Vor allem wenn, es als solches in der Praxis auch gar nicht anzutreffen ist.

Ferner werden in der Praxis nicht nur formale Rollenanforderungen an die SchülerInnen und Pflegepersonen gestellt, sondern auch informelle. Wobei die formalen Rollenanforderungen, schriftlich vorzufinden als Pflegeleitbild eines Krankenhauses oder sehr viel konkreter

zusammengefasst in Tätigkeitskatalogen, mehr oder weniger einfach zu erfassen sind. Informelle Rollenanforderungen hingegen hinreichend genau wahrnehmen und bewerten zu können, bedarf bestimmter Erfahrungen und einer guten Beobachtungsgabe der SchülerInnen. Dass sich SchülerInnen höherer Jahrgänge leichter tun, sich in das informale Stationssetting der Station „einzuschwingen“ (L3 P2: 7), hat mit deren gesteigerter „sozialer Kompetenz“ (ebd.) zu tun. Und weil sich die SchülerInnen höherer Jahrgänge in Bezug auf die sozialen Abläufe auf der Station besser einleben können, führt das auch dazu, dass SchülerInnen niedriger Jahrgänge jene des höheren Jahrganges intensiv beobachten und sich von ihnen abschauen, was informell von ihnen auf der jeweiligen Stationen erwartet wird. Als Beispiel dafür kann z.B. die Anforderung an die SchülerInnen angeführt werden, teamfähig zu sein. Diesbezüglich gibt es aber nicht nur von unterschiedlichen Pflegepersonen unterschiedliche „offizielle“ Interpretationen, sondern auch einen schwer zu erfassenden informalen Verhaltenskatalog, der angibt, wann welches Verhalten von den Schülerinnen erwartet wird, um als teamfähig zu gelten. Und genau dafür erweisen sich die SchülerInnen höherer Jahrgänge als Vermittlungsinstanz, da sie anderen SchülerInnen adäquat mitzuteilen vermögen, was, wann, wie und wo von ihnen implizit erwartet wird.

Was die Interdependenz der Charaktereigenschaften einer SchülerIn mit der je individuellen Konstitution und Ausgestaltung der Berufsrolle betrifft, wird in den Interviews auch darauf hingewiesen, dass SchülerInnen, die in einem privaten Setting ganz bestimmte Charaktereigenschaften auszeichnen – etwa in der Familie als Sohn oder Tochter lieb und nett zu sein – jene auch in der beruflichen Praxis nicht gänzlich ablegen können. So wurde z.B. von einer Lehrerin angemerkt, dass SchülerInnen, die im Unterricht oder im Praktikum Probleme mit Autoritäten hätten, diese auch in anderen Settings hätten. Oder wenn eine Schülerin es in ihrer Rolle als Frau prinzipiell nicht als unangenehm empfindet, körperlich zweideutig berührt zu werden, so wird sie, jener Erwartungshaltung entsprechend, es auch nicht als unangenehm empfinden, wenn sie von einem Patienten auf eine Art und Weise angefasst wird, die andere Schülerinnen bereits als körperlichen Übergriff bewerten würden. Jedoch sind berufsrollenkonforme Adaptierungen der Verhaltensweisen ebenso möglich: Die SchülerInnen wissen, welches Verhalten von Seiten der Schule verlangt wird und passen sich dem an, um einer schlechten Benotung aus dem Weg zu gehen. Dieses Verhalten zeigt des Weiteren von dem Vorhandensein „sozialer Kompetenz“ (L3 P1: 7). Wenig Einfluss auf die Konstitution der Pflegerolle wird hingegen den Massenmedien bescheinigt. Was jedoch sehr wohl zu tragen kommt, sind die Erzählungen aus dem familiären Umkreis und dem

Freundeskreis. Jene spielen vor allem in Bezug auf das Wissen der SchülerInnen um die negativen Aspekte des Berufes, welchen die Pflegekräfte in ihrer Praxis ausgesetzt sind, eine gewichtige Rolle.

Des Weiteren wurde in einem Interview zum Ausdruck gebracht, dass sich Pflegepersonen ab und an auch persönlich mit ihrer Rolle identifizieren. Die Rolle der Pflegeperson als Merkmal der Person zu nehmen führt aber gleichsam auch dazu, dass sie die Kritik an ihrem Verhalten als Pflegeperson allzu persönlich nehmen und emotionalisiert bzw. betroffen darauf reagieren.

VI. 1. c. SchülerInnenrolle

Dass berufsrollenintern zwischen SchülerInnenrolle und der Rolle der bereits ausgebildeten und fix im Beruf stehenden Pflegeperson unterschieden wird, führt dazu, dass von den SchülerInnen unterschiedliche und sich zum Teil widersprechende Anforderungen bedient werden müssen. Aber auch Anforderungen praktischer Art, wie sie auf den Stationen auf die SchülerInnen einwirken und ihr Verhalten festlegen und Anforderungen theoretischer Natur, wie sie von Seiten der Schule an die SchülerInnen herangetragen werden, stellen ein spannungsgeladenes Umfeld dar, das den SchülerInnen ein strategisches Kalkül abverlangt, um jene Widersprüchlichkeiten der an sie gestellten Rollenanforderungen bewerkstelligen zu können. So sind SchülerInnen etwa dazu angehalten sich zu interessieren und Fragen zu stellen. Jedoch ist es in der Praxis oftmals – etwa aus ethischen Gründen – nicht in jeder Situation vertretbar, die interessierenden Fragen gleich zu stellen. Die SchülerInnen handhaben diese Diskrepanz zwischen ihrer Rolle als SchülerIn und ihrer Rolle als Pflegeperson dahingehend, dass sie ihre Fragen erst dann stellen, wenn es sozial angemessen ist – und z.B. die betreffende Pflegehandlung nicht mehr negativ in ihrem Ablauf beeinträchtigt werden kann. Oder wenn es darum geht, bestimmte Pflegehandlungen entweder stationskonform und von daher auch praxisangepasst zu erledigen, oder sie nach theoretischen Gesichtspunkten korrekt durchzuführen, wird den SchülerInnen oftmals zugestanden, es so machen zu können wie sie es in der Schule gelernt hätten. Denn schließlich werden die SchülerInnen ja auch noch von der Schule geprüft. Des Weiteren wissen die Stationen auch, dass die SchülerInnen nach Erhalt ihres Diploms viele pflegerische Handlungsweisen so ausführen werden, wie sie in der Praxis zu beobachten sind. Diese Strategie verhilft sowohl den Stationen als auch den SchülerInnen die jeweiligen Rollen zu trennen und Ambivalenzen auszuhalten. Ein weiteres Kennzeichen der SchülerInnenrolle ist es, dass die SchülerInnen sich

auf der Station auf ihre SchülerInnenrolle berufen können und somit bestimmte Pflegetätigkeiten (noch) nicht ausüben müssen, weil sie dazu (noch) nicht berechtigt sind. Oder aber SchülerInnen bitten die Pflegepersonen, mit denen sie aktuell auf der Station zusammenarbeiten, an ihrer Stelle bestimmte Pflegehandlungen zu setzen. Zu beobachten ist das vor allem in kritischen Situationen – etwa dem Umgang mit Sterbenden und dem Umgang mit Angehörigen. Jene Tätigkeiten, und auch noch andere als prekär einzustufende Pflegetätigkeiten, werden häufig an die bereits fertig ausgebildeten Pflegepersonen rückdelegiert mit dem Hinweis, man dürfe es nicht, habe es noch nicht gelernt oder man möchte noch einmal gerne dabei zusehen, wie es gemacht wird. Auch beobachten SchülerInnen vor allem dann gerne, wenn sie sich mit der Situation überfordert fühlen. Diesbezüglich machen sie legitim von ihrem Recht gebrauch, das ihnen als SchülerIn zusteht. Hierfür müssen sie jedoch explizit die Rolle der SchülerIn wählen. Aber auch dann, wenn die SchülerIn theoretisch die zu setzenden Pflegehandlung gut erklären kann, kann es von der Station ermöglicht werden, dass die SchülerIn nur zusieht, wie die Bezugspflegeperson die Tätigkeit ausführt. Der Sachverhalt, dass SchülerInnen auf den Stationen bis zu einem gewissen Grad institutionell dazu berechtigt sind, sich viel anschauen zu können, bringt es aber auch mit sich, von unterschiedlichen Pflegepersonen sehr viel unterschiedliches gezeigt zu bekommen. In Bezug darauf gehört es auch zur Aufgabe der SchülerInnen, zwischen adäquaten und inadäquaten Handlungsweisen unterscheiden zu lernen. Eine Fähigkeit, die vor allem SchülerInnen höherer Jahrgänge recht gut beherrschen und von einer interviewten PraxisanleiterIn als Zeichen der Identifikation mit der Berufsrolle gewertet wurde. Aber nicht nur technisches Wissen eignen sich die SchülerInnen im Zuge dessen an, sondern sie beobachten auch, wie sich die Pflegepersonen konkret in sozialen Situationen als Pflegepersonen verhalten. Etwa wenn es, wie oben beschrieben, um den interaktiven Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen geht.

VI. 1. d. SchülerInnenrolle vs. Rolle der Pflegeperson

Ein wesentlicher Punkt, der zwischen der Schülerrolle und jener der ausgebildeten Pflegeperson diskriminiert, ist der Grad an Verantwortung, der jeweils zu übernehmen ist. So ist es den SchülerInnen bis zu einem gewissen Punkt selbstverständlich erlaubt, sich selbst zurückzunehmen und die Bezugspflegeperson zu bitten, dieses oder jenes zu machen, weil man dafür noch nicht die Verantwortung übernehmen dürfe bzw. das dafür nötige Können noch nicht erworben habe. Ein Sachverhalt, der für die auf der Station beruflich tätige und

bereits ausgebildete Pflegeperson so nicht zutrifft. Jedoch ist der Übergang von der SchülerInnenrolle zur Rolle der ausgebildeten Pflegeperson ein fließender, da in der Praxis Bedacht darauf genommen wird, den Grad der Verantwortung, den eine SchülerIn mit ihrem Tun zu tragen hat, kontinuierlich zu steigern – was auch dem Selbstwertgefühl der SchülerInnen recht zuträglich sein kann. So wird der Übergang der SchülerInnen ins tatsächliche Berufsleben aus der Perspektive der Lehrenden auch nicht als allzu dramatisch dargestellt. Aber auch der Umfang des selbständig zu verrichtenden Tätigkeitsbereiches ist bei fertig ausgebildeten Pflegepersonen auf der Station ein höherer und trägt dazu bei, sie von den SchülerInnen (fernab von Tracht und Brosche) unterscheiden zu können.

VI. 1. e. Die PraxisanleiterInnen als institutionalisiertes Vorbild und das Konzept der Berufsrolle

Die PraxisanleiterInnen sehen sich selbst sehr stark als Vorbilder. Jedoch steht ihnen kein elaboriertes Konzept der Berufsrolle zur Verfügung, das sie den SchülerInnen anschaulich verkörpern könnten. Vieles, was die typischen sozialen Verhaltensweisen der Pflegeperson betrifft, veranschaulichen die PraxisanleiterInnen den SchülerInnen aus der Situation heraus.

„Aber ein direktes Berufskonzept oder auch Konzept gibt es auch in meiner Praxisanleitung nicht. Also wenn nehme ich einfach Situationen die uns in einem Dienst, im Alltag bei uns auf der Station begegnen und bespreche die. Also wenn mir irgendetwas auffällt oder wenn ich merke ui das wird die Schüler jetzt verunsichern oder da wissen sie jetzt oft nicht wie sollen sie da reagieren, dann sind das gezielt Punkte, die ich anspreche. Da denke ich an meine Schülerzeit zurück und dass ich mir immer leichter getan habe zu lernen, wenn ich ein konkretes Beispiel vor mir hatte.“ (P1: 2)

Jedoch geben sie den SchülerInnen den Auftrag, sich viel von möglichst vielen anderen Pflegepersonen abzuschauen. Diesbezüglich zwischen guten und schlechten Ausführungen von Pflegehandlungen unterscheiden zu können, wird von Seiten der Praxisanleitung als Lernprozess beschrieben, den die SchülerInnen zu bewerkstelligen hätten.

Das didaktische Vorgehen betreffend werden die SchülerInnen von den PraxisanleiterInnen auf konkret beobachtete Situationen angesprochen. Mit der Besprechung konkreter Situationen lässt sich der pädagogische Auftrag der PraxisanleiterInnen auch recht gut verwirklichen.

VI. 2. Kontingenz des pflegerischen Handelns

VI. 2. a. Unsicherheit der SchülerInnen in der Praxis

Sowohl die LehrerInnen als auch die PraxisanleiterInnen sind sich darüber einig, dass die SchülerInnen oftmals unsicher sind in ihrem Verhalten auf der Station. Diesbezüglich kommt ihnen die Vorbildfunktion der ExpertInnen auf den Stationen gerade recht. Jedoch geben auch die PraxisanleiterInnen nicht einzig und allein richtige pflegerische Handlungsweisen vor – im Sinne eines: so muss man das machen –, sondern die PraxisanleiterInnen verstehen sich eher als Instanzen, von denen man lernen kann und sind von daher auch bemüht „[...] gut rüberzukommen“ (P1: 5) bei den SchülerInnen – was dahingehend zu interpretieren ist, dass die PraxisanleiterInnen wissen, dass ihre Art der Pflege nur eine Möglichkeit neben anderen ist und aus dem Grund versuchen, die von ihnen angebotene Variante als eine gute zu präsentieren.

VI. 2. b. Erster Kontakt mit PatientInnen

Um den SchülerInnen den ersten Kontakt mit der Praxis angenehmer zu gestalten, kommunizieren die LehrerInnen mit den betreffenden Stationen und ersuchen sie, auf bestimmte SchülerInnen besonderes Augenmerk in ihrer Betreuung zu legen, da sie sich recht unsicher fühlen bzw. auch nicht wissen, ob die Praxis für sie das Richtige sei. Ferner erfahren SchülerInnen im Rahmen des angeleiteten Praktikums auch besondere Zuwendung von den LehrerInnen. Nicht zuletzt auf Grund deren Bemühen, ein angenehmes Lernsetting einzurichten, in welchem auch die Möglichkeit besteht, alternative pflegerische Handlungsweisen auszuprobieren. Auch finden im Anschluss an angeleitete Praktika Reflexionsrunden statt, die ein gutes Forum darstellen, das eben erlebte zu besprechen und etwaige negative Erfahrungen in einem „geschützten Rahmen“ thematisieren zu können.

Auch kann etwa im Zuge eines „Sommerfestes“, wie es von einer Lehrerin berichtet wurde, für den ersten Kontakt von SchülerInnen mit PatientInnen eine angenehme Situation geschaffen werden. Diesbezüglich treffen ausgewählte PatientInnen und KlientInnen eines Pflegeheimes in einem sehr geselligen und informellen Rahmen auf die ihnen zugeteilten SchülerInnen, welche sie während des gesamten Festes über betreuen. Das an dem Sommerfest auch die LehrerInnen und die PraxisanleiterInnen teilnehmen, die den SchülerInnen mit Rat und Tat zur Seite stehen, bietet im Anschluss an das Fest auch die Möglichkeit, über die Erfahrungen und Eindrücke zu reflektieren bzw. den SchülerInnen ein

angemessenes Feedback geben zu können. Das mittlerweile zur Institution gewordene Sommerfest wird von der betreffenden Lehrerin als pädagogisch wertvoll beschrieben und als gute Möglichkeit dargestellt, wie der erste Kontakt mit der Praxis in einer Art und Weise vonstatten gehen kann, der für die SchülerInnen recht angenehm ist.

VI. 2. c. Umgang mit Kontingenz

Vor allem SchülerInnen höherer Jahrgänge, deren Bezugspflegeperson öfter wechselt und die auch schon viele unterschiedliche Praktika auf unterschiedlichen Stationen und Fachrichtungen absolviert haben, werden mit vielen unterschiedlichen pflegerischen Handlungsweisen und pflegerischen Kommunikationsweisen konfrontiert.

„Auf der Unfallstation wird anders gesprochen als auf einer Onkologie oder Augenabteilung. Das ist dann wieder ein eigenes Kapitel wie die einzelnen Fachabteilungen kommunizieren.“ (L2: 4)

Aber auch die Schule ist als maßgebliche Instanz zu nennen, die veranschaulicht, wie zu pflegen ist. Wie man in der Praxis, aber auch in der Schule mit diesem Faktum der Kontingenz des pflegerischen Handelns verfahren kann – also das Wissen darum, dass man bestimmte pflegerische Probleme so, aber auch anders lösen kann –, gibt es mehrere Möglichkeiten. So kann man etwa während eines angeleiteten Praktikums ein sehr demokratisches Verhältnis mit den SchülerInnen pflegen und jene, bei einer etwas abweichend erscheinenden pflegerischen Praxis bitten, ihr Handeln zu erklären und zu kommentieren, ohne sie aber sofort eines Besseren belehren zu müssen. Als Begründung für jene Herangehensweise wird das Wissen darüber genannt, dass es in der Pflege mehrere Stile gebe und nicht den einen richtigen. Jedoch müssen die SchülerInnen ihr Handeln begründen können. Oftmals sind die SchülerInnen aber der Meinung, sie müssten genau so pflegen wie es ihnen vorgezeigt wird, weil sie ansonsten mit einer schlechten Note zu rechnen hätten. Die Angst vor einer schlechteren Benotung führt auch dazu, dass die SchülerInnen in den Praktika sich nicht trauen anzumerken, etwas lieber anders machen zu wollen. Andererseits findet in der Praxis auch der Hinweis der SchülerInnen anklang, etwas lieber so machen zu wollen, wie es in der Schule gelehrt wurde, weil es schließlich ja auch in der Form abgeprüft wird. Auch findet oftmals der Hinweis von SchülerInnen gehor, etwas auf einer anderen Station anders gesehen zu haben und führt dazu, eine pflegerische Maßnahme auch alternativ setzen zu dürfen. Wichtig ist es jedoch, dass die SchülerInnen wie bereits weiter oben erwähnt, verbal begründen können, wieso sie etwas anders machen wollen. Jener Rechtfertigungszwang bringt zwar erhebliche Lerneffekte mit sich, verträgt sich aber auch schlecht mit dem Wissen der PraxisanleiterInnen und der LehrerInnen, selbst nicht in jeder Situation begründen zu können,

wieso man gerade so und nicht anders gehandelt hat. Besonders sozial imprägnierte Maßnahmen an Patienten sind oftmals schwer rational zu begründen. Zumeist handelt es sich dabei um Kompetenz, die in jahrelanger Praxis erworben wurde. Das kann den Schülern zwar nicht verbalisiert werden, da sie gemäß dem Wissen der ExpertIn aus dem Bauch heraus erfolgte. Die Handlung legitimiert sich jedoch auch selbst über den Erfolg, den sie mit sich bringt. Nichts desto trotz stellt sich diesbezüglich für die SchülerInnen jedoch ein bestimmtes Maß an Kontingenz ein. Aus dem Grund ist es für die Reflexion in Bezug auf die richtige pflegerische Handlungsweise auch von großer Bedeutung, dass die SchülerInnen selbst schon die eine oder andere Erfahrung in der Praxis gemacht haben. Denn das erleichtert es erheblich, zu verstehen, wieso man jetzt diese und nicht eine andere Wahl getroffen hat, ohne jene Wahl auch im Detail begründen zu müssen. Jedoch führt ein wenig Praxis auch schnell dazu, dass die SchülerInnen von sich überzeugt sind, jetzt zu wissen wie man sich zu verhalten hätte. Das verhindert es dann z.T. auch, dass die SchülerInnen sich gemäß ihrer Rolle vielen verschiedenen Pflegeweisen vorbehaltlos nähern und prinzipiell offen sind, für alternative pflegerische Handlungsweisen. Jenes Verhalten der SchülerInnen steht der Rolle der SchülerIn diametral entgegen, sich möglichst viele unterschiedliche Pflegepersonen und deren Pflegeweisen anzusehen und sich aus jenem Angebot die beste Pflegeweise herauszupicken und selbst zu eigen zu machen bzw. in das eigene Handlungsrepertoire einzufügen. In diesem Sinne wird den SchülerInnen von den PraxisanleiterInnen auch geraten, sich aktiv nach Vorbildern umzusehen. Nicht nur um sich an jenen die bestmögliche Handlungsweise aneignen zu können, sondern auch, um am Negativen zu lernen.

VI. 2. d. Umgang mit Fehlverhalten/ Kritik

Vor dem Hintergrund der Kontingenz des pflegerischen Handelns ist es natürlich auch interessant, wie es möglich ist, mit Fehlverhalten umzugehen und dieses zu kritisieren. Einigkeit herrschte bei den interviewten LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, dass es so etwas wie gefährliche Pflege gebe wo sofort und kompromisslos einzuschreiten sei. Sonst jedoch, halten sich sowohl LehrerInnen als auch PraxisanleiterInnen mit dem Tadeln zurück, wenn der Schüler oder die Schülerin eine abweichende Pflegehandlung setzt – alle Interviewten sprachen sich übrigens strikt dagegen aus, überhaupt zu tadeln und wiesen jene Art der Pädagogik unmissverständlich von sich. Da es jedoch oftmals schwer ist, Kritik am Verhalten der SchülerIn zu üben, vor allem wenn es sich um die Interaktion der SchülerIn mit den PatientInnen handelt, fordern die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen die betreffenden

SchülerInnen dazu auf, die Situation und ihr Handeln selbst zu reflektieren und verbal zu kommentieren. Didaktisch gewinnbringend werden die SchülerInnen diesbezüglich auch gebeten, sich wenn möglich ebenso in die Rolle der PatientIn zu versetzen und versuchen nachzuempfinden, wie er/sie sich wohl dabei gefühlt haben mag. Diese Methode sei auch aus dem Grund dem Tadeln und Abmahnen mit schlechten Noten vorzuziehen, weil sich dabei nicht selten ein Aha-Erlebnis der SchülerIn einstellt und sie von alleine bemerkt, was sie hätte besser machen können. Aber auch Rollenspiele, in denen auch andere nicht unmittelbar beteiligte SchülerInnen die zu besprechende Szenen nachstellen, eignen sich dazu, über eine Reflexion den SchülerInnen zu veranschaulichen, was in einer bestimmten Situation schief gelaufen ist und besser gemacht hätte werden können. Im Anschluss daran stattfindende Reflexionen bieten darüber hinaus auch eine Möglichkeit, dass die SchülerInnen gemeinsam nach situationsadäquateren Möglichkeiten suchen können. Bemerkenswert dabei ist, dass die SchülerInnen zumeist selbst merken, welchen Fehler sie begangen haben. Der dabei erzielte Lernerfolg wird als sehr hoch eingeschätzt.

Vieles, was in der Praxis schlecht gelaufen ist, wird aber auch direkt von den LehrerInnen und den PraxisanleiterInnen angesprochen. Dabei ist aber auch auf gut gesetzte Maßnahmen hinzuweisen und nicht nur das Negative zu betonen. Diese Strategie erweist sich als pädagogisch gewinnbringender. Ferner ist bei der Kritik negativ gesetzter Maßnahmen mit anzuführen, wieso man der Meinung ist, dass es besser hätte gemacht werden können. Schwer kommunizierbare soziale Sachverhalte sind jedoch wiederum besser mit Rollenspielen darzustellen. So gibt ein Lehrer etwa das Beispiel eines Schülers, der den Patienten mit den Händen in den Hosentaschen begegnet. Spielt man diese Szene gemeinsam mit dem Schüler nach, so hat das auch den gewünschten Effekt, ohne im Detail erklären zu müssen, was und aus welchem Grund zu kritisieren ist.

VI. 2. e. Das Korrektiv der Benotung

Da die SchülerInnen wissen benotet zu werden, versuchen sie pflegerische Handlungsweisen sehr konform zu setzen, obwohl sie auch wissen, dass es mehrere Lösungen für ein und das selbe pflegerische Problem gibt, und das auch auf den Stationen genau so präsentiert bekommen. Die Benotung bietet aus diesem Grund eine Möglichkeit, steuernd auf die SchülerInnen einzuwirken. So wird etwa nach einem angeleiteten Praktikum der Station mitgeteilt, dieses und jenes hätte die SchülerIn noch zu verbessern und das sei ihr im Feedbackgespräch auch mitgeteilt worden.

VI. 2. f. Feedback durch Nachbesprechung

Im Allgemeinen erweist sich das Feedback als recht brauchbare Strategie, um etwa gesetzte sozial bedenkliche Handlungsweisen der SchülerInnen mit diesen in einer Art und Weise besprechen zu können, ohne sanktionierend auftreten zu müssen. Im Rahmen der Nachbesprechung können sich die SchülerInnen auch rechtfertigen und geben damit den LehrerInnen oder der PraxisanleiterIn eine Möglichkeit, ihre Beweggründe besser verstehen zu können. Ferner erfüllen Nachbesprechungen auch den Zweck, der SchülerIn zu verstehen zu geben, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine gelassen wird, sondern ihr die Chance geboten wird, über ihre Erfahrungen zu berichten und diese im Gespräch besser einordnen zu lernen. Auch wird die Nachbesprechung in dem Sinne genutzt, um von der Schülerin zu erfahren, wie denn auf sie eine bestimmte Handlungsweise der LehrerInnen oder PraxisanleiterInnen gewirkt hat. So können auch Letztgenannte aus den Kommentaren der SchülerInnen für ihr eigenes Verhalten oder die gängige Praxis auf der Station einiges mitnehmen. Kommt es im Zuge von Feedbackrunden, an denen mehrere SchülerInnen teilnehmen, zur Nennung mehrerer unterschiedlicher Alternativen, so können solche nicht nur gemeinsam mit den Lehrkräften auf einer Metaebene diskutiert werden, sondern sind auch als zukünftige Handlungsstrategien zu werten.

VI. 2. g. Herstellung eines Situationsbezuges

Auffällig beim Thema Umgang mit der Kontingenz des pflegerischen Handelns, Umgang mit Fehlverhalten/ Kritik und Feedback durch Nachbesprechung, aber auch wie noch darzustellen sein wird, beim Umgang mit diskursivem Wissen, ist der Umstand, dass bei so gut wie allen solchen pädagogisch didaktischen Strategien die Herstellung eines Situationsbezuges eine wichtige Rolle spielt. Dabei geht es darum, die pflegerischen Handlungen und Kommunikationen mit den Patienten an konkrete Situationen zu knüpfen, die entweder tatsächlich stattgefunden haben, oder so auch hätten stattfinden können. In der Diskussion wird dieser Punkt noch aufgegriffen und interpretiert werden. Was jedoch die hier anzuführenden propositionalen Aussagen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen betrifft, so geht es etwa bei den Reflexionsrunden sehr stark darum, ein Bild der Situation zu zeichnen und die Diskussionen, Feedbacks und Alternativen an genau jenem Bild der Situation festzumachen. Das hat den Effekt, den SchülerInnen pflegerische Maßnahmen besser erklären

zu können. Auch kritisieren oder helfen die PraxisanleiterInnen die SchülerInnen zumeist dann, wenn sie bemerken, dass die SchülerIn in ein und derselben Situation immer wieder Schwierigkeiten hat.

Was es mit dem Fokussieren auf die Situation auf sich hat, wird wie gesagt in der Diskussion, auch theoretisch, abgehandelt. Dabei wird dann auch auf den Zusammenhang mit der nächsten Kategorie eingegangen werden, den impliziten Wissensbeständen in der Pflege.

VI. 3. Implizite Wissensbestände in der Pflege

VI. 3. a. Wissensbestände in der Pflege

In der Pflegeausbildung gibt es ein Wissen, das eher naturwissenschaftlich ausgerichtet ist und ein solches, das eher sozial- und geisteswissenschaftlich ausgerichtet ist. Ersteres zeichnet sich durch seine leichte Reproduzierbarkeit aus – etwa das Wissen um das Wechseln eines Verbandes. Für Zweiteres hingegen braucht es eine „persönliche Auseinandersetzung“ (L4: 3) um es sich aneignen zu können oder gar „persönliche Eignung“ (ebd.). Als Beispiel dafür wird Empathie genannt.

VI. 3. b. Umgang mit impliziten Wissensbeständen

Im Zuge des weiter oben beschriebenen „Sommerfestes“, als eine Möglichkeit des sanften Kennenlernens der Praxis, bietet sich für die LehrerInnen die Möglichkeit, den SchülerInnen sehr konkret auf ihr Handeln Feedback geben zu können, ohne es im einzelnen explizit machen zu müssen. Auf die Frage einer SchülerIn, ob man empathisch gewesen sei im Umgang mit den Patienten, ergibt sich so die Möglichkeit für die LehrerIn zu sagen: „Ja, das war empathisches Verhalten“, ohne gleichzeitig genötigt zu sein, miterklären zu müssen, was empathisches Verhalten eigentlich sei. Auch weiß die SchülerIn nach einem Feedback solcherart, dass ihr pflegerischer Auftritt gut gewesen ist. Eine andere Möglichkeit, um implizite Wissensbestände in der Pflege handhaben zu können, sind Rollenspiele. So führt eine LehrerIn in den Interviews aus, schwer kommunizierbare (soziale) Sachverhalte den SchülerInnen bildhaft vorzuführen. Als Beispiel führt sie an, wie sie bei einer SchülerIn eine Pflegehandlung simuliert und dabei gleichzeitig aus dem Fenster schaut. Der dabei erzielte Lerneffekt ist ein dahingehender, dass die SchülerInnen ein Aha-Erlebnis hätten und zumeist von selber bemerken, was an ihrem eigenen Verhalten nicht in Ordnung war. Im Umgang mit

impliziten Wissensbeständen erweist sich didaktisch auch jene Strategie von Vorteil, die SchülerInnen zu bitten, sich in die Rolle der PatientIn hineinzusetzen. Das führt dazu, dass den SchülerInnen ihre Rolle als angehende Pflegepersonen und das damit in Zusammenhang stehende Verhalten bewusster wird. Ferner verhilft es den LehrerInnen dazu, Kritik auch dann anbringen zu können, wenn sie nur schwer in Worte zu fassen ist oder, wie oben gezeigt, starken Kontingenzen unterliegt. Ebenso kann die LehrerIn oder die PraxisanleiterIn den SchülerInnen zu verstehen geben, dass sie sich in Bezug auf die PatientInnen sozial angemessen verhalten, wenn sie die SchülerInnen ob ihres gerade eben gezeigten Wissens lobt. Auch das ist eine Möglichkeit, verstärkend auf das Rollenhandeln der SchülerInnen einzuwirken, ohne verbal im Detail ausführen zu müssen, was am pflegerischen Handeln der SchülerIn gefällt und warum das so ist.

Von Relevanz im Umgang mit impliziten Wissensbeständen um die Rolle der Pflegeperson ist auch, wie viel an Vorerfahrungen die SchülerInnen bisher gesammelt haben. Die Schule betreffend, fällt es den LehrerInnen schwer SchülerInnen über die sozialen Sachverhalte der Krankenpflege zu unterrichten oder die Implikationen der Berufsrolle zu besprechen, wenn diese noch nicht in der Praxis waren. Diesbezüglich fehlt es den SchülerInnen an bestimmten Bildern oder Erinnerungen an Situationen, an denen sie die Schilderungen der LehrerInnen anknüpfen könnten. Erst wenn etwas schon einmal in der Praxis erfahren wurde, kann man theoretisch leichter darüber unterrichten. Von daher merkt eine LehrerIn auch an, dass in der Literatur berichtet wird, die Berufssozialisation findet weitestgehend in der Praxis statt.

VI. 3. c. Intuition der ExpertIn

Augenscheinlich ist es, dass im praktischen Berufskontext in einem recht pragmatischen Sinne vieles an pflegerischem Wissen erfolgreich angewendet wird, jedoch oftmals nicht diskursiv zu machen ist – i.e. nicht in Worte zu fassen ist –, warum man etwas so und nicht anders gemacht hat. Der Erfolg der Handlung gibt selbiger in ihrer Adäquatheit zwar recht, aber für Lernsituationen – in denen die LehrerInnen oder die PraxisanleiterInnen den SchülerInnen mitzuteilen haben, wann sie was, wie und warum zu machen haben –, ist die intuitive Handlungsweise der ExpertInnen schwer vermittelbar. Daran anknüpfend wird den SchülerInnen zu verstehen gegeben, man mache vieles, z.B. mit Berührungen in Zusammenhang stehend, aus dem Bauch heraus. Wann, das heißt in welcher Situation, wie zu verfahren ist, das hat mit jahrelanger Erfahrung und mit einer Kompetenz zu tun, die man sich auch von anderen abgeschaut hat – es geht um das Lernen am Modell.

VI. 4. Lernen am Modell

Dass SchülerInnen besonders dann gerne beobachten, wenn es sich um schwierige Situationen in der Praxis des Berufsalltages handelt, das wurde bereits an anderer Stelle der Ergebnisdarstellung angeführt. Ebenso wurde erwähnt, dass SchülerInnen sich gerne viele verschiedene Pflegepersonen und viele verschiedene Pflegeweisen anschauen. Worum es dabei geht, und das ist das Thema der Kategorie „Lernen am Modell“, ist, dass die SchülerInnen das tun, nicht nur weil sie manches noch nicht gelernt haben, sondern auch um sich das jeweils Beste herauszuholen und in das eigene Handlungsrepertoire einzubauen. Was aber jeweils das „Beste“ sei, kann mit den ebenso zu beobachtenden Handlungskonsequenzen beschrieben werden, die die SchülerInnen im Rahmen der Triade beobachten, wenn die Pflegeperson eine bestimmte Maßnahme in einer bestimmten Art und Weise an einer PatientIn durchführt. So kommt in den Interviews auch hervor, die SchülerInnen sehen an den Handlungen der beobachteten Pflegepersonen ebenfalls die Konsequenzen deren Tun in sehr anschaulicher Weise. Als positives wie auch als negatives Anschauungsmaterial. Davon können sich die SchülerInnen viel mitnehmen. Ein weiterer Effekt, der sich für die SchülerInnen aus der Beobachtung anderer Pflegepersonen ergibt, ist es, sagen zu können: „Nein, so will ich nicht werden!“. Oder genau das Gegenteil tritt ein und man entwickelt ein affirmatives Verhältnis zur jeweiligen Pflegeperson und deren spezieller Art des Pflegens. Dabei geht es dann auch sehr konkret um die jeweilig beobachtete Rolle der Pflegeperson und die Orientierung an Vorbildern.

Der Vorteil, der aus dem Lernen am Modell erwächst ist, dass die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen ihre Handlungsweisen nicht im Detail verbal ausführen und erklären müssen – und somit auf eine Problemstellung reagiert werden kann, die, wie weiter oben gezeigt, von der Implizitheit mancher pflegerischer Wissensbeständen herrührt –, sondern die PraxisanleiterInnen und LehrerInnen können die Konsequenzen ihres Tuns positiv für ebendieses Tun „sprechen“ lassen. Das bedeutet, im Rahmen des Lernens am Modell kann nicht nur die Art, wie gepflegt wird, beobachtet werden, sondern auch die Konsequenzen der Pflege.

VI. 4. a. Die Triade als Lernsituation

Zugute kommt den Beteiligten dabei eine triadische Beobachtungssituation. Die SchülerIn beobachtet nicht nur die Pflegeperson, wie sie ihre Handlungen ausführt, sondern sie beobachtet auch an den Reaktionen des PatientInnen, wie die gesetzten Handlungsweisen und

die Art der Interaktion der Pflegeperson bei den Patienten ankommt. So gibt ein Lehrer das Beispiel, dass die SchülerInnen an der Sprechweise einer Schwester beobachten können, dass sie mit bestimmten Patienten in der Umgangssprache redet, obwohl sie mit den KollegInnen sehr gepflegtes Hochdeutsch spricht. Ebenso kann aber auch von den SchülerInnen beobachtet werden, dass bei den PatientInnen, mit denen diese Schwester umgangssprachlich kommuniziert und ab und an auch Vokabular aus deren Milieu in die Kommunikation mit einfließen lässt, diese Art des Sprechens sehr gut ankommt. Im Gegensatz zu Pflegepersonen, die sich sprachlich nicht auf die PatientInnen in der Weise einlassen. Als weiteres Beispiel wird in den Interviews auch der wertschätzende Umgang mancher Pflegepersonen genannt, der dazu führt, dass manche Pflegepersonen oftmals bessere Erfolge erzielen im Umgang mit den PatientInnen, KollegInnen oder Angehörigen anderer medizinischer Berufe.

Abzulesen ist die Triade als klassische Form des Lernens am Modell in der Krankenpflegeausbildung auch daran, dass manchmal von Seiten der SchülerInnen ein Feedback an die Pflegeperson gegeben wird mit dem Inhalt, dass die PatientIn sich gefreut habe als die Pflegeperson dieses oder jenes tat. Ebenso kommt in den Interviews zu tragen, die SchülerInnen würden das Beobachtete in das eigene Handlungsrepertoire einbauen – obwohl, was die weitere offene Ausführung betrifft, die SchülerInnen sich oftmals auch überwinden müssen. Von daher eignet sich die Triade auch als Lernsituation für implizite Wissensformen, was in den Interviews inhaltlich auch zum Ausdruck gebracht wurde bzw. auf Nachfragen des Interviewers bestätigt wurde. Diese Form des Lernens passt auch mit den Aussagen der Interviewten zusammen, wonach die SchülerInnen sehr sensible Beobachter seien und genau darauf achten, wie etwa eine Pflegeperson mit ÄrztInnen, PatientInnen oder KollegInnen umgeht.

VI. 4. b. Fallbeispiele

In Abgrenzung zum Lernen am Modell wird in den Interviews auch darüber berichtet, das man in der praktischen Krankenpflege auch sehr viel über Fallbeispiele lernen kann. Genannt wird in dem Zusammenhang etwa die Schilderungen mancher pflegerischer Besonderheiten, von denen man in den Dienstübergaben erfährt. Im Gegensatz zur Triade muss man an solchen Situationen als SchülerIn nicht selbst teilhaben, sondern darüber berichtet zu bekommen reicht aus. Denn auch aus den Erzählungen wird deutlich, wie jemand in einer bestimmten Situation gehandelt hat und welche Konsequenzen dieses Handeln zeitigte. Aber auch der Unterschied zwischen Fallbeispiel und Modellen bringt eine Lehrerin zum Ausdruck wenn sie angibt, dass

man entweder etwas thematisieren, oder etwas vorleben kann. Vorleben meint in dem Fall, dass sich die SchülerInnen an einem Modell zu orientieren haben in ihrer Wissensaneignung. Im Unterschied zum Fallbeispiel. Ein solches kann man auch in der Schule geben.

VI. 5. Vorbilder

Die Kategorie Vorbild gibt eine Antwort darauf, wer nun als Modell herangezogen wird wenn es für die SchülerInnen darum geht, sich in der Praxis ein bestimmtes Rollenbild anzueignen. Aber auch für ein Hintanstellen der Kontingenz mancher pflegerischer Handlungsweisen erweist sich die Wahl eines Vorbildes als gute Strategie, den Bereich des Möglichen zu durchbrechen und eine Pflegehandlung so an die PatientIn heranzutragen und so zu setzen, obwohl dafür auch andere Möglichkeiten zur Verfügung stünden. Interessant ist dann aber, *welche* Pflegepersonen, PraxisanleiterInnen, LehrerInnen oder andere SchülerInnen sich die SchülerInnen zum Vorbild wählen. Die Kriterien zu benennen, die in der Pflege als maßgeblich zu bezeichnen sind für die Wahl eines Vorbildes durch die SchülerInnen, das hat sich diese Kategorie zur Aufgabe gemacht.

VI. 5. a. Gründe für die Wahl des Vorbildes

Als Gründe für die Wahl des Vorbildes, die von Relevanz sind für die Rollenkonstitution und die Reduktion der Komplexität, die sich durch die beobachtete Kontingenz pflegerischer Handlungsweisen für die SchülerInnen ergeben, werden von den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen folgende Variablen genannt: Geschlecht, Hierarchien, Alter, Altersverhältnis, Sympathie, Regionalität, Ruhe/Gelassenheit/Offenheit für SchülerInnen, Autorität, fachliche Gründe, Motivation des Vorbildes, Hierarchien/Asymmetrien/Heteronomie/Macht, Ethnizität und persönliche bzw. biographische Gründe.

Was den Geschlechtsaspekt für die Wahl des Vorbildes und die inhaltliche Ausgestaltung der eigenen Berufsrolle betrifft, so kam in den Interviews zu tragen, dass sich männliche SchülerInnen zwar auch verstärkt an männlichen Pflegepersonen orientieren, dieser Aspekt aber in erster Linie auf die Karriereplanung der männlichen Pflegepersonen zu beziehen ist. Das Geschlecht als Kategorie für die Wahl des Vorbildes ist jedoch nicht ausschließlich als sekundär zu bewerten, da es lt. den Aussagen der Interviewten in einer subkutanen Form fast ständig präsent sei. Es gibt jedoch triftigere Gründe sich jemanden als Vorbild zu nehmen –

sei es als positives Vorbild, oder als negatives. Etwa das Alter. Jenes wird von den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen als sehr relevante Variable für die Bestimmung der Beweggründe der Wahl eines Vorbildes eingeschätzt. Zu tun hat das etwa mit dem Ausbildungsstand, der Berufserfahrung und dem Führungsstil, die typischerweise jeweils andere sind bei älteren oder bei jüngeren Pflegepersonen und sich somit auch unterschiedlich darauf auswirken, ob jemand als Vorbild herangezogen wird. Aber auch die Motivation hat mit der Wahl des Vorbildes zu tun. So nehmen sich SchülerInnen bevorzugt motivierte Pflegepersonen als Vorbilder. Das Geschlecht und das Alter betreffend, sind ältere weibliche Pflegepersonen dann als Vorbilder gefragt, wenn sich die SchülerInnen von Eigenschaften positiv angesprochen fühlen, die als mütterlich zu bezeichnen sind. Da solche bei älteren Krankenschwestern eher anzutreffen sind, werden sie bei Bedarf von den SchülerInnen als Vorbild herangezogen und deren Handlungsweisen und Umgang mit PatientInnen imitiert. Das Inhaltliche betreffend kommt zu tragen, dass man sich von älteren Pflegepersonen, die schon lange im Beruf stehen, recht gut und gewinnbringend deren grundpflegerisches Können abschauen kann. Ferner wirke sich fachliche Kompetenz im Allgemeinen positiv darauf aus bzw. erklärt, wieso Pflegepersonen mit diesen Eigenschaften als Vorbilder herangezogen werden. Denn fachliche Kompetenz zeichnet sich im Berufsalltag nicht nur durch theoretisches Wissen aus, sondern auch durch dessen sichere Umsetzung. Ferner ist auch das vorhandene Charisma ein Beweggrund dafür, sich jemanden als Vorbild zu nehmen. Daran anknüpfend wurde in den Interviews insbesondere der Faktor Sympathie genannt, der sich in verstärktem Maße dafür verantwortlich zeigt, wieso bestimmte Personen bevorzugt als Vorbilder herangezogen werden. Die Sympathie wiederum scheint auch mit dem Alter in Zusammenhang zu stehen, da die lebensweltlichen Gemeinsamkeiten (Fortgegewohnheiten, Lieblingsbücher, Musik- und Modegeschmack, etc.) als Grundlage einer freundschaftlichen Beziehung in einem ähnlichen Alter eher gegeben sind. Was aber nicht zwingend der Fall sein muss. Denn Ähnlichkeit und Altersgleichheit bewirkt auch, dass die SchülerIn der gleichaltrigen Pflegeperson keinen Respekt entgegenbringen kann und von daher auch als Vorbild auffällt. Somit ist nicht nur das Alter, sondern ebenso der Altersunterschied mit zu beachten bei der Suche nach den Gründen der Wahl von Vorbildern. Ausdrücklich erwähnt wurde auch die Variable Höflichkeit, die ebenso als Grund für die Wahl des Vorbildes zu betrachten ist. Nicht jedoch Regionalität oder Ethnizität. An diesen beiden fällt aber auf, dass sie sehr wohl der Grund dafür sind, wieso sich Personen, die etwa aus der gleichen Gegend kommen oder die gleiche Sprache sprechen und Kultur pflegen, gerne miteinander abgeben. Nicht aber um voneinander etwas in der Pflege zu lernen. Anders aber, wenn eine

Pflegeperson sehr ruhig und gelassen ist. Das prädestiniert sie mitunter, als Vorbild herangezogen zu werden da sie auch in stressigen Situationen ein offenes Ohr für die SchülerInnen hat. Ein Punkt, der in der Diskussion noch eingehend zu besprechen sein wird und darauf hinweist, dass Vorbilder und das Lernen am Modell ein soziale Sachverhalte sind; also es nicht nur denjenigen braucht, der sich etwas abschaut, sondern auch denjenigen, der etwas zeigt. Doch ich greife vor.

VI. 5. b. Wissen um die Vorbildfunktion der PraxisanleiterInnen/LehrerInnen

Den PraxisanleiterInnen, LehrerInnen, Bezugsschwestern und Bezugspflegern ist ihre Vorbildwirkung auf die SchülerInnen sehr stark bewusst. Das hat zur Folge, dass sie auf ihr Verhalten und ihr Auftreten intendiert Acht geben. Des Weiteren führt das Wissen um die Vorbildfunktion, bzw. das Wissen, aktuell von der SchülerIn beobachtet zu werden, dazu, dass sie ihre Pflegehandlungen langsamer und distinkter setzen als sie das im unbeobachteten Alltag tun würden, sodass sie auch gut beobachtet und nachvollzogen werden können. Auch von den BetreuerInnen bewusst herbeigeführte Nachbesprechungen tragen dazu bei, das Gesehene richtig einordnen zu können und sind als Indikator dafür zu werten, dass man sich bewusst darüber ist, als Modell oder Vorbild zu agieren. Auch wie man sich ausdrückt, wie man etwas Bestimmtes formuliert und mitteilt, wird von den Vorbildern im Wissen um ihre Funktion der Situation angepasst. Man macht die Dinge reflektierter.

„Ich habe geschaut dass ich es immer gut mache, die Handlungen nicht so schludrig und schnell schnell ausführe. Sondern sage: „Jetzt beginnen wir, hier endet unser Aufgabenbereich.“ Das man auch dem Schüler diese Grenzen zeigt. Andererseits sollte man dabei auch selbstreflektierter vorgehen. Dass man es nicht wie im Alltag macht, wie man es immer macht. Sondern halt so: Der schaut mir auf die Finger, der schaut sich etwas ab. Für den ist das irgendwie wichtig. Das ich es dann etwa einen Schritt langsamer mache damit er mir folgen kann. Also ich war mir dieser Vorbildwirkung schon immer bewusst.“ (L1: 5)

VI. 5. c. Wandel des Vorbildes

Zum Punkt Wahl des Vorbildes ist zu beobachten, dass sich die Gründe, warum jemand von den SchülerInnen als Vorbild herangezogen wird und der Rolle der Pflegeperson somit ein Gesicht gibt, einem Wandel unterliegen. Sind es im ersten Ausbildungsjahr Gründe der Sympathie, die eine wesentliche Rolle spielen, so werden im weiteren Verlauf zusehends fachliche Gründe bedeutender. Zu tun hat das zum einen damit, dass das Fachliche im Laufe der Ausbildung zur Pflegeperson an Bedeutung gewinnt. Zum anderen aber auch damit, dass

die SchülerInnen fachliche Qualitätsunterschiede nicht schon von Beginn an gut wahrnehmen können, sondern erst Schritt für Schritt erkennen können – es also Zeit dafür braucht zwischen adäquaten und weniger adäquatem fachlichem Wissen diskriminieren zu können. Das bedeutet zwar nicht, die eher persönlich zu bewertenden Gründe, warum jemand als Vorbild gewählt wird, würden gänzlich an Bedeutung verlieren. Aber die fachlichen Gründe erweisen sich als mehr und mehr wichtig. Prinzipiell wird eine Differenz zwischen persönlichen und fachlichen Gründen für die Wahl des Vorbildes an SchülerInnen höherer Jahrgänge eher wahrgenommen.

VI. 5. d. Positive und Negative Modelle

Da die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen den SchülerInnen den Rat geben bzw. die Anweisung erteilen, sich in der Praxis aktiv Vorbilder zu suchen, um von jenen zu lernen, gleichzeitig aber bekannt ist, dass man in der Praxis auch auf Handlungsweisen trifft, die weniger nachahmenswert sind, unterscheiden die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen zwischen positiven und negativen Modellen und ergänzen ihren Hinweis an die Schülerinnen dahingehend, sich sowohl positive als auch negative Modelle zu suchen. Ferner sind beide Berufsgruppen der Meinung, es gehöre zum Reifungsprozess einer SchülerIn dazu, zwischen positiven und negativen Modellen unterscheiden zu lernen. Von Wichtigkeit ist das insofern, weil vor allem die SchülerInnen des dritten Jahrganges auf der Station häufig die Bezugsschwestern oder den Bezugspfleger wechseln und folge dessen viele verschiedene pflegerische Handlungsweisen und berufsspezifische Umgangsformen präsentiert bekommen. Jene SchülerInnen höherer Jahrgänge zeichnet aber auch das Entscheidungsvermögen aus, zu sagen: „Ok, ich mache das so!“ Bzw. es wird an der Art und Weise festgehalten, wie man es in der Schule theoretisch gelernt hat. Auch das ist eine Möglichkeit, wie man die Kontingenzen klein hält und zwischen positiven und negativen Modellen differenzieren kann.

Negative Modelle werden als solche bezeichnet, von denen man sich abgrenzt und sagt: „So möchte man das nicht machen!“ bzw. explizit die Berufsrolle betreffend: „So möchte man nie werden!“ Im Gegenteil zu den positiven Vorbildern, denen man nacheifert und im Allgemeinen eher affirmativ gegenübersteht.

Im Allgemeinen sind die Befragten recht einhellig der Meinung, dass man von negativen Modellen sehr viel lernen könne.

VI. 5. e. Funktion von Vorbildern

Von Modellen kann man lernen, wie man die Berufsrolle konkret ausführt. Auch negative Modelle haben hierbei ihre Funktion, weil sie das, wie man besser nicht zu sein hat, anschaulich repräsentieren. Im Gegensatz dazu dient das positive Modell nicht nur als anzustrebendes Ziel, sondern gleichzeitig auch als Motivationsfaktor, dieses zu erreichen. So sind sich die PraxisanleiterInnen und LehrerInnen darüber im Klaren über ihre Vorbildwirkung motivierend auf die SchülerInnen einzuwirken, ihr Verhalten oder ihren interaktiven Auftritt zu verändern. Diesbezüglich geben Vorbilder auch eine Folie ab, die dazu beiträgt, zu wissen wie man sich zu verhalten und aufzutreten hat gegenüber den Patienten. Damit geht ein Kleinhalten der Kontingenz einher und es hat überdies den Effekt, sich bewusst für eine Art der Durchführung pflegerischer Handlungsweisen zu entscheiden, obwohl dafür möglicherweise auch Alternativen zur Verfügung stünden, die ebenso zum Ziel führen würden.

VI. 5. f. SchülerInnen höherer Jahrgänge

Als mögliche Vorbilder werden zwar auch SchülerInnen höherer Jahrgänge genannt, jedoch spielen diese in Bezug auf die Aneignung der Berufsrolle, den Aussagen der Interviewten LehrerInnen und PraxisanleiterInnen zur Folge, eher eine untergeordnete Rolle. Vielmehr kann man an den stationsspezifische Regeln und Verhaltensanforderungen, die explizit an die SchülerInnen gestellt werden, lernen. Als gute Informationsquelle dienen die SchülerInnen höherer Jahrgänge den Schülerinnen niedrigerer Jahrgänge insbesondere auch für das in Erfahrung bringen von informellen Regeln, die für SchülerInnen auf den Stationen gelten und in keinen Tätigkeitskatalogen nachzulesen sind – etwa um in Erfahrung zu bringen, wer auf den Schwesternnotruf (sprich: die Glocke) zu reagieren hat. Dabei geht es dann aber wie gesagt kaum um ein Lernen der Berufsrolle, sondern eher darum, zu machen was, auch die anderen SchülerInnen machen.

VI. 6. Organisation als Kontext der Rollenaneignung und des Lernens am Modell

Dass sich sowohl die Aneignung der Rolle der Pflegeperson als auch das dazu beitragende Lernen am Modell weitestgehend in dem organisierten Kontext Krankenhaus abspielen und von daher dieses Setting durch seine Strukturierung auch Rückwirkungen auf die Strukturierung der Berufssozialisation hat, wurde inhaltlich wie folgt von den PraxisanleiterInnen und LehrerInnen kommentiert:

VI. 6. a. Organisation als Kontext des Lernens am Modell

Stationsintern geregelt erfolgt in der Praxis die Zuordnung der SchülerInnen zu Pflegepersonen in der Form, dass insbesondere SchülerInnen niederer Jahrgänge und zu Beginn ihrer Ausbildung so oft wie möglich mit PraxisanleiterInnen und SchülerbetreuerInnen zusammenarbeiten sollen. Alle SchülerInnen immer nur mit SchülerbetreuerInnen zusammenarbeiten zu lassen, ist auf Grund der Anzahl der SchülerbetreuerInnen nicht möglich. Auf den Stationen wird aber darauf geachtet und die Zuteilung der SchülerInnen zu Pflegepersonen dahingehend reguliert, ob eine Pflegeperson überhaupt mit SchülerInnen zusammenarbeiten will.

Dass sich für SchülerInnen höherer Jahrgänge die Bezugsschwester fast täglich ändert, hat zur Konsequenz, dass sie sich viele unterschiedliche Schwestern und Pfleger und deren Arbeitsweisen ansehen können. Ein Sachverhalt, der für die Organisation der Pflege als Bezugspflege so nicht zutreffend ist, weil die SchülerInnen in dem Fall viel alleine, und wenn doch gemeinsam mit Pflegepersonen, zumeist mit denselben arbeiten. Dadurch reduzieren sich strukturell die Möglichkeiten für die SchülerInnen, vielen verschiedenen Modellen ausgesetzt zu sein, um an ihnen lernen zu können – obwohl auch im System der Bezugspflege Pflegepersonen extra auf SchülerInnen zugehen und sie an lerntechnisch interessanten Pflegehandlungen teilhaben lassen.

Organisiert ist das Lernen am Modell auch in der Form, dass es schriftliche Leistungsnachweise gibt, an denen abgelesen werden kann, ob eine bestimmte Pflegemaßnahme schon beobachtet oder selbständig ausgeführt wurde. Diese Information ist jeder Station bekannt und sie kann darauf reagieren, ob etwas nicht mehr, jetzt oder erst später zu beobachten oder praktisch auszuführen ist. Was sich jedoch negativ auswirken kann und durch die sequentielle Struktur der Praktika ermöglicht wird, ist der Umstand, dass die jeweils aktuelle Station, auf der sich eine SchülerIn aufhält, eine Kritik nicht erteilt, weil sie weiß, dass die SchülerIn auch noch auf andere Stationen kommt und jenen zukünftigen Stationen die unbedingt anzubringende Kritik überlässt. Etwa wenn sich herausstellt, dass SchülerInnen Probleme mit der Kommunikation mit PatientInnen haben und die Station der SchülerIn nicht anrät, vielleicht einen anderen Beruf zu ergreifen, weil entweder angenommen wird, die SchülerIn lerne es noch, oder die Kritik wird dann an späterer Stelle von einer anderen Station der SchülerIn ausgesprochen.

SchülerInnen höherer Jahrgänge werden lt. den Aussagen der SchülerbetreuerInnen und LehrerInnen zwar nicht primär als Modelle betrachtet, aber sie geben dennoch gute Hinweise

an die anderen SchülerInnen und dienen aus dem Grund als Modell, an dem man als unerfahrenere SchülerIn lernen kann. Vor allem, was den organisatorischen Alltag der SchülerInnen auf den Stationen betrifft – z.B. wie man sich als SchülerIn auf der Station dem Team gegenüber verhält. Von Vorteil ist es da, dass sich die Praktika höherer und niederer Jahrgänge auf den Stationen zeitlich überschneiden.

VI. 6. b. Organisation als Kontext der Wahl des Vorbildes

Dass Vorbilder, um überhaupt solche sein zu können, tatsächlich verfügbar sein müssen, wurde oben, wo es um den organisierten Kontext der Berufspflege ging, bereits angemerkt. Von daher eröffnet ein oftmaliger Wechsel der Station für die SchülerInnen die Gelegenheit, sich viele verschiedene Vorbilder zu wählen und von deren Verhaltensweisen selektiv zu lernen. Jedoch braucht es auch Zeit, um sich einem Vorbild zu nähern und sich deren Verhaltensweisen selektiv aneignen zu können bzw. Feedback für deren offene Ausführung zu erhalten. Ein Sachverhalt, der bei oftmaligen Stationswechseln und kurzen Praktikumsaufenthalten nicht gegeben ist und die positiven Effekte des Lernens am Modell strukturell verringern oder gar unterbinden.

VI. 6. c. Die organisierte Kluft zwischen Schule und Praktikumsstelle

Die Kommunikation zwischen Schule und Praxis wird von den Interviewten als eine gute beschrieben. Jeder LehrerIn sind bestimmte Stationen zugeteilt, mit denen sie in Austausch steht. Etwa um den Stationen mitzuteilen, dass die SchülerIn, die jetzt auf die Station kommt, Unterstützung bei diesem oder jenem benötigt oder von Seiten der Station bei der SchülerIn auf dieses oder jenes geachtet wird – etwa ob sich die SchülerIn auch auf dieser Station schwer tut im Umgang mit Hierarchien. Aber auch die Station teilt der LehrerIn allfällig auftretende Besonderheiten der SchülerInnen mit, was zur Qualitätssicherung beiträgt.

Dass in der Praxis vieles von dem nicht eingehalten wird, wie es in der Schule gelehrt wird, das ist allen Beteiligten bekannt. SchülerInnen verwenden diesen Sachverhalt aber auch, um im Unterricht zu sagen, so wie das von den LehrerInnen gelehrt wird, ist es in der Praxis nicht anzutreffen. Das schmälert den pädagogischen Wert des vermittelten theoretischen Wissens der Schule. Aus dem Grund appelliert die Schule auch an die Pflegepersonen auf den Stationen, dass sie sich ihrer Rolle als Vorbilder bewusst zu sein haben. Etwa wenn es darum geht, den gesetzlich neu regulierten Bereich des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches

ernst zu nehmen. So beobachtet eine interviewte Lehrerin, wenn die Eigenverantwortlichkeit der Pflege auf den Stationen nicht aktiv betrieben werde, so wirke sich das negativ auf das pflegerische Selbstverständnis der SchülerInnen aus. Aber auch auf die Lehre wirkt sich das nicht vorteilhaft aus, weil ja gerade die Lehre bemüht darum ist, den SchülerInnen die Pflege als eine Profession mit eigenem Tätigkeitsbereich und selbstständig zu tragender Verantwortung zu präsentieren.

Auf der anderen Seite sind die von den SchülerInnen gemachten Erfahrungen auf der Station von großer Hilfe, um den SchülerInnen auch abstrakteres theoretisches Wissen vermitteln zu können, weil die gemachten Erfahrungen der SchülerInnen die Möglichkeit eröffnen, neues theoretisches Wissen an alte Erfahrungen knüpfen zu können. Aber auch auf der Station kann es gut ankommen, wenn die SchülerInnen neues Wissen aus der Schule an die Station herantragen. Interessiert nachzufragen, was es denn Neues gebe an Wissen oder Techniken, gibt den SchülerInnen Gelegenheit, zeigen zu können, was man weiß.

Unterschiede in der Ausführung von Pflegehandlungen zwischen der Schule und den Stationen im Krankenhaus können auch dazu führen, dass die SchülerInnen legitim von den pflegerischen Routinen der Station abweichen können und so pflegen, wie sie es in der Schule unterrichtet bekommen haben.

VI. 7. Zwischenbetrachtung: Darstellung der Berufssozialisation in der Krankenpflege und damit einhergehende Problemstellungen für SchülerInnen

Wie sich die Berufssozialisation aus der Perspektive der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen beschreiben lässt, darüber soll nun auf zwei unterschiedliche Weisen berichtet werden: Zum einen wird darüber berichtet, welche Instanzen und Akteure, bzw. welche damit einhergehenden Einflüsse die Berufssozialisation in der Krankenpflege maßgeblich gestalten. Zum anderen soll die Berufssozialisation mit Bezug auf das „Betriebswissen“ (Meuser/Nagl 2005: 76) der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen dahingehend beschrieben werden, welche spezifischen Probleme die SchülerInnen im Rahmen ihrer Berufssozialisation zu lösen haben und welche Lösungsstrategien sie dabei verfolgen. Die im Zuge der Aneignung der Berufsrolle auftretenden Probleme für die SchülerInnen und deren potentielle Lösungen, so wie sie aus den Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen herauszulesen sind, dienen meiner Forschung dann in weiter Folge auch dazu, den Leitfaden der Interviews mit den Schülerinnen zu gestalten.

VI. 7. a. Maßgebliche Instanzen und Akteure sowie deren Einfluss auf die Berufssozialisation

Die bisherigen Ergebnisse zusammenfassend, wird im nun Folgenden die Berufssozialisation zur Pflegeperson anhand der maßgeblichen Akteure, Instanzen und deren Einfluss auf die Rolleneignung durch die SchülerInnen beschrieben werden. Aber auch die relevanten Problemstellungen und potentiellen Lösungsmöglichkeiten werden im nächsten Abschnitt angeführt werden. Mit Hilfe dessen soll sich aus dem eben dargestellten Betriebswissen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen ein inhaltlich gerafftes Bild darüber ergeben, wie man sich die Aneignung der Berufsrolle der Pflegeperson vorzustellen hat. Konkret dargestellt wird das wie gesagt in diesem Abschnitt anhand der Akteure und Instanzen bzw. deren jeweiligen Einfluss auf die Aneignung der Berufsrolle der Pflegeperson durch die SchülerInnen. Als entsprechende Akteure und Instanzen sind die Schule (1), die LehrerInnen (2), die Station (3), die PraxisanleiterInnen (4), die Pflegepersonen auf der Station (5), die MitschülerInnen (6) die PatientInnen (7) und die Persönlichkeit der SchülerInnen (8) zu nennen. Bezugnehmend auf die Instanzen und Akteure sowie der Auflistung ihres spezifischen Einflusses auf die Rolleneignung soll nun die Berufssozialisation umrisshaft dargestellt werden. Die abschließend daran präsentierte Graphik (siehe: Abb. 1) trägt dann ihr Übriges zur Komprimierung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews bei.

(1) Die *Schule* zeichnet sich als Sozialisationsinstanz dadurch aus, dass sie im Rahmen ihres Curriculums in theoretischer Art und Weise über das unterrichtete Rollenkonzept auf die SchülerInnen einwirkt. Im Zuge dessen vermittelt sie den SchülerInnen ein Bild der Pflege, das es nahe legt, dass es die Pflege selbst ist, die die Rolle der Pflegeperson autonom in ihrer jeweiligen Qualität bestimmt. Aber auch über die Benotung der SchülerInnen und der damit einhergehenden Qualifizierung des Wissens als falsch oder richtig, kann die Schule beeinflussend auf die Vorstellungen der SchülerInnen einwirken, wie eine Pflegeperson zu sein hat. Ferner wirkt die Schule dahingehend sozialisatorisch auf die SchülerInnen ein, als sie den SchülerInnen die Möglichkeit bietet über Feedbacks, Diskussionsrunden und der Durchführung und Besprechung von Rollenspielen, als Reflexionsinstanz der Praxis aufzutreten. In jenen Situationen kann es auch zu einer Explizierung impliziten Wissens rund um die Rolle der Pflegeperson kommen. Einfluss übt die Schule institutionell auch im Zuge der angeleiteten Praktika auf die SchülerInnen aus. Im Rahmen angeleiteter Praktika kann die Schule zeitlich begrenzt in die praktische Sozialisation auf der Station eingreifen.

(2) *LehrerInnen* haben, neben der Art und Weise, wie sie die Lehrinhalte des Curriculums zum Thema Rollenkonzept darbieten und pädagogisch interpretieren, insofern einen Einfluss auf

die sozialisatorische Aneignung der Rolle der Pflegeperson durch die SchülerInnen, als sie selbst Teil der Pflege sind. So können die LehrerInnen, indem sie ein entsprechendes Vorbild abgeben, ebenso auf die Berufssozialisation der SchülerInnen gestaltend eingreifen. Und das nicht nur in den angeleiteten Praktika, sondern auch und vor allem in der Schule. Ferner können die LehrerInnen durch eine Sanktionierung der Umgangsformen der SchülerInnen untereinander erzieherisch auf die SchülerInnen und ihr Verhalten eingehen.

(3) Die *Stationen* wiederum gestalten die Aneignung der Rolle der Pflegeperson in der Art, dass sie den SchülerInnen ein konkretes Bild von der Praxis der Krankenpflege geben. Denn das Erleben der Pflege von SchülerInnen gestaltet sich selbstverständlich auch dadurch, welche Art der Pflege auf den Stationen konkret zu beobachten ist. Insbesondere der Kontrast zur Schule und der darin vorgestellten Form der Pflege wirkt auf den Erwerb der pflegepersonenspezifischen Ansichten, Einstellungen und Erwartungen ein. Ebenso wie die Schule kann die Station über ihre Beurteilungskriterien auf das Rollenverständnis der SchülerInnen eingreifen, weil gute oder schlechte Noten immer auch mitkommunizieren, was von SchülerInnen und somit zukünftigen Pflegepersonen erwartet wird. Aber auch strukturell beeinflusst die Instanz Station die Berufssozialisation, weil sie die Zuteilung der SchülerInnen zu Pflegepersonen reguliert und von daher mitbestimmt, wie lange man und mit wem man gemeinsam Arbeit verrichtet und somit von wem man sozialisatorisch profitieren kann.

(4) Die Implikation der *PraxisanleiterInnen* auf den Sozialisationsprozess ist darin zu sehen, dass sie als institutionalisierte Vorbilder für die SchülerInnen fungieren. Auch wissen die PraxisanleiterInnen beobachtet zu werden und kontrollieren dahingehend ihr vorgezeigtes Verhalten. Diesbezüglich versuchen sie den SchülerInnen das von ihnen Gezeigte positiv als Anschauungsobjekt anzubieten. In dem Sinne machen sie ihre sozialisatorische Funktion recht stark an praktischen Belangen fest und ermöglichen den SchülerInnen, Erwartungen, und auch solche impliziter Art, in Bezug auf bestimmte in der Praxis anzutreffende Situationen aufzubauen. Ebenfalls nehmen die PraxisanleiterInnen in Nachbesprechungen Einfluss auf die Sicht der SchülerInnen auf die Pflege und die in diesem Beruf Arbeitenden.

(5) Ähnliches wie für die PraxisanleiterInnen lässt sich auch für die *Pflegepersonen* im Allgemeinen attestieren, mit denen die SchülerInnen auf der Station zusammenarbeiten. Auch wenn sie sich ihrer Rolle als Vorbild nicht in der Art bewusst sind wie die PraxisanleiterInnen. Nichtsdestotrotz dienen selbstverständlich auch alle anderen Pflegepersonen auf der Station den SchülerInnen als Modelle, von denen man lernen kann. Und auch in dem Zusammenhang ist an die Vermittlung impliziter Wissensbestände zu denken.

(6) *MitschülerInnen* hingegen verhelfen eher dazu, die SchülerInnen über ihre informelle Rolle auf der Station aufzuklären. Ferner dienen höhersemestrige SchülerInnen als Vergleichsobjekte, an denen man jeweils ablesen kann, was man noch alles zu lernen hat. Die Erwartungen sozialer Art, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen, sind an jenen aber nur sehr begrenzt beobachtbar.

(7) *PatientInnen* hingegen wirken sehr wohl sozialisatorisch auf das pflegerische Rollenverständnis der SchülerInnen ein, weil PatientInnen Erwartungen an die SchülerInnen richten, denen die SchülerInnen in ihrem pflegerischen Tun Rechnung zu tragen haben. Also etwa das klischeehafte Bild der Schwester oder des Pflegers, das manche PatientInnen aus den Massenmedien beziehen und in weiterer Folge unreflektiert auf die SchülerInnen projizieren. Zu tun haben die Erwartungen, die PatientInnen an die Pflegepersonen adressieren, mit den bisher gemachten Erfahrungen der PatientInnen. PatientInnen, die bereits öfter mit der tatsächlichen Realität des Krankenhauses zu tun haben, relativieren ihre klischeehaften Vorstellungen der Pflege aus dem Grund zumeist auch sehr rasch.

Ferner ist an den Reaktionen der PatientInnen für die SchülerInnen auch gut ersichtlich, wie ein bestimmter Stil des Pflegens bei den PatientInnen ankommt. Auch in dem Sinne haben die PatientInnen einen Einfluss auf die Aneignung der Rolle der Pflegeperson.

(8) Die *Persönlichkeit der SchülerInnen*, die sich die Rolle anzueignen haben, spielt selbstverständlich auch einen Einfluss auf die Qualität der Berufssozialisation. So machen sich etwa bisherig gemachte Erfahrungen, sowohl im Beruflichen, als auch im Privaten positiv wie negativ bemerkbar bei der Berufssozialisation in der Krankenpflege. Aber auch die eigenen anderen Rollen, wie beispielsweise die Geschlechterrolle, wirken sich für die Aneignung der Berufsrolle sowohl positiv als auch negativ aus. Ebenso wirkt sich die Persönlichkeitsstruktur darauf aus, wie man mit den in der Pflege anzutreffenden Sozialisationsinhalten umgeht bzw. ob man sie überhaupt als solche annimmt oder gar ablehnt. Zu nennen ist in dem Zusammenhang auch das familiäre Umfeld und der Freundeskreis. Auch jene Instanzen prägen die Berufssozialisation der SchülerInnen.

Interessanterweise wurde von den PraxisanleiterInnen und LehrerInnen die Rolle der Ärzteschaft oder anderer Angehöriger medizinischer Berufe nicht als maßgeblich für den Sozialisationsprozess hervorgehoben – außer im Fach Berufskunde, um sich von jener Berufsgruppe abgrenzen zu können.

In erneut inhaltlich geraffter Form nun die graphische Darstellung der maßgeblichen Instanzen und Akteure der Berufssozialisation in der Krankenpflege und deren spezifischen Einfluss auf ebene Berufssozialisation:

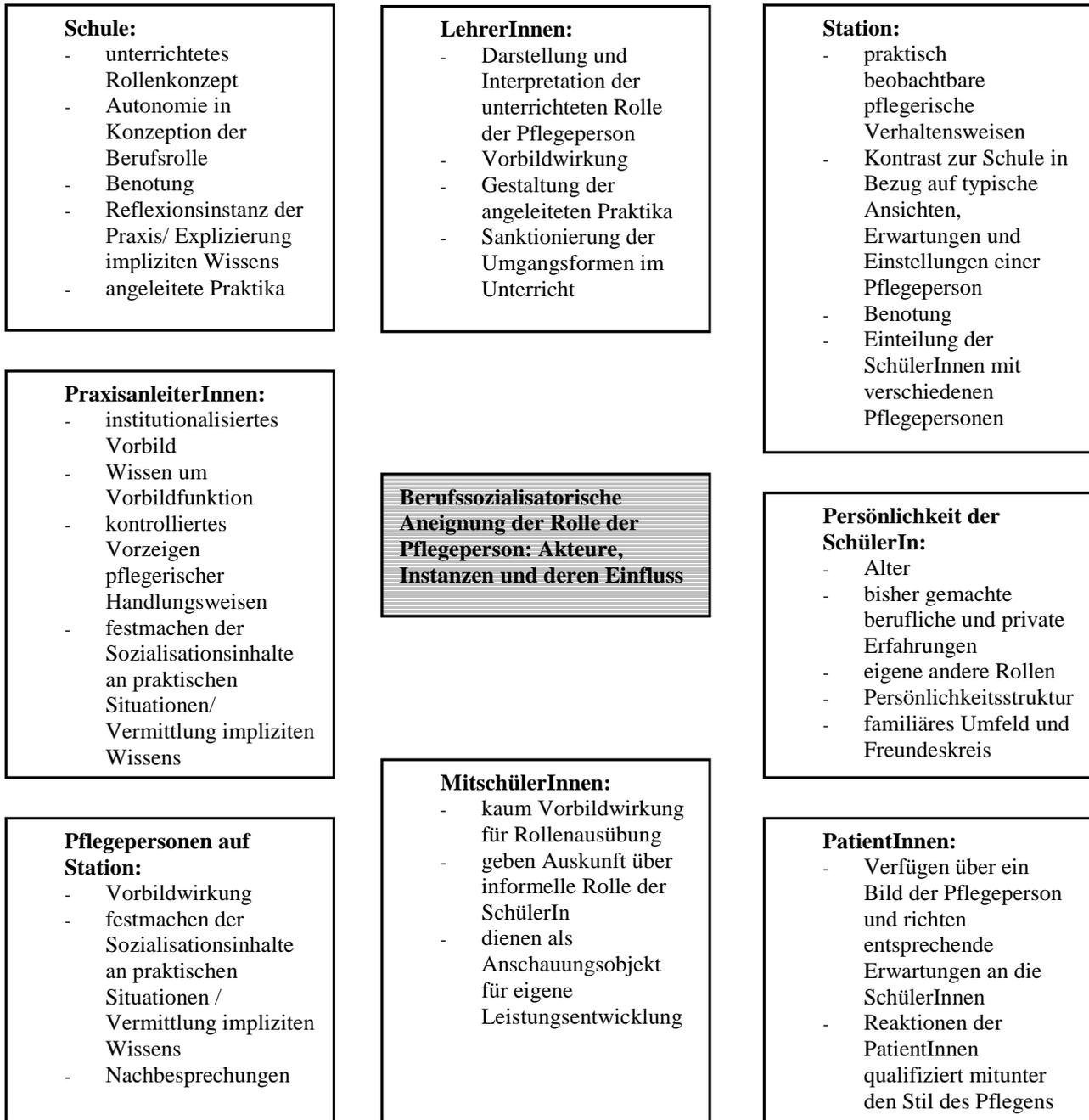


Abb. 1: Auf Berufssozialisation in der Pflege einflussnehmende Instanzen und Akteure

VI. 7. b. Berufssozialisatorisch relevante Problemstellungen und Lösungsmöglichkeiten für SchülerInnen

Die bis zu diesem Zeitpunkt dargestellten Ergebnisse, die sich aus dem Betriebswissen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflege speisten, zeigen einige Punkte, welche den SchülerInnen für ihre aktive Aneignung der Berufsrolle möglicherweise problematisch erscheinen könnten.

Die nun folgende Darstellung der Probleme, die Krankenpflegeschülerinnen im Zuge ihrer Aneignung der Berufsrolle zu lösen haben, soll nicht nur dazu dienen, insbesondere anhand jener Problemstellungen den Sozialisationsprozess von Krankenpflegeschülerinnen nachzuzeichnen. Sondern im Rahmen meines Forschungsprozesses erfüllten diese potentiellen Problemstellungen auch die methodische Funktion, die Interviews mit den SchülerInnen inhaltlich zu orientieren. Aber auch auf die in den Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen hingewiesenen Lösungsstrategien soll nun eingegangen werden. Denn auch die sich abzeichnenden Lösungsstrategien der berufssozialisatorischen Problemstellungen waren es, mit Hilfe derer ich den Leitfaden für die Interviews mit den SchülerInnen thematisch strukturierte. Doch welche Themen sind es nun, die die SchülerInnen in ihrer Sozialisation zur Pflegeperson möglicherweise als problematisch erleben und für sich zu lösen haben?

Konkret zu nennen sind folgende berufssozialisatorisch *potentiell problematischen Themen*: das ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflegeausbildung (1) erste praktische Erfahrungen auf der Station (2), Theorie vs. Praxis (3), Kontingenz des pflegerischen Handelns (4) und Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände (5);

Als *potentielle Lösungsstrategien* im Umgang mit eben jenen Problemstellungen kommen die Themen: Lernen am Modell/ mündliche Nachbesprechung (6), Vorbilder als Quelle der Motivation (7) und Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station (8) in Frage.

Die Themen werden nun in einer Art und Weise dargestellt, die inhaltlich an manchen Stellen über das von den ExpertInnen Gesagte hinausgeht – auch wenn sich die Inhalte *abduktiv* aus dem von den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen Gesagten ergaben. Aus dem Grund auch der inhaltlich eher hypothetische Charakter der nun folgenden Darstellung. Die Interviews mit den SchülerInnen richtete ich wie bereits angemerkt aber dahingehend aus, dass konkrete Antworten auf eben jene nun darzustellenden Fragen zu erwarten waren.

Mögliche Problemfelder:

(1) Das *ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflege* ist von daher als möglicherweise problematisch für die SchülerInnen anzusehen, weil den SchülerInnen in der theoretischen Ausbildung ein Bild der Rolle der Pflegeperson gezeichnet wird, das sich ständig im Wandel befindet. Ferner wird den Schülerinnen in der Schule darüber berichtet, dass Pflegepersonen in der Praxis oftmals andere Erwartungen und Einstellungen haben, als sie von den LehrerInnen in der Schule unterrichtet werden bzw. von Seiten der Schule als wünschenswert dargestellt werden. Des Weiteren wird die Rolle der Pflegeperson zwar in den von LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege unterrichteten Fächern Hygiene und Berufskunde sehr explizit und konzeptionell besprochen, in dem Fach Gesundheits- und Krankenpflege wiederum wird nur eine recht allgemeine Vorstellung der Rolle der Pflegeperson gegeben. Ein möglicherweise daraus sich ergebendes Problem für die SchülerInnen könnte demnach sein, dass die Rolle der Pflegeperson, so wie sie im Unterricht dargestellt wird, von den SchülerInnen als ambivalent erlebt wird.

(2) Das Thema *erste praktische Erfahrungen auf der Station* meint in Bezug auf die Aussagen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, dass den SchülerInnen das auf den Stationen dargebotene Bild der Rolle der Pflegeperson möglicherweise dahingehend problematisch erscheint, als es nicht dem entspricht, was sie erwartet haben. Denn nicht nur die Schule gibt den SchülerInnen ein Bild der Krankenschwester oder des Krankenpflegers an die Hand. Auch eigene Erfahrungen, die man möglicherweise als PatientIn gemacht hat, tragen dazu bei. Aber auch Freunde oder Verwandte, die selbst beruflich mit der Pflege zu tun haben und die Massenmedien zeichnen ein Bild der Pflege, das den Schülerinnen bisher als Orientierung diente und sich nun in der konkreten Praxis auf der Station der Realität zu stellen hat. Wie bewältigen die SchülerInnen jene erste Sozialisationsphase, in der die bisher gemachten Erfahrungen und bisher gebildeten Erwartungen auf die Berufspraxis auf der Station treffen?

An der Stelle ist auch zu fragen, ob die SchülerInnen sich auf der Station nicht zu sehr mit der Rolle der SchülerIn identifizieren und aus dem Grund die Aneignung der Rolle der Pflegeperson sozialisatorisch eher hintangestellt wird?

(3) Ein weiterer, als möglicherweise berufssozialisatorisch problematisch einzustufender Sachverhalt könnte auch der Umstand angesehen werden, dass auf der Station an die Schülerinnen andere Erwartungen herangetragen werden, als das in der Schule der Fall ist. Damit einhergehend könnten es die SchülerInnen im Hinblick auf das Spannungsfeld *Theorie vs. Praxis* als kritisch erleben, in der Schule und in der Praxis unter verschiedenen Leistungsgesichtspunkten benotet zu werden.

(4) Als problematisch kristallisierte sich in den Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen auch das Thema *Kontingenz des pflegerischen Handelns* heraus. Darunter ist die recht unterschiedliche Art des Pflegens gemeint, die den SchülerInnen von unterschiedlichen Seiten präsentiert wird. Zu nennen sind in dem Zusammenhang jedoch nicht ausschließlich unterschiedliche Stile des Pflegens – also den expressiv zwischenmenschlichen Part der Pflege betreffend –, sondern auch die unterschiedliche Lösung ein und desselben technisch zu lösenden pflegerischen Problems. Und welche Rolle spielt dabei für die SchülerInnen der Umstand, dass nicht nur Unterschiede zwischen der Theorie und der Praxis zu beobachten sind, sondern auch in der Praxis selbst Unterschiede des pflegerischen Handelns zu beobachten sind? Wird das von den SchülerInnen für ihre Aneignung der Rolle der Pflegeperson ebenso als problematisch erlebt?

(5) Der Punkt *Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände* scheint aus dem Grund Konfliktpotential für die Schülerinnen mit sich zu bringen, weil er viele der bisher genannten Problemfelder in einem Punkt zusammenfasst: wie gehen Schülerinnen damit um, von LehrerInnen oder Pflegepersonen kritisiert zu werden, obwohl es im Handeln der Pflege nicht nur einen richtigen Weg zu geben scheint, wie man ein Pflegeproblem jeweils adäquat löst? Aber auch der Umgang mit impliziten Wissensbeständen in der Pflege könnte an dem Punkt problematisiert werden. Denn wie kann man legitim kritisieren bzw. sich rational rechtfertigen, wenn der Inhalt der Kritik nicht verbalisierbar und standardisierbar ist?

Mögliche Lösungsmöglichkeiten:

(6) Die Themen *Lernen am Modell* und *mündliche Nachbesprechung* stellen jeweils zwei Lösungsmöglichkeiten dar, wie mit den eben genannten potentiellen Problemstellungen von Seiten der SchülerInnen im Rahmen ihrer Ausbildung gewinnbringend umgegangen werden kann. Denn zwischen adäquaten und inadäquaten pflegerischen Handlungsweisen unterscheiden zu lernen, ist selbst Teil der Lernleistung, die SchülerInnen in ihrer Ausbildung zu erbringen haben. In den Interviews zeichnete sich ab, eben jenes Unterscheiden zu lernen, erfolge zum einen über mündliche Nachbesprechung. Zum anderen, indem immer mitbeobachtet wird, wie effizient andere Pflegepersonen jeweils spezifische pflegerische Probleme lösen. Beiden Lösungsstrategien lassen für die SchülerInnen möglicherweise auch einen probaten Umgang mit impliziten Wissensbeständen zu.

(7) Eine verwandte Lösungsstrategie könnte möglicherweise aber auch die Wahl von *Vorbildern* sein. Denn Vorbilder könnten eventuell von den SchülerInnen dafür herangezogen werden, jene zuvor angeführte Kontingenz im pflegerischen Handeln oder das ambivalente

Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflege zu durchbrechen, indem man sich an ausschließlich einem Vorbild und dessen pflegerischen Handlungsweisen orientiert. Zu tun hat das mit der bei den SchülerInnen erwachsenden *Motivation*, das am Vorbild Beobachtete selbst auszuführen. Somit könnte auch die Untersuchung der Gründe für die Wahl des Vorbildes darüber aufklären, welche speziellen Probleme die Schülerinnen im Rahmen ihrer Berufssozialisation zu lösen haben.

(8) Aber auch die *Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station* sind als potentielle Lösungsmöglichkeit für eben genannte Probleme zu nennen.

All das zu untersuchen war Aufgabe des zweiten Teils meines empirischen Forschens und wird nun im Rahmen der Ergebnisdarstellung der SchülerInneninterviews beschrieben werden. Zuvor jedoch noch eine graphische Darstellung (siehe: Abb. 2) der potentiellen Problemfelder und der diesbezüglichen Lösungsmöglichkeiten, wie sie von mir *abduktiv* aus dem Expertenwissen der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen abgeleitet wurden.

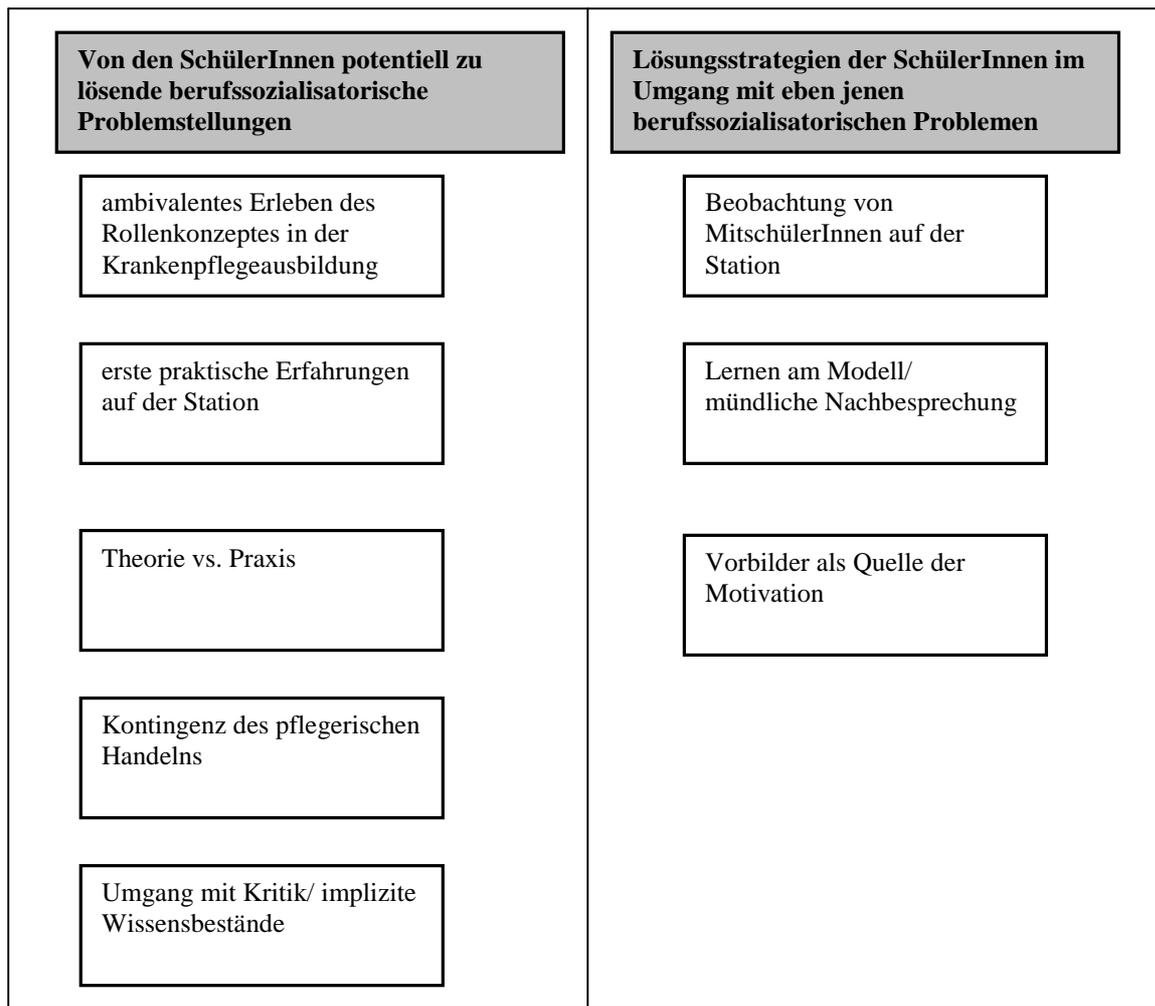


Abb. 2: Von den SchülerInnen potentiell zu bewältigende berufssozialisatorische Problemstellungen und diesbezüglich ebenso zu untersuchende Lösungsstrategien

VII. Ergebnisdarstellung SchülerInneninterviews

Die Auswertung der mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen geführten ExpertInneninterviews verfolgte zum einen das Ziel, den Prozess der Berufssozialisation von KrankenpflegeschülerInnen umrisshaft erfahrbar zu machen. Zum anderen lieferten die Ergebnisse der ExpertInneninterviews aber auch jene beobachtungsleitenden Kategorien (vgl. Meuser/Nagl 2005: 82), an Hand derer ich in einem weiteren Schritt meines Forschungsprozesses den Leitfaden für die Interviews mit den SchülerInnen *problemzentriert* ausrichten konnte.

Von daher ergab die inhaltsanalytische Auswertung der ExpertInneninterviews mit der Methode nach Meuser/Nagl (vgl. 2005) nicht nur eine kategoriale Darstellung der Berufssozialisation von KrankenpflegeschülerInnen. Sondern jene Kategorien, gebildet aus dem „Betriebswissen“ (ebd.: 76) der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, verhalfen mir auch dazu, den Interviews mit den KrankenpflegeschülerInnen inhaltlich einen problemzentrierten Fokus geben zu können. Zu bezeichnen sind jene Kategorien, die ich aus der Analyse der Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen gewann, mit: das ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflegeausbildung (1), erste praktische Erfahrungen auf der Station (2), Theorie vs. Praxis (3), Kontingenz des pflegerischen Handelns (4), Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände (5), Lernen am Modell/ mündliche Nachbesprechung (6), Vorbilder als Quelle der Motivation (7) und Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station (8). An jene Kategorien orientierte ich den Leitfaden der problemzentrierten SchülerInneninterviews.

Die SchülerInneninterviews, die ich mit drei Krankenpflegeschülerinnen und einem Krankenpflegeschüler des dritten und somit letzten Ausbildungsjahres geführt habe, wertete ich, wie im Methodenteil meiner Arbeit angegeben, mit der inhaltsanalytischen Auswertungsmethode der „Zusammenfassung“ nach Mayring (vgl. 2003: 59ff) aus. Diesbezüglich lassen sich nun entlang der eben angeführten Kategorien folgende Ergebnisse anführen:

VII. 1. Das ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes in der Krankenpflegeausbildung

In der Schule erleben die KrankenpflegeschülerInnen ein konkretes und konzeptionelles Bild der Rolle der Pflege, das sich in Abgrenzung zur Medizin konstituiert. Ferner erleben die SchülerInnen, dass in der Schule ein ideales Bild der Pflege gezeichnet wird.

Jedoch meinen die SchülerInnen, dieses ideale Bild der Pflege ließe sich in der Praxis nicht umsetzen, weil die Pflege auf den Stationen situationsangepasst und flexibel vonstatten zu gehen habe. Warum sich das in der Schule vermittelte ideale Bild der Pflege in der Praxis darüber hinausgehend nicht ausüben lässt, beschreiben die SchülerInnen damit, dass auf den Stationen ein Mangel an verschiedensten Ressourcen zu beobachten sei. Aus dem Grund sind auch zahlreiche, vom Ideal abweichende Kompromisse einzugehen.

„Man bekommt da jetzt ein gewisses Bild von der Schule, ja. Also das alles perfekt ist und unter Normalbedingungen. Aber in Wirklichkeit ist es natürlich nicht so. Und das es wirklich eine ständige Adaption ist an neue Situationen. Man muss wirklich sehr flexibel sein um das wirklich alles so durchführen zu können. Und vieles kann man auch in dem Ausmaß nicht durchführen.“ (S1: 2f)

„Manche Sachen sind einfach nicht so durchführbar wie man es in der Schule lernt. Z. B bei der Desinfektion oder beim Dauerkathedersetzen: Das lernt man zu zweit und dann ist man alleine.“ (S4: 3)

Was das Erleben des beruflichen Rollenkonzeptes in der Praxis betrifft, so steht für das pflegerische Handeln der SchülerInnen die Rolle der Pflegeperson zunächst nicht sehr im Vordergrund. Zu aller erst ist es für die SchülerInnen nämlich wichtig, sich bei Praxisantritt auf der Station einzuleben.

Eine große Rolle spielt die Rolle der Pflegeperson und die damit einhergehenden Erwartungen aber für die PatientInnen. Die PatientInnen beziehen ihre normierenden Vorstellungen weitestgehend aus den klischeehaften Darstellungen der Pflege, wie sie in den Massenmedien zu beobachten sind. Dieses massenmedial produzierte Bild der Pflege ist es dann auch, welches die PatientInnen in der Praxis mitunter auf die Pflegepersonen und deren Verhalten projizieren.

„Die Patienten sehen halt was sie von den Medien kommuniziert bekommen und das ist nie der Stress der im Hintergrund steht, das ist nie die Pflegedokumentation, das ist nie das Anlegen einer Pflegeplanung. Von dem hört man nichts. Man sieht die Schwester die dem Doktor mit dem Kaffeehäfertl hinterher rennt ob er jetzt lieber ein oder zwei Stückelr Zucker hätte. Und das ist die Schwester die sich zu den Patienten hinsetzen kann und stundenlang quatschen kann.“ (S3: 5)

Zusammenfassung Kategorie „das ambivalente Erleben des Rollenkonzeptes“:

Erleben des Rollenkonzeptes in der Schule:

- Rollenbild in Schule ist konkret und konzeptionell
- Rollenbild der Pflege konstituiert sich in Abgrenzung zur Medizin
- Rolle der Pflegeperson wird als Idealbild präsentiert

Erleben des Rollenkonzeptes in der Praxis:

- PatientInnen beziehen normatives Bild der Rolle der Pflegeperson aus den Massenmedien
- konzeptuelle Vorstellungen der Pflege bei Praxisantritt der SchülerInnen nachgeordnet – man muss sich zuerst sicher werden;

In Schule vermitteltes Idealbild in Praxis nicht umzusetzen weil:

- Praxis situationsangepasst und flexibel vonstatten geht
- in Praxis Kompromisse einzugehen sind
- in Praxis Ressourcenmangels besteht.

VII. 2. Erste praktische Erfahrungen auf der Station

Den Einstieg in die Praxis erleben die Schülerinnen so, dass die in der Schule transportierten idealen Vorstellungen der Pflege auf der Station nicht anzutreffen sind. Auch wird den Erfahrungen der SchülerInnen zur Folge in der Schule ein ungenaues Bild der Aufgaben einer Pflegeperson vermittelt. So überraschte die Schülerinnen der hohe administrative Aufwand, der Stress und die große Verantwortung, die Pflegepersonen in ihrer beruflichen Praxis auf den Stationen zu tragen haben. Augenscheinlich stellt sich für Schülerinnen der berufliche Alltag auch in der Weise dar, dass man sich in der Arbeit jeden Tag voll konzentrieren muss.

„Ich bin halt der Meinung, das ist ein Job wo ich nicht in der Früh hineingehe und mich vor den Computer setze und, weil ich schlecht gelaunt bin, einmal einen Tag weniger arbeite. Sondern da muss man wirklich immer 100% bei der Sache sein damit man wirklich keinen Fehler macht. Und von daher finde ich schon dass es ein sehr verantwortungsvoller Job ist.“ (S2: 2)

Schwer gestaltet sich die Praxis für SchülerInnen mitunter auch aus dem Grund, weil Pflegepersonen im Umgang mit Patienten Gefühle zu zeigen haben. Gleichzeitig wird auf der Station aber der Eindruck vermittelt, Pflegepersonen dürfen den Beruf nicht zu persönlich nehmen.

Vorraussetzungsvoll erweist sich die Praxis für SchülerInnen auch durch den Umgang mit den PatientInnen. So adressieren PatientInnen Aufgaben an Pflegepersonen, welche eigentlich von der Medizin zu erbringen wären. Etwa was die ärztliche Aufklärung betrifft. Im Allgemeinen fällt es den Pflegepersonen schwer, so die Beobachtung der SchülerInnen auf der Station, den PatientInnen gegenüber den eigenen Tätigkeitsbereich von jenem der ÄrztInnen abzugrenzen. Daneben bleibt den PatientInnen der hohe administrative Aufwand, den die Pflege zu leisten hat, verborgen. Erschwerend erachten SchülerInnen den Umgang mit PatientInnen auch deswegen, weil die PatientInnen jeweils unterschiedliche Erwartungen an die Pflegepersonen adressieren.

Ferner stellen die interviewten SchülerInnen fest, die an SchülerInnen gestellten Aufgabenbereiche seien im offiziellen Tätigkeitskatalog nicht angeführt.

Zusammenfassung Kategorie „erste praktische Erfahrungen auf der Station“:

Die Rolle der Pflegeperson wird in der Praxis in der Form erlebt, dass:

- PatientInnen auch Aufgaben der Medizin an Pflegepersonen adressieren
- es schwer ist PatientInnen gegenüber die eigenen Tätigkeiten von denen der Medizin abzugrenzen
- unterschiedliche PatientInnen unterschiedliche Erwartungen an Pflegepersonen richten
- den PatientInnen der hohe administrative Aufwand der Pflege verborgen bleibt
- verlangt wird von den Pflegepersonen Gefühle zu zeigen, man die Dinge aber nicht persönlich nehmen darf

- sie nicht so ideal ist wie in Schule dargestellt
- man sich jeden Tag voll Konzentrieren muss
- der hohe administrative Aufwand, der große Stress, die große Verantwortung und die Vielzahl an Aufgaben die damit verbunden sind, vorab nicht dargestellt wurden

Die an SchülerInnen gestellten Aufgaben sind:

- oftmals im Tätigkeitskatalog nicht erwähnt

VII. 3. Theorie vs. Praxis

Von den SchülerInnen werden unterschiedliche und sich zum Teil widersprechende Anforderungen erlebt, die zum einen die Schule und zum anderen die Stationen an sie herantragen. So bekommt man in der Schule für die Darstellung der idealen Pflege eine gute Note. In der Praxis hingegen bekommt man eine gute Note nur dann, wenn man sich und seine Pflege gut an die situativen Gegebenheiten anpasst. Das in der Schule vermittelte Wissen auf der Station eins zu eins umzusetzen, würde demnach nur schwerlich bedeuten, dafür auch in der Praxis eine gute Beurteilung zu bekommen. Denn vieles von dem, was in der Schule theoretisch gelehrt wird, kann in der Praxis auf Grund von Ressourcenmangel, insbesondere dem Mangel an Personal, nicht verwirklicht werden.

„Man versucht ja einen guten Mittelweg zu finden. Grundsätzlich ist es ja einmal so dass man von der Schule her lernt man ja die optimale Pflege. Fast schon die perfekte Pflege. Oft ist die gerade noch angemessene Pflege noch umsetzbar. Das Problem auf den Stationen ist das sehr viel Personalmangel herrscht.“ (S2: 3)

Vor diesem Hintergrund irritiert es die Schülerinnen, dass manche LehrerInnen dennoch auf eine genaue Umsetzung des in der Schule gelernten in der Praxis beharren. Jedoch dient das in der Schule vermittelte Wissen den Schülerinnen als Grundstock, um sich in der Praxis orientieren zu können. Nichtsdestotrotz erfahren die SchülerInnen, dass es auch in der Praxis neues theoretisches Wissen oder neue Technologien zu lernen gibt. Als recht positiv bewerten die SchülerInnen das Interesse mancher PraxisanleiterInnen, von den Schülerinnen gegebenenfalls über neues theoretisches Wissen aus der Schule informiert zu werden.

Zusammenfassung Kategorie „Theorie vs. Praxis“:

Unterschied zwischen Anforderungen an SchülerInnen in Theorie und Praxis wird erlebt und bedeutet, dass :

- es auch in der Praxis neues Wissen zu lernen gibt
- manche PraxisanleiterInnen dankbar über neues Wissen aus Schule sind
- manches was in der Schule gelehrt wird in der Praxis nicht umsetzbar ist
- der Personalmangel in der Praxis die Ausübung der in der Schule gelehrt idealen Pflege verunmöglicht
- dass das von den LehrerInnen vermittelte Wissen als wichtiger Grundstock und als Orientierung für die Praxis dient
- manche LehrerInnen dennoch auf Umsetzung des in der Schule gelehrt beharren
- man in der Schule die ideale Pflege für eine gute Note beschreibt; in der Praxis hat man sich für eine gute Note aber an die Gegebenheiten adäquat anzupassen

VII. 4. Kontingenz des pflegerischen Handelns

Die SchülerInnen nehmen in der Praxis wahr, dass sich die Pflegepersonen in der Art ihres Pflegens unterscheiden.

„Also grundsätzlich muss ich sagen dass bei meinen Praktika jede Pflegeperson anders gearbeitet hat.“
(S2: 2)

Nicht jedoch, wenn es sich um Tätigkeiten des medizinnahen mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches handelt. Im Rahmen dessen beobachten die SchülerInnen eine recht einheitlich durchgeführte Pflege. Was die eigenverantwortlich durchgeführte Pflege betrifft, so berichten die SchülerInnen, werde ein und dasselbe Pflegeproblem oftmals unterschiedlich gelöst.

„Wobei man auch sagen muss, was ich halt beobachtet habe von den Pflegepersonen her ist eigentlich der größte Unterschied eigentlich in der Pflege am Patienten an sich, die Körperpflege, die Mobilisation, das Eingeben vom Essen. Da sind große Unterschiede zu bemerken. Also so richtig in diesem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wo es um Medikamentenausgabe geht oder um Wunddesinfektion. Also Dinge wo ich sagen würde da geht es jetzt mehr ins Medizinische als ins Pflegerische. Da sind die Leute eigentlich sehr einheitlich gewesen.“ (S2: 4)

Aber auch bei ein und derselben Pflegeperson sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Arten des Umgangs mit den PatientInnen auszumachen.

„Wenn jetzt eine Pflegeperson zum ersten mal in der Früh gefragt wird wie jetzt die Operation verläuft oder ab wann er nachher etwas essen darf z.B. Dann wird die Pflegeperson höchstwahrscheinlich noch freundlich reagieren. Wenn diese Frage nach der Visite schon das fünfte oder zehnte Mal kommt wird die Pflegeperson sicher nicht mehr so nett reagieren.“ (S1: 3)

Ferner tragen auch die in verschiedenen Fachrichtungen absolvierten Praktika dazu bei, dass die SchülerInnen sehr unterschiedliche Weisen der Pflege im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung präsentiert bekommen.

Warum das so ist, wird von den SchülerInnen auch darauf zurückgeführt, dass viele Handlungsweisen der Pflege individuell sind wegen der dabei zum Ausdruck gebrachten Empfindungen. Aber auch die unterschiedlichen Reaktionen der PatientInnen tragen dazu bei, die Pflege individuell an die Situation anzupassen. Darüber hinaus erklären die SchülerInnen die verschiedenen Ansprüche und Bedürfnisse der Patienten mit dafür verantwortlich, wieso auf den Stationen unterschiedliche Arten der Pflege anzutreffen sind.

„Ich meine auf einer Langzeitpflege ist das ja sehr gut zu beobachten. Da hat man ja auch verschiedene Patienten und 20 verschiedene Handlungsschemata wo man genau weiß bei dem Patienten kann ich so agieren der reagiert darauf positiv. Beim nächsten muss ich es genau umgekehrt machen.“ (S2: 7)

Aber auch der Ressourcenmangel auf der Station trägt dazu bei, dass die Pflegepersonen ihre Arbeit anzupassen haben und von daher auch Unterschiede in der Qualität der Pflege auszumachen sind.

Die SchülerInnen selbst müssen ihre Pflege aber nicht nur an die Reaktionen der Patienten anpassen und an die Vorstellungen der jeweiligen Station, sondern auch an die Vorstellungen der jeweiligen Pflegepersonen, mit denen sie aktuell zusammenarbeiten. Ansonsten droht den SchülerInnen eine schlechte Beurteilung. Pflegerische Vorbilder, die je gegebene Situation, das Wissen aus der Schule und die Ressourcen auf der Station tragen neben den eben genannten Gründen weiters dazu bei, den SchülerInnen einen konkreten Weg zu weisen, wie sie, trotz anderer Möglichkeiten, ihre Pflege ausüben haben.

„Was für mich auch sehr wichtig ist, ist einfach auch die theoretische Ausbildung von den Lehrern. Weil die wissen auch ganz viel und die können auch für den Anfang speziell, wo man ja noch keinerlei Erfahrung hat mit den Patienten können die einem auch sehr viel mitgeben und sagen, ok, es gibt da einen Grundstock und wenn ihr den könnt dann seid ihr schon einmal ganz gut dabei, der Rest ist dann individuell, wo ihr dann eben kombinieren müsst oder vernetzen.“ (S2: 9)

Die Grenzen des Möglichen, wie Pflege also jeweils unterschiedlich angeboten werden kann, wird in sehr anschaulicher und als objektiv zu bewertender Weise durch das Faktum gefährlicher Pflege und die hygienischen Richtlinien klar umgrenzt. Bei aller zu beobachtender Variation im pflegerischen Schaffen, geben diese beiden Qualitätskriterien deutliche Grenzen vor, die nicht überschritten werden sollten.

Zusammenfassung Kategorie „Kontingenz des Pflegerischen Handelns“:

Kontingenz des pflegerischen Handelns:

- erklärt sich oftmals über Ressourcenmangel und verschiedene Ansprüche/Bedürfnisse der PatientInnen
- Pflegepersonen unterscheiden sich durch ihre Art des Pflegens.
- Ein und dasselbe Pflegeproblem wird in Praxis oftmals unterschiedlich gelöst;
- An ein und derselben Pflegeperson sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Arten des Pflegens zu beobachten.
- In Praxis sind unterschiedliche Reaktionen der PatientInnen zu beobachten.
- Viele Handlungsweisen in Pflege sind individuell wegen transportierten Empfindungen, die zur Pflege dazugehören;
- Durch Praktika auf unterschiedlichen Stationen bekommt man es mit vielem verschiedenen pflegerischen Handlungsweisen zu tun.
- Medizinisches wird eher einheitlich, pflegerisches eher verschieden durchgeführt

Kontingenzunterbrecher stellen für SchülerInnen:

- Ressourcen auf Station (Improvisation) und
- Bild der idealen Pflege aus Schule dar.
- SchülerInnen führen Pflegeweise aus, denken sich aber nie so werden zu wollen.

Wie jeweils konkret gepflegt wird hat zu tun mit:

- Vorbilder, Situation und Wissen aus Schule.

Grenzen der qualitativen Bandbreite der Pflege:

- Gefährliche Pflege wird in Schule negativ Beurteilt.
- Hygiene und mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich geben eindeutige Grenzen der Variationsbreite der Pflege in Praxis vor

VII. 5. Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände

Neben den objektiven Kriterien der gefährlichen Pflege und den hygienischen Richtlinien unterlassen es die SchülerInnen öfters, anders als auf die gewohnte Weise zu pflegen, wenn es von Seiten der Station nicht erlaubt ist bzw. angenommen wird, die Pflegepersonen, mit denen man jeweils zusammenarbeitet, wären für pflegerische Innovationen nicht aufgeschlossen.

„Wenn ich schon sehe dass eine gewisse Ablehnung dem gegenüber da ist, also gewissen neuen Methoden, dann spreche ich das Thema gar nicht an.“ (S1: 4)

An den pflegerischen Handlungsweisen der Pflegepersonen wiederum können die SchülerInnen – abgesehen vom Faktum der gefährlichen Pflege und den hygienischen Richtlinien – nur dann legitim Kritik üben, wenn sie sich dabei auf die Pflegedokumentation beziehen oder mit den Reaktionen des Patienten argumentieren. Daneben wird von den SchülerInnen angemerkt, man tue gut daran, Kritik an den Pflegepersonen ob ihres Verhaltens erst dann zu üben, wenn die eigene Leistung auf der Station bereits benotet wurde. Sonst würde sich die Kritik mitunter negativ in der eigenen Benotung zu Buche schlagen. Auch geben die SchülerInnen zu Protokoll, bevor man an Pflegepersonen pflegerische Kritik übe, überdenke man zuvor die zu erwartenden Reaktionen, die auf Grund der entsprechenden Persönlichkeit der Pflegeperson zu erwarten sind.

Den SchülerInnen selbst ist es wichtig, dass die an sie gerichtete Kritik in sachlichem Ton vorgetragen und verbal begründet wird.

Was die Interaktion mit dem Patienten anlangt, so ist diese im Allgemeinen schwer zu beurteilen. Dennoch werden von den SchülerInnen die Indikatoren Respekt, Empathie, Authentizität und das Verstehen des Patienten angeführt. An der Qualität jener pflegerischen Eigenschaften sowie an den Reaktionen der Patienten kann man die interaktiven Qualitäten von Pflegepersonen beobachten und beurteilen.¹⁸

Zusammenfassung Kategorie „Umgang mit Kritik/ implizite Wissensbestände“

Kritik kann an Pflegepersonen wegen ihres interaktiven Verhaltens mit PatientInnen von SchülerInnen nur dann legitim geübt werden, wenn:

- die Beurteilung abgeschlossen ist – sonst Gefahr der schlechten Benotung
- man sich auf Pflegedokumentation bezieht
- man mit den Reaktionen des Patienten argumentiert;

Für Kritik der SchülerInnen an Pflegepersonen ist es relevant:

- zuvor deren zu erwartende Reaktion zu überdenken

¹⁸ Dass die Kritik im Allgemeinen dazu beiträgt, bestimmte rollenspezifische Verhaltensweisen zu normieren und von daher ein wichtiger Punkt für den thematischen Zusammenhang der Arbeit darstellt, das wird in der Diskussion erneut aufgegriffen und dargestellt werden.

- welche Persönlichkeitsstruktur die Pflegeperson auszeichnet

Um an SchülerInnen Kritik adäquat üben zu können, müssen Pflegepersonen:

- ihre Kritik sachlich vortragen
- ihre Kritik auch verbal begründen

Innovationen werden in Praxis unterlassen, wenn:

- Unaufgeschlossenheit von Seiten der Pflegepersonen zu erwarten ist
- diese nicht von Station erlaubt werden

Interaktion mit PatientInnen ist schwer zu beurteilen; Indikatoren dafür sind aber:

- die Qualität der Reaktionen der PatientInnen
- Respekt, Empathie, Authentizität und verstehen der PatientIn;

VII. 6. Lernen am Modell/ mündliche Nachbesprechung

Die Pflegepersonen, so wird von den SchülerInnen angenommen, wissen darum bescheid, in ihrem pflegerischen Tun von den Schülerinnen beobachtet zu werden. So arbeiten die sich von den SchülerInnen beobachtet wissenden Pflegepersonen nicht nur anders. Sondern ab und an erzeugt der Sachverhalt, dass SchülerInnen die Pflegepersonen recht genau beobachten, auch Unbehagen bei den entsprechenden Pflegepersonen. Unbehagen, sich für die eigene Art des Pflegens vor den SchülerInnen rechtfertigen zu müssen.

Übereinstimmend sind die SchülerInnen der Meinung, dass man aus der Beobachtung der Handlungen der Pflegepersonen viel lernen kann.

„Aus Verhaltensmustern lernt man ziemlich viel. Ich habe z.B. in meinem ersten Praktika aktiv miterlebt, wie ältere Damen auf Männer reagieren. Da habe ich ein Praktikum in einem Pensionistenwohnheim gehabt. Und da habe ich eben aktiv miterlebt wie das so funktionieren kann. Und da habe ich schon, muss ich ehrlich sagen, mir ein bisschen etwas abgeschaut.“ (S1: 5)

Aber auch an den damit in Zusammenhang stehenden Reaktionen der PatientInnen könne man gut lernen. Vor allem, weil die Reaktionen der PatientInnen auf die gesetzten Pflegehandlungen eben jene Pflegehandlungen immer auch zugleich qualifizieren. Denn auch an den Reaktionen der Patienten können die Schülerinnen die Qualität der getätigten Pflegehandlungen ablesen.

„Also bei mir ist es sehr wohl so. Ich bin eine ich schaue immer mehr auf den Patienten wie auf die Schwester. Und man kann vom Patienten sehr viel, sowohl verbales als auch nonverbales Feedback erhalten. Und ich denke mir speziell in der Schülerrolle wo man eigentlich gegenüber der Schwester steht, im Normalfall, beobachtet man einfach den Patienten und da bekommt man sehr genau mit auf Grund seiner Mimik z.B. wenn etwas nicht in Ordnung war oder so. Und das ist schon sehr ausschlaggebend für mich.“ (S2: 5)

Im Allgemeinen könne man sich als SchülerIn von jeder Pflegeperson etwas „abschauen“.

„Man lernt von jeder Pflegeperson mehr oder weniger gute und schlechte Sachen.“ (S2: 2)

„Also ich muss sagen ich nehme mir aus jedem irgendetwas raus. Oder versuche es zumindest.“ (S3: 5)

Oftmals sind es die Kleinigkeiten im Umgang mit den PatientInnen, an deren Beobachtung man viel lernen kann. Aber auch die als negativ einzustufenden pflegerischen Praktiken

bergen laut den SchülerInnen einen Lerneffekt in sich. Gesetzt den Fall natürlich, dass sie auch beobachtet werden. Oftmals bleibe sogar das als negativ Qualifizierte länger in Erinnerung und trägt somit besonders dazu bei, sich in der Beobachtung anderer Pflegepersonen wertvolle Erfahrungen anzueignen.

„Manchmal bleibt dir das Negative auch besser erhalten. Aber halt dann so: so mache ich das nicht! So möchte ich nicht werden.“ (S4: 6)

Als wichtig wird es von den SchülerInnen erachtet, das von den Pflegepersonen Vorgeführte auch verbal kommentiert zu bekommen. Aus Zeitmangel wird das jedoch oftmals unterlassen. Die Schülerinnen müssen ebenso lernen, das bei anderen Pflegepersonen Beobachtete in den eigenen Erfahrungszusammenhang zu integrieren und in weiterer Folge auch selbst praktisch auszuführen.

„Also das ist mehr so dass ich mir anschau und sage ok, das funktioniert bei der Person ziemlich gut wie die Pflegeperson jetzt mit einem Patienten umgeht, dann bin ich halt am Überlegen ob das für mich möglich ist das so umzusetzen, weil jeder ist natürlich anders und hat eine andere Zugangsweise zu andern Menschen. [...]. Also man sollte sich nur diese Verhaltensmuster oder Gesprächsarten aneignen, die auch zu einem selbst passen oder sich halt nur diese anschauen, die zu einem selbst auch passen. [...] Ich finde es wirklich wichtig sich einen Pflegestil auszusuchen der auch zu einem selbst passt und den, den man hat, in bezug auf Vorbilder zu verbessern. Weil einen komplett anderen Pflegestil kann man sich glaube ich nicht aneignen.“ (S1: 9)

„Ja, also ich denke mir das diese Selbstreflexion eben sehr wichtig ist. Das man sich eben auch mit anderen Schwestern vergleicht, auch in der Schülerrolle schon. Wo man sich sagt die sind super, die taugen mir. Und dass man sch selber reflektiert und fragt, na Moment einmal, was mache ich anders als sie? Vom Handling her, von der Kommunikation mit dem Patienten. Von der Fachlichkeit her, gibt es irgendwas was ich mir aneignen sollte? Und ich denke mir wenn man versucht ständig an sich zu arbeiten funktioniert das ganz gut.“ (S2: 8)

Schwierig dabei erweist sich die geänderte Situation zwischen der Beobachtung einer Pflegehandlung und deren eigenständiger offener Ausführung. Etwa, wenn die Beobachtung auf einer anderen Station stattfindet als deren eigene Umsetzung. Diesbezüglich geben die Schülerinnen an, die selbständige Ausführung des bei anderen Pflegepersonen Beobachteten ist aus dem Grund nicht so einfach, weil man es als SchülerIn oftmals in veränderte Situationen zu integrieren hätte. Das auf der einen Station Beobachtete pflegerische Verhalten ist in anderen Stationen folge dessen nicht unadaptiert in die eigenen Handlungsweisen zu integrieren. Auch müssen die SchülerInnen lernen, das an anderen Pflegepersonen beobachtete Verhalten in seiner Qualität zu bestimmen.

Letzteres bedeutet, dass auch die Qualifizierung der beobachteten Pflegeweisen anderer Pflegepersonen von den Schülerinnen gelernt werden muss. Von den Schülerinnen wird in diesem Zusammenhang mitgeteilt, man könne die beobachteten pflegerischen

Handlungsweisen insofern in positive oder negative Kategorien einteilen, indem immer mit beobachtet wird, was auf den jeweiligen Stationen Relevanz besitzt. Aber auch die verbalen Erklärungen der Pflegepersonen tragen dazu bei, die beobachteten Verhaltensweisen als gut oder schlecht klassifizieren zu können. Ferner werden die Reaktionen der PatientInnen von den SchülerInnen in dem Zusammenhang genannt. Im Allgemeinen helfen den SchülerInnen die bisher gemachten Erfahrungen und vor allem das theoretische Wissen aus der Schule, um die unterschiedlichen Pflegehandlungen als positiv oder negativ beobachten zu können. Von daher fällt es einem im Laufe der Ausbildung auch zusehends leichter, da man auf mehr Erfahrungen aus der Praxis und mehr theoretisches Wissen aus der Schule zugreifen kann.

Zusammenfassung Kategorie „Lernen am Modell/ mündl. Nachbesprechung“:

SchülerInnen Lernen am Modell, dass:

- aus der Beobachtung der Handlungen von Pflegepersonen und der Reaktion der PatientInnen viel zu lernen ist
- man sich von jeder Pflegeperson etwas abschauen kann und man auch von negativ einzustufenden pflegerischen Handlungen etwas lernen kann
- Negatives oftmals länger im Gedächtnis bleibt
- man sich auch Kleinigkeiten viel abschauen kann
- auch die Reaktionen der PatientInnen die getätigten Pflegehandlungen qualifizieren
- es wichtig ist, das Gezeigte auch in Worte zu fassen – oftmals aus Zeitmangel nicht möglich

Pflegepersonen und Lernen am Modell:

- Pflegepersonen wissen von SchülerInnen beobachtet zu werden.
- Beobachtung der SchülerInnen erzeugt bei Pflegepersonen mitunter Angst sich für Handeln rechtfertigen zu müssen.
- Sich beobachtet fühlende Beobachtete Pflegepersonen arbeiten anders als wenn keine SchülerIn dabei wäre

SchülerInnen müssen bei ihren Beobachtungen der Pflegepersonen lernen:

- deren Verhaltensweisen qualitativ beurteilen zu können
- das selektiv Beobachtete in geänderten Situationen einsetzen zu können/ in veränderten Stationsalltag integrieren zu können
- das Beobachtete auf sich zu beziehen und bei Bed. in bisherige Erfahrungen zu integrieren

Beobachtete Verhaltensweisen lernt man zu qualifizieren:

- in dem mitbeobachtet wird, was auf der Station Relevanz besitzt
- durch verbale Erklärungen der Pflegepersonen
- in Bezug auf Fachliches durch bisher gemachte Erfahrungen
- Fällt einem leichter im Laufe der Ausbildung;

VII. 7. Vorbilder als Quelle der Motivation

Andere Pflegepersonen zeichnen sich laut den Angaben der interviewten PflegeschülerInnen dadurch als Vorbilder aus, dass sie zugleich kompetent und ehrlich sind; dass sie empathisch sind, sich gleichzeitig aber auch abgrenzen können; dass sie höflich sind, gleichzeitig aber auch bei Bedarf resolut auftreten können; andere Pflegepersonen imponieren den Schülerinnen aber auch aus dem Grund, weil sie Kompetenz ausstrahlen und diesbezüglich auch bei den Patienten Vertrauen erwecken. Die Kompetenz einer Pflegeperson alleine reicht aber nicht

aus, damit jene Schwestern oder Pfleger bei den SchülerInnen als Vorbild gelten. Es müssen auch interaktive Stärken im Umgang mit den PatientInnen zur fachlichen Kompetenz hinzutreten.

Aber auch Pflegepersonen, die es schaffen, die Patienten gut zu motivieren, werden von den Schülerinnen als Vorbilder herangezogen. Ferner werden solche Pflegepersonen von den Schülerinnen als Vorbilder genannt, deren Persönlichkeit am Beruf keinen Schaden nimmt, weil sie sich von der Rolle der Pflegeperson auch gut abgrenzen können. Ebenso wird von den SchülerInnen angeführt, imponierende Pflegepersonen handeln wertfrei, ehrlich und sind sehr motiviert; sie präsentieren die als positiv beschriebenen Eigenschaften nicht nur dann, wenn man ihnen zusieht, sondern gänzlich unabhängig davon. Und zuletzt imponieren manche Pflegepersonen die Schülerinnen auch dann, weil sie es schaffen, Kritik sehr offen und im Team auszusprechen.

Dass die Pflegepersonen, die den SchülerInnen imponieren und von jenen folge dessen auch als Vorbilder herangezogen werden, den SchülerInnen sympathisch sein müssen, um überhaupt als Vorbild zu gelten, das wird von den interviewten SchülerInnen verneint. Von daher können bestimmte Eigenschaften von Pflegepersonen selbst dann als vorbildhaft herangezogen werden, wenn die betreffenden Personen den SchülerInnen unsympathisch sind.

„Ich habe viele Pflegepersonen getroffen wo ich sage die kennt sich fachlich sehr gut aus, die geht mit dem Patienten sehr gut um die ist freundlich, die ist höflich, die bringt ihm eine Wertschätzung gegenüber, ja. Und das ist für mich wesentlich wichtiger als dass sie mir sympathisch ist.“ (S2: 7)

Auf der anderen Seite arbeiten die Schülerinnen aber dennoch lieber mit Pflegepersonen im Team zusammen, die ihnen auch sympathisch sind.

Was die eigene Aneignung der als vorbildlich beobachteten Eigenschaften betrifft, so meinen die SchülerInnen, dass die imponierenden Eigenschaften zu einem selber passen müssen. Ist das nicht der Fall, so wirken die am Vorbild beobachteten und selbst ausgeführten Eigenschaften als wenig authentisch. Überhaupt müssten die an anderen Pflegepersonen beobachteten und imponierenden Eigenschaften der Vorbilder für die eigene offene Ausführung zuvor adaptiert werden. Für eine solche Adaption ist es wichtig, sich selbst gut reflektieren zu können, um überhaupt festzustellen, was das Vorbild anders macht als man selbst.

Weiters motivieren Vorbilder die SchülerInnen dazu, das an ihnen Beobachtete selbst auszuführen.

Zusammenfassung Kategorie „Vorbilder“:

Vorbilder zeichnen sich dadurch aus, dass sie:

- Kompetenz ausstrahlen und sich und PatientInnen dadurch Vertrauen geben
- empathisch sind, sich aber auch abgrenzen können
- kompetent und ehrlich sind
- eigene Persönlichkeit nicht Schaden nimmt am Beruf
- PatientInnen motivieren können
- nicht nur hohe pflegerische Qualität produzieren wenn ihnen SchülerInnen bei der Arbeit zusehen
- wertfrei, ehrlich, höflich und sehr motiviert sind
- höflich sind, gleichzeitig aber auch resolut auftreten können
- sich als Person von Rolle der Pflegeperson auch abgrenzen können
- Kritik im Team aussprechen
- Fachwissen reicht nicht aus; Vorbilder müssen auch interaktive Stärken haben.

Pflegepersonen die SchülerInnen unsympathisch sind:

- können jenen SchülerInnen dennoch mit pflegerischen Kompetenzen imponieren
- Nichtsdestotrotz arbeiten SchülerInnen dennoch lieber mit sympathischen Pflegeperson zusammen.

Aneignung der Eigenschaften eines Vorbildes:

- Bedarf einer Selbstreflexion für Beobachtung des Vorbildes: was macht Vorbild anders, was kann man sich von ihm aneignen?
- Angeeignete Eigenschaften sollten zur Persönlichkeit passen – man sollte immer authentisch bleiben;
- Für offene Ausführung müssen Eigenschaften des Vorbildes adaptiert werden.
- Vorbilder motivieren zur Nachahmung.

VII. 8. Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station

Obwohl prinzipiell auch andere SchülerInnen als Vorbilder dienen könnten, werden sie von den SchülerInnen praktisch so gut wie nie dafür herangezogen, um auch an ihrem Modell pflegerelevantes zu lernen. Obwohl sie sich als Anschauungsobjekte auch aus dem Grund anbieten würden, weil sie in derselben Situation sind und man mit ihnen die Dinge offener besprechen könnte. Eher dient die Beobachtung der MitschülerInnen in der Praxis aber dazu, den eigenen Entwicklungsstand im Rahmen der Ausbildung beurteilen zu können. An den Leistungen der anderen SchülerInnen kann man sich in seinem eigenen Leistungsvermögen orientieren und hierfür am jeweiligen Jahrgang der MitschülerInnen ablesen, was man besser kann als andere, noch lernen muss, bzw. eigentlich schon wissen müsste.

„Also ich muss sagen ich habe nicht oft die Gelegenheit gehabt mit SchülerInnen aus höheren Jahrgängen zusammen zu arbeiten. Nur in meinem aller ersten Praktikum und da habe ich mich schon ziemlich an den SchülerInnen orientiert und vor allem was muss ich jetzt schon im zweiten Ausbildungsjahr können, was wird von mir erwartet im zweiten Ausbildungsjahr. In diese Richtung sind dann eher die Gedanken gegangen. Also nicht was die praktischen Handlungen betrifft. Da habe ich mich schon eher an die diplomierten Pflegeperson gehalten.“ (S1: 9f)

Zusammenfassung Kategorie „Beobachtung von MitschülerInnen auf der Station“:

An MitschülerInnen:

- orientiert man die eigene Entwicklung der Ausbildung
- kann man sich inhaltlich nichts Neues abschauen

- könnte man prinzipiell viel lernen , da sie in selber Situation sind und man die Dinge ehrlicher mit ihnen als mit Pflegepersonen besprechen kann

Neue SchülerInnen auf der Station:

- werden mitunter in ihren Aufgaben von anderen SchülerInnen unterwiesen

Im nächsten Kapitel werden die eben präsentierten Ergebnisse, zusammen mit jenen, die sich aus der Analyse der Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen ergaben, in eine theoretische Form gebracht und vor dem Hintergrund maßgeblicher Theorien zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflegeausbildung diskutiert. Schlüsse für die Theorie und die Praxis, die sich aus den diskutierten Ergebnissen ableiten lassen, werden dann im übernächsten und letzten Kapitel meiner Arbeit präsentiert werden.

VIII. Diskussion der Ergebnisse

Allem voran zeigte sich, dass die sozialisatorische Aneignung der impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson für die SchülerInnen thematisch weniger Relevanz besitzt als erwartet. Also ganz im Gegensatz dazu, wie das die theoretischen Vorannahmen vermuten ließen. Zum einen kann das nun bedeuten, dass die Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen, sehr wohl allumfassend sprachlich vermittelt werden können. Zum anderen kann das aber auch bedeuten, dass das Problem der Nichtverbalisierbarkeit impliziten Wissens rund um die Aneignung der Rolle der Pflegeperson aus dem Grund *nicht* als problematisch dargestellt wurde, weil jenes Problem von den SchülerInnen bereits hinreichend gelöst wurde. Warum in weiterer Folge an letzterer Interpretationsmöglichkeit festgehalten wird, das wird im Zuge der nun folgenden Diskussion der Ergebnisse an der Erörterung eines anderen, in den SchülerInneninterviews recht deutlich geäußerten Problems dargestellt werden. Nämlich dem Problem, wie die PflegeschülerInnen lernen, damit umzugehen, im Rahmen ihrer Berufssozialisation Pflege als zum Teil recht kontingenten und nichtstandardisierbaren Sachverhalt präsentiert zu bekommen. Wie jene berufssozialisatorische Problemstellung von den Schülerinnen gelöst wird – nämlich über ein Lernen am Modell, das sich an konkreten Vorbildern orientiert –, weist in der Diskussion der Ergebnisse dann auch den Weg dafür, wieso die SchülerInnen das Problem der Impliztheit mancher pflegerischer Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson bereits hinreichend gelöst haben könnten: an den Modellen werden auch nichtverbalisierbare Normen und Werte beobachtet, die den Pflegepersonen dazu verhelfen, sich im interaktiven Kontakt mit den PatientInnen sozial richtig zu verhalten. Hierbei sind insbesondere Vorbilder von großer Wichtigkeit, weil sie den SchülerInnen als spezielle Modelle dienen, deren berufliche Einstellungen und Verhaltensweisen im Vergleich zu anderen Modellen positiv hervorstechen und im Gegensatz zu anderen somit auch zur Nachahmung motivieren.

Die Diskussion der Ergebnisse gliedert sich nun folgendermaßen: Zunächst wird eine recht allgemein gehaltene „theoretische Generalisierung“ (Meuser/Nagl 2005: 89) des Sozialisationsprozesses in der Krankenpflegeausbildung gegeben. Parallel zur diesbezüglich stattfindenden Diskussion der Ergebnisse der ExpertInneninterviews erfolgt gleichzeitig auch eine Kontrastierung der Ergebnisse der SchülerInneninterviews anhand der maßgeblichen pflegewissenschaftlichen Literatur zum Thema: Berufssozialisation, Lernen am Modell und Rolle der Pflegeperson.

In einem zweiten Schritt erfolgt dann die theoretische Darstellung und Diskussion der beiden genannten spezifischen Problemstellungen im Rahmen der Berufssozialisation in der Krankenpflege. Jene beiden gesondert zu diskutierenden Problemstellungen ergaben sich sowohl aus der Fragestellung meiner Arbeit, der Literatur und aus den Ergebnissen meiner Untersuchung. Konkret geht es dabei um das berufssozialisatorische Problem sowohl *impliziter* und als auch *kontingenter Annahmen, Erwartungen und Einstellungen*, denen die SchülerInnen im Zuge ihrer Rollenaneignung in der Ausbildung zur Pflegeperson begegnen. Hierbei wird die These vertreten, dass jene beiden Problemstellungen von den SchülerInnen dadurch gelöst werden, indem sich die SchülerInnen zum einen die impliziten Wissensbestände der Rolle der Pflegeperson über ein Lernen am Modell aneignen, und zum anderen, die im Zuge dessen ebenso zu beobachtende Kontingenz eben jener Wissensbestände von den SchülerInnen dadurch klein halten wird, indem sich die SchülerInnen an konkreten Vorbildern orientieren und die Modelle, an denen sie lernen, *selektiv* auswählen. Die Vorbilder, so der hierfür unterbreitete und im Weiteren zu diskutierende theoretische Vorschlag, erfüllen von daher für die Berufssozialisation der SchülerInnen die Funktion, aus unterschiedlichsten Modellen einige wenige selektiv auszuwählen zu können, um insbesondere an ihrem positiven Modell zu lernen, wie man sich in der Rolle der Pflegeperson sozial richtig verhält. Oder anders formuliert: Die Vorbilder dienen den PflegeschülerInnen in ihrer Berufssozialisation insbesondere dazu, aus dem Bereich der zahlreichen Anschauungsmodelle, von denen man die sozialisatorischen Inhalte lernt, einige wenige konkrete Modelle selektieren zu können. Jene als *Vorbilder* selektierte Modelle *imponieren die SchülerInnen durch ihre pflegerisches Tun und motivieren die SchülerInnen zur Nachahmung* eben jenes Tuns. Das reduziert die beobachtete Kontingenz für die SchülerInnen erheblich und weist den SchülerInnen einen Weg, wie sie durch eine selektiv verfahrenende Auswahl mit den unterschiedlich präsentierten Pflegeweisen und Pflegestilen zurechtkommen. Aber auch die Schule und das dabei vermittelte theoretische Wissen wird von den SchülerInnen genau dafür herangezogen, um sich in der Vielfalt pflegerischen Praxen orientieren zu können und sehr selektiv von ganz bestimmten Modellen lernen zu können. Zu tun hat das damit, dass die Schule und das im Unterricht theoretisch vermittelte Wissen den Schülerinnen als Erfahrungshorizont dient, der es ihnen ermöglicht, zwischen positiven und negativen Modellen in der Praxis auf der Station leichter unterscheiden zu lernen. Doch ich greife vor. Auf jene Problemstellungen der Berufssozialisation werde ich, wie gesagt, erst später in der Diskussion eingehen. Zuvor die recht allgemein gehaltene Diskussion der Ergebnisse zur berufssozialisatorischen Aneignung der Rolle der Pflegeperson.

VIII. 1. Die Aneignung der Rolle der Pflegeperson – theoretische Generalisierung der Berufssozialisation in der Krankenpflegeausbildung

In der Untersuchung zeigte sich, dass zwei unterschiedliche Instanzen auf die berufliche Sozialisation der PflegeschülerInnen in recht divergenter Weise einwirken. Als berufssozialisatorischen Instanzen, die maßgeblich zu Konstitution der „nursing identity“ (du Toit 1995: 166) der PflegeschülerInnen beitragen, sind die Schule und die Station zu benennen. Ein Sachverhalt, der auch von Wilson/Startup (vgl. 1991: 1478f) in der Art beschrieben wird. Ferner kommen Wilson/Startup (vgl. ebd.: 1482) in ihrer vergleichenden Studie ebenso zu dem Ergebnis, dass die PflegeschülerInnen die sozialisatorische Diskrepanz zwischen Schule und Praxis als konfliktreich erleben. Vor allem die Tatsache, dass die SchülerInnen das Konzept von Pflege, so wie es in der Schule vermittelt wird, als ideal beschreiben, führt dazu, dass die SchülerInnen bei ihren ersten praktischen Erfahrungen auf der Station einen Praxisschock erleben. Beobachtungen, die sich auch mit den Untersuchungen von Olsson/Gullberg (vgl. 1988: 289) decken. Rollentheoretisch reformuliert ergibt sich jener Praxisschock, den die PflegeschülerInnen bei Praxisantritt erleben, aus der Nichtübereinstimmung des theoretisch vermittelten Rollenkonzeptes und der in der Realität praktizierten Berufsrolle (vgl. Wilson/Startup 1991: 1485). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, bereits während der ersten Monate schulischer Ausbildung einen Realitätsbezug zur Praxis herzustellen.

In den dargestellten Ergebnissen kam ferner zum Tragen, dass die PflegeschülerInnen bei Praxisantritt ihre in der Schule entwickelte konzeptionelle Vorstellung der Rolle der Pflegeperson zunächst außen vor lassen und sich zu aller erst an die Arbeitsweise auf der Station anzupassen haben. Das bedeutet, dass die Anforderungen in der Praxis das Ausleben der zuvor konstituierten Rollenvorstellungen deutlich erschweren. Die zu erbringende Leistung in der Praxis verhindert von daher auch eine Ausübung der Rolle, wie sie den SchülerInnen in der Schule präsentiert wird. Dass die SchülerInnen die in der Schule gegebenen Vorstellungen der Rolle der Pflegeperson im Anschluss daran als nicht zu leistendes „Ideal“ bezeichnen, verwundert in dem Zusammenhang wenig. Da die SchülerInnen bei Nichterbringung der an sie gestellten Anforderungen mit einer schlechten Benotung ihres Praktikums zu rechnen haben, verwundert es ebenso wenig, dass die SchülerInnen sich den in der Praxis vorherrschenden Vorstellungen, Einstellungen und Erwartungen anpassen – und das

auch dann, wenn diese, wie noch zu erörtern sein wird, wenig bis gar nicht konzeptualisiert sind und von daher auch als nichtstandardisiert zu gelten haben.

Eine wie bei Melia (vgl. 1988: 136) beschriebene primäre sozialisatorische Hinwendung der SchülerInnen zur Praxis, die laut Melia (vgl. ebd.) in der Regel immer dann erfolgt, wenn sich die Anforderungen widersprechen, die von Seiten der Schule und von Seiten der Praxis an die SchülerInnen herangetragen werden, kam in den von mir geführten Interviews nicht in der Deutlichkeit zu tragen. Obwohl die Bezeichnung des in der Schule Vermittelten als „ideal“ einen solchen Schluss dennoch nahe legen würde.

Interessant erscheinen in dem Zusammenhang aber die Begründungen der SchülerInnen, warum das in der Schule Unterrichtete sich in der Praxis kaum umsetzen lässt: weil in der Praxis ein Mangel an Ressourcen bestehe und man somit flexibel und situationsangepasst zu pflegen habe. Jene einzugehenden Kompromisse verunmöglichen laut den SchülerInnen das Praktizieren einer als ideal zu bezeichnenden Pflege. Im Gegensatz zu den von Melia (vgl. ebd.: 134) befragten SchülerInnen entschuldigten die von mir interviewten die Arbeit auf der Station aber nicht, sondern waren sich dessen bewusst, und brachten das auch negativ zum Ausdruck, dass die praktizierte Pflege auf der Station keineswegs ideal sei. Um jedoch auf der Station zu „überleben“ – so eine Formulierung Melias (ebd.: 137) –, passen sich die SchülerInnen weitestgehend an die Anforderungen aus der Praxis an. Erschwerend beschreiben die Schülerinnen auch, dass die PatientInnen Ansprüche an die Pflege stellen, die eigentlich von der Medizin zu erbringen wären. In diesem Sinne tragen also auch die PatientInnen dazu bei, die in der Schule vermittelte Berufsrolle – die wie gezeigt die Pflege von der Medizin konzeptionell abgrenzt – in der Praxis nicht adäquat ausleben zu können,.

Dass es für PflegeschülerInnen wichtig ist, im Zuge der Berufssozialisation eine *eindeutige* Berufsrolle vor Augen zu haben (vgl. Olsson/Gullberg 1988: 289), erklärt den Sachverhalt, wieso die SchülerInnen sich primär einer der beiden Sozialisationsinstanzen zuwenden: entweder der Schule, oder der Station. In der Literatur wird diesbezüglich eine sozialisatorische Dominanz der Station gegenüber der Schule beschrieben (vgl. Davies 1993: 628; Pearcey/Elliott 2004: 384). Da jedoch auf der Station kein *konzeptuelles* Bild der Rolle der Pflegeperson existiert, so die Ergebnisse meiner Untersuchung, stellt sich die Frage, wer die entsprechenden Instanzen sind, die den SchülerInnen die Rolle der Pflegepersonen in der Praxis vermitteln?¹⁹ Es sind die Pflegepersonen (vgl. Fitzpatrick/et al. 1996: 515).²⁰ Aber auch

¹⁹ Das bedeutet natürlich nicht, dass es auf den Stationen keine verbindlichen Annahmen, Erwartungen und Einstellungen gibt, die etwa im Sinne einer „ward culture“ (Pearcey/Elliott 204: 384) einen relevanten Kontext der Sozialisation für die SchülerInnen abgeben. Dass es dementsprechend auch sozialisatorisch relevante

diesbezüglich kommt in meinen Befragungen zu tragen, dass auch den Pflegepersonen konzeptuelle Überlegungen fehlen, die den SchülerInnen ein theoretisch stimmiges und konsistentes Bild der Rolle der Pflegeperson vermitteln würden. Aber nichtsdestotrotz können die Pflegepersonen als Modelle agieren, an denen PflegeschülerInnen praktisch beobachten können, was Pflege bedeutet und welche Normen und Werte mit der entsprechenden Berufsrolle einhergehen (vgl. Manninen 1998: 397; du Toit 1995: 166). Dass SchülerInnen Sozialisationsinhalte über weite Strecken in der Praxis an Modellen erlernen, die von Pflegepersonen verkörpert werden, ist ein in der Literatur gut beschriebener Topos (vgl. Perry 2009: 37; Donaldson/Carter 2005: 357; Bluff/Holloway 2008: 301). Aber auch der Sachverhalt, dass die Aneignung der Berufsrolle ein pro-aktiver Vorgang ist, lässt sich in der entsprechenden Literatur finden (vgl. Howkins/Ewens 1999: 42). Dem reißen sich auch die Ergebnisse meiner Arbeit schön ein.

Was die Rollenaneignung betrifft, so machen Olsson/Gullberg (vgl. 1988: 289) mit Verweis auf Meleis (1975) in ihren Ausführungen deutlich, dass sich die SchülerInnen die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehenden Einstellungen und Verhaltensmuster in der *Interaktion* mit anderen Angehörigen der Berufsgruppe zu eigen machen. Die sozialisatorische Wichtigkeit von Interaktionen betont auch Hurrelmann (vgl. 1994: 74) in seinem Sozialisationskonzept. Was in der von mir gesichteten Literatur überraschenderweise jedoch nicht gesondert erwähnt wird, ist die Interaktion mit *PatientInnen*. Denn wie die Ergebnisse meiner Untersuchung zeigen, *haben jene Stakeholder einen sehr großen Einfluss auf die Berufssozialisation der Schülerinnen*. Zu tun hat das damit, dass auch die PatientInnen die SchülerInnen mit Erwartungen konfrontieren, denen die Letztgenannten Rechnung zu tragen haben. Im Sinne eines sozialisatorischen Außen (vgl. ebd.: 71) wirken die von den PatientInnen an die SchülerInnen herangetragenen Erwartungen also auch auf deren

Unterschiede zwischen den Stationen gibt, was als deutliches Indiz für die Existenz eben genannter Annahmen, Erwartungen und Einstellungen in den Stationen zu werten ist, das gaben auch die von mir Befragten an. Ein Ergebnis, dass sich mit den Befunden von Pearcey/Elliott (vgl. ebd.) und Wilson/Startup (vgl. 1991: 1486) deckt. Um das *Fehlen expliziter Konzepte der Berufsrolle* auf den Stationen geht es mir aber an der Stelle. Und solche sind meinen Untersuchungen zur Folge in der Praxis nicht gegeben.

²⁰ Selbstverständlich können und werden auch PraxisanleiterInnen, Bezugspfleger/-schwestern, Stationschwester/-pfleger, PflegehelferInnen und mit Abstrichen auch MitschülerInnen als praktische Anschauungsmodelle herangezogen (vgl. dazu: Davies 1993: 627). In weiterer Folge wird jedoch an der allgemeineren Bezeichnung ‚Pflegeperson‘ festgehalten um mit Hilfe dessen die für die SchülerInnen in der Praxis zu beobachteten Modelle leichter benennen zu können. Wichtig ist dabei dass es sich um in der Praxis vorgezeigte professionelle Pflege handelt. Und das beinhaltet dann auch etwa PraxisanleiterInnen. Nur wenn es explizit auf den Unterschied ankommt, werde ich im Weiteren genau angeben, von welcher Berufsgruppe im Speziellen die Rede ist. Sollte es keinen Unterschied machen, werde ich wie gesagt die Bezeichnung Pflegeperson verwenden und dabei auch die anderen in der Praxis pflegenden Berufsgruppen mitmeinen. Gründe der leichteren Darstellungen sind hierfür als ausschlaggebend zu nennen.

Sozialisationsprozess ein. Da die SchülerInnen die von den PatientInnen an sie herangetragenen Erwartungen jedoch zum Teil als ungerechtfertigt klassifizieren, sensibilisiert die Interaktion mit den PatientInnen die SchülerInnen auch dahingehend, sich sehr bewusst mit den Erwartungen auseinander zu setzen, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen. Also etwa dafür, dass es eigentlich an den ÄrztInnen gelegen wäre, den PatientInnen über medizinisch relevante Informationen Auskunft zu erteilen und nicht die Aufgabe von Pflegepersonen. Aber auch der in den Interviews geäußerte Sachverhalt, dass PatientInnen, die bisher noch wenig *eigene* Erfahrungen mit Krankenhäusern gemacht haben, zum Teil Erwartungen an die Pflegepersonen adressieren, die sie ausschließlich aus den Massenmedien beziehen und mit der Realität eines Krankenhauses nur sehr wenig zu tun haben.

Eine solche von den SchülerInnen vorgenommene Klassifikation, die die Erwartungen der PatientInnen als *ungerechtfertigt* einstuft, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der dabei von den SchülerInnen vorgenommenen Beurteilungen eine reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle zugrunde liegt. Eine Auseinandersetzung die von daher mit dazu beiträgt, die eigenen Rollenerwartungen zu präzisieren.

Für den Sozialisationsprozess sind aber nicht nur die von außen an die SchülerInnen herangetragenen Erwartungen, Werte und Normen von Relevanz, sondern auch die jeweilige Persönlichkeit der SchülerInnen, die sich die Berufsrolle anzueignen haben. Sowohl in den Interviews mit den LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, als auch in denen mit den SchülerInnen wird von den Betreffenden darauf hingewiesen, dass die Persönlichkeit der SchülerInnen, das Alter und die bisher gemachten Erfahrungen, aber auch die eigenen anderen Rollen von entscheidender Wichtigkeit sind für die Art der Aneignung der Berufsrolle. So kommen etwa auch Howkins/Ewens (vgl. 1999: 47) und Manninen (vgl. 1998: 397) in ihren Studien zu dem Schluss, dass die Persönlichkeit als wichtige Variable mit darüber entscheidet, wie sich der Sozialisationsprozess von PflegeschülerInnen gestaltet.

Zu tun hat das mit den bisher gemachten Erfahrungen (vgl. Ollson/Gullberg 1988: 289). Denn Sozialisation ist als lebenslanger Prozess zu denken (vgl. Hurrelmann 1994: 74). Warum die Dimension Zeit auch in der Berufssozialisation von Pflegepersonen eine prominente Rolle einnimmt (vgl. Howkins/Ewens 1999: 47), hat damit zu tun, dass sich neue berufliche Erfahrungen in einem dialektischen Sinne in bisher gemachte Erfahrungen einzuordnen haben. Dialektisch in dem Sinne, da auch die neuen Erfahrungen – im Sinne einer Umschrift – auf die bisher gemachten Erfahrungen einwirken und diese möglicherweise retrospektiv neu typisieren (vgl. Ollson/Gullberg 1988: 289). In dieser Perspektive ist auch die Aussage der

LehrerInnen in meinen Interviews zu sehen, dass das Alter der Schülerinnen stark darüber entscheidet, wie die Rolle der Pflegeperson adaptiert wird. Vor allem die bisherigen Erfahrungen entscheiden darüber, wie mit neuen Sozialisationsinhalten umgegangen wird. In diesem Sinne ist es auch nicht verwunderlich, wenn absolvierte Praktika auf den Stationen die Arbeit der LehrerInnen in der Schule nicht immer nur erleichtern, sondern in manchen Fällen gar erschweren. Denn die Akzeptanz, Gelehrtes anzunehmen, schwindet, wenn die SchülerInnen in der Praxis gänzlich konträre Erfahrungen gemacht haben.

In dem Sinne scheint es strategisch durchaus klug zu sein, wenn Schülerinnen das in der Schule Vermittelte als *ideal* bewerten. Denn nicht unbedingt Abwertung des in der Schule gelehrtens theoretischen Wissens ist mit dem Attribut „ideal“ gemeint, sondern eine Typisierung, die auf reflektierte Art und Weise zweierlei Kontexte unterscheidet: auf der Station sind Kompromisse einzugehen, die eine Umsetzung des eigentlich Richtigen, so wie es in der Schule unterrichtet wird, unmöglich machen.

Weiters zeigte sich in meiner Untersuchung, dass die SchülerInnen die Pflegepersonen in der Praxis sehr aufmerksam beobachten und dabei auch danach trachten, am Beispiele der bereits im Beruf stehenden Pflegepersonen den richtigen sozialen Umgang mit den PatientInnen zu lernen. Jener Sachverhalt gibt denn auch darüber Auskunft, wie sich die Schülerinnen in der Praxis ihre Berufsrolle aneignen: über ein „Lernen am Modell“ (Bandura 1976). So kommt auch Davies (vgl. 1993: 628) zu dem Befund, *dass in der Krankenpflegeausbildung zwischen dem Lernen am Modell und der Anpassung an professionelle pflegerische Verhaltensweisen ein Zusammenhang besteht*. Denn die Beobachtung von Pflegepersonen in der Praxis verhilft den SchülerInnen genau dazu, sich einen Fundus an situationsangepassten Erfahrungen anzueignen, mit Hilfe derer es den SchülerInnen im Laufe ihrer Ausbildung auch ermöglicht wird, *professionell* zu pflegen (vgl. ebd.). Und professionelle Pflege meint in dem Zusammenhang nicht nur spezifische instrumentelle Pflorgetechniken fachlich korrekt anzuwenden, sondern auch die Aneignung expressiver zwischenmenschlicher Wissensbeständen und Erfahrungsweisen, die Pflegepersonen auszeichnen. Aber auch die Erfahrungen, die nötig sind, um in einem professionellen Sinne *situationsadäquat* und *personenzentriert* auf die PatientInnen und deren individuelle Bedürfnisse eingehen zu können, machen die Schülerinnen in der Praxis. Denn die SchülerInnen beobachten in der Praxis selbstverständlich nicht nur die Pflegepersonen und lernen an deren Modell. Sondern die SchülerInnen beobachten auch die PatientInnen und deren Reaktionen auf das Tun der Pflegepersonen sehr genau.

Was in dem Zusammenhang den *Unterschied zwischen Wissen und Erfahrung* ausmacht, darauf weist Davies (ebd.) mit Bezug auf Howie (1988) wie folgt hin: „[S]tudents look to role models to facilitate the application of principles learned in the classroom to particular clinical experiences“. Die Übersetzungsleistung von theoretischem Wissen in praktische Erfahrung findet demnach in der Beobachtung von Pflegepersonen auf der Station statt. Und aus genau dem Grund legen auch Ollson/Gullberg (vgl. 1988: 289) großen Wert darauf zu betonen, dass eine Interaktion zwischen den beruflich zu Sozialisierenden und der entsprechenden professionellen Berufsgruppe stattfinden sollte. Und auch das in jenen Interaktionen beobachtete Verhalten der Modelle wird laut Davies (vgl. 1993: 628) gemeinsam mit den dabei beobachteten Normen und Werten in Bezug auf die eigenen bisher gemachten Erfahrungen interpretiert – was wiederum auf die Pro-Aktivität der zu sozialisierenden SchülerInnen im Umgang mit eben jenen Erfahrungen verweist.

Aus dem bisher sehr allgemein zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflegeausbildung Gesagten folgt nun, dass zwar die eigentliche berufliche Sozialisation, bei der sich Pflegeschülerinnen die Normen und Werte ihres Berufsstandes aneignen, in der *Interaktion mit Pflegepersonen in der Praxis* erfolgt. Darüber hinaus findet jener Aneignungsprozess der Rolle der Pflegeperson aber in einem praktischen Kontext statt, der durch das schulische Wissen und dessen konzeptionelle Vorstellung der Rolle der Pflegeperson mitbeeinflusst wird. Etwa in dem Sinne, dass die Schule den Schülerinnen recht eingängig theoretisch vermittelt, dass sich die Pflege von der Dominanz der Medizin emanzipiert hätte und somit auch autonom darüber entscheiden könne, was prinzipiell unter Pflege zu verstehen sei. Aber auch die von der Schule vermittelte ‚ideale‘ Form von Pflege trägt maßgeblich zum Verständnis von Pflege bei. Denn letztgenanntes Wissen ist es, mit dem die SchülerInnen in die Praxis gehen. Und die in der Praxis gemachten Erfahrungen werden durch genau jenes theoretisch abstrakte Wissen der Schule kontrastiert. Gleichzeitig kontrastieren die Vorstellungen aus der Schule und die berufspraktischen Gegebenheiten auf der Station einander nicht nur, sondern sie qualifizieren sich auch wechselseitig: hier das unerreichbare Ideal aus der Schule, dort die verbesserungswürdige Realität der Praxis. Aber auch der Sachverhalt, dass sich die Schule bemüht, den PflegeschülerInnen ein Bild der Rolle der Pflegeperson zu vermitteln, dass in der Praxis nicht anzutreffen ist, führt dazu, dass die Schülerinnen den Unterschied zwischen der Schule und der Praxis als konfliktreich erleben.

All das bringt mich zu folgendem Schluss: *In dem Spannungsfeld von Theorie und Praxis, theoretischem Rollenkonzept und praktischer Rollenausübung, Ideal und Realität,*

Wissen und Erfahrung, die alle auf die Konstitution der Berufsrolle einen Einfluss haben, ist es letztendlich an den SchülerInnen selbst gelegen, ihre eigene Berufsrolle zu finden.

Welche beiden konkreten Schwierigkeiten hierbei zu benennen sind und wie diese sozialisatorischen Problemstellungen von den SchülerInnen gelöst werden, darauf wird nun im nächsten Abschnitt eingegangen.

VIII. 2. Das Problem gefühlter Kontingenz und die Funktion von Vorbildern

In meiner Untersuchung zeigte sich, dass die SchülerInnen die in der Schule vermittelte Vorstellung von der Rolle der Pflegeperson in der Praxis nicht beobachten können, weil die Pflegepersonen auf den Stationen andere bzw. keine adäquat mitteilbaren Vorstellungen über die Rolle der Pflegeperson besitzen. Ferner zeigte sich, dass es den SchülerInnen, weil sie sich an die Gegebenheiten der Station anzupassen haben, nicht möglich ist, die in der Schule vermittelte Vorstellung der Rolle der Pflegeperson eigenständig umzusetzen. Das erzeugt bei den SchülerInnen Unsicherheit. Insofern ist es auch nicht überraschend, wenn die SchülerInnen die in der Schule gegebene theoretische Vorstellung von Pflege gemeinsam mit der ebendort konzeptionell beschriebenen Rolle der Pflegeperson außen vor lassen und primär versuchen, sich an die Gegebenheiten auf der Station anzupassen. *Erleichternd wirkt dabei für die SchülerInnen, dass man sich von allen Pflegepersonen „abschauen“ kann, wie Pflege in der Praxis zu bewerkstelligen ist. Erschwerend wirkt jedoch der Umstand, dass die Pflegepersonen jeweils unterschiedlich pflegen.* Im Gegensatz zur Schule wird den SchülerInnen auf den Stationen die pflegepersonenspezifische Handhabung von Pflege nämlich in einer Form präsentiert, die als nicht standardisiert zu bezeichnen ist und bei den SchülerInnen, so die hier vertretene These, ein Gefühl der Kontingenz hervorruft. Kontingenz meint in dem Zusammenhang, dass bei den SchülerInnen durch die Beobachtung unterschiedlicher Pflegeweisen durch unterschiedliche Pflegepersonen der Eindruck entsteht, man könne ein bestimmtes pflegerisches Problem so, gleichzeitig aber auch gänzlich anders lösen.²¹ Was sich dadurch zu Praxiseintritt bei den SchülerInnen einstellt, ist aber *nicht* so sehr die Vermutung, die Pflege verfahren beliebig in ihrer Praxis. Das wird in den Interviews an keiner Stelle erwähnt. *Sondern diese gefühlte Kontingenz erzeugt bei den SchülerInnen vielmehr die Vorstellung, man habe sich selbst auch einen eigenen Stil der Pflege anzueignen.* Denn wenn in der Praxis unterschiedliche Stile des Pflegens zu beobachten sind und auch kein einheitliches Konzept der Rolle der Pflegeperson zu beobachten ist, so führt das dazu, dass

²¹ Kontingenz hier und im Weiteren in Anlehnung an Luhmanns (vgl. 1984: 152) Gebrauch des Kontingenzbegriffs.

sich die SchülerInnen aktiv nach einem eigenen Stil des Pflegens umzuschauen haben. – So die im Folgenden zu vertretene These. – Worum es dann geht, ist, andere Pflegepersonen und deren Art des Pflegens, deren Form des Umgangs mit PatientInnen, deren Interaktionsweise mit ÄrztInnen, etc zu beobachten, um an ihrem Modell zu lernen, wie man sich als Pflegeperson richtig verhält – und das wie gesagt vor allem deshalb, weil in der Praxis sehr unterschiedliche Formen zu beobachten sind, wie sich Pflegepersonen jeweils verhalten und den PatientInnen Pflege angeboten wird. Eine Beobachtung, die wie gesagt dazu beiträgt, dass sich die SchülerInnen im Rahmen ihrer Ausbildung eine *eigene* pflegerische Identität aneignen. Wie sich im Rahmen der Berufssozialisation jene Konstitution einer eigenen „nursing identity“ (du Toit 1995: 166) bei den SchülerInnen im Rahmen der praktischen Ausbildung über ein Lernen am Modell vollzieht, und welche spezifische Problemlösung dabei den Vorbildern zukommt, darüber soll in diesem Kapitelabschnitt diskutiert werden.

Dass die Beobachtungen von Pflegepersonen in der Praxis entscheidend sind für die Berufssozialisation in der Krankenpflege (vgl. Manninen 1998: 397), darauf wurde bereits mehrfach hingewiesen.²² Wieso das der Fall ist, darauf soll nun *problemorientiert* eingegangen werden. Allem voran ist anzuführen, dass die Ergebnisse meiner Untersuchung darauf hinweisen, dass die SchülerInnen eine *dreifache Divergenz in der Art der Pflege* beobachten: erstens nehmen die Schülerinnen die Diskrepanz zwischen der Schule und der Praxis wahr. Vor allem wenn es darum geht, wie Pflege im besten Fall zu praktizieren ist. Wie zuvor gezeigt wurde, ergibt sich das Spannungsfeld zwischen idealer Pflege und realer Pflege aus den Unterschieden zwischen der Schule und der Praxis. Aus pragmatischen Gründen tendieren die Schülerinnen sozialisatorisch dazu, sich eher an den Annahmen, Erwartungen und Einstellungen der Praxis zu orientieren und sich an jene anzupassen. Zweitens erleben die SchülerInnen aber auch im praktischen Alltag auf der Station Unterschiede in der Art der Pflege. So wird ein und dasselbe pflegerische Problem oftmals in verschiedener Art und Weise gelöst. Aber vor allem darin, wie Pflege den PatientInnen im direkten Kontakt angeboten wird, darin unterscheiden sich die Pflegepersonen auf der Station deutlich. Als Ausnahme wird in dem Zusammenhang jedoch die zu verrichtenden Tätigkeiten im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs genannt. Hierfür geben die Schülerinnen an, sehr uniforme Handlungsweisen zu beobachten. Und drittens erleben die SchülerInnen auch Unterschiede des Pflegens bei ein und derselben Pflegeperson zu unterschiedlichen

²² So sprechen sich auch Andrew/et al. (vgl. 2009: 18) für die baldige Durchführung von Praktika im Zuge der Ausbildung aus, weil nur im Kontext der Station (im Vergleich zum akademisch schulischen Kontext) eine Identifikation der SchülerInnen mit der Profession gelingen können.

Zeitpunkten. Wird eine Schwester zum wiederholten Mal von den PatientInnen zu einem Thema befragt, so reagiert sie am Abend zu Dienstschluss anders darauf als zu Dienstantritt. Aber auch weil Pflege auf unterschiedliche PatientInnen unterschiedlich einzuwirken hat, sind Unterschiede im Stil des Pflegens bei ein und derselben Pflegeperson anzutreffen. *Die dreifache Divergenz des Pflegens*, die von SchülerInnen beobachtet wird, ergibt sich also aus den Unterschieden zwischen Schule und Praxis und den Unterschieden zwischen den verschiedenen Pflegepersonen. Aber auch die Divergenz in der Art der Pflege, wie sie bei ein und derselben Pflegeperson zu unterschiedlichen Zeitpunkten und bei verschiedenen PatientInnen zu beobachten ist, wird in dem Zusammenhang von den Schülerinnen angeführt. Die dreifache Divergenz des Pflegens erzeugt bei den SchülerInnen aber nicht nur ein Gefühl der Kontingenz und führt dazu, dass die SchülerInnen sich aktiv nach einer eigenen pflegerischen Identität umsehen. Sonder sie ist auch als Indikator dafür zu werten, dass die Schülerinnen tatsächlich sehr intensiv die Pflegepersonen beobachten, um an ihrem Modellen zu lernen. Wie das vonstatten geht, darüber gibt in einer recht abstrakten Weise Bandura (vgl. 1976) und seine Theorie des sozialen Lernen Auskunft. Wie das in der Praxis der Krankenpflegeausbildung passiert, darüber wir nun zusammenfassend berichtet.

Die Auswertung der SchülerInneninterviews ergab, dass die SchülerInnen die Pflegepersonen recht genau beobachten und von jenen auch versuchen zu lernen, wie man erfolgreich mit den PatientInnen interagiert. Die Tatsache, dass in der beruflichen Praxis die pflegerollenspezifischen Normen und Werte an den Pflegepersonen modellhaft beobachtet und von den SchülerInnen in weiterer Folge auch gewinnbringend für sich selbst übernommen werden, ist ein in der Literatur gut beschriebenes Phänomen (vgl. Davis 1993: 627f; Perry 2009: 36; Donaldson/Carter 2005: 357). Ebenso wie die Erkenntnis, dass die SchülerInnen in der Praxis aktiv nach Modellen Ausschau halten, von denen sie etwas lernen können (vgl. Donaldson/Carter 2005: 358). Ferner kommt in der entsprechenden Literatur zu tragen, dass für die eigene Ausführung das beobachtete Verhalten an die Überzeugungen, Vorstellungen und Ziele der eigenen Person anzupassen ist (vgl. Howkins/Ewens 1999: 47). In meinen Interviews kam aber auch zur Sprache, dass die SchülerInnen sehr genau darauf Acht geben, wie die PatientInnen auf die jeweiligen Pflegehandlungen reagieren, die von den modellhaft beobachteten Pflegepersonen bei ihnen durchgeführt werden. Letztere Beobachtung gibt darüber Auskunft, dass die SchülerInnen jeweils sehr *selektiv* beobachten und sich das Beobachtete auch selektiv zu eigen machen. Denn neben den bereits erwähnten Erfahrungen, der Art der Persönlichkeit, den eigenen anderen Rollen und dem Alter, braucht es auch zu

beobachtende Qualitätskriterien, die den Schülerinnen bewusst werden lassen, welche modellhaft angebotenen Verhaltensweisen jeweils von Vorteil wären, um sie sich selektiv anzueignen und welche von Nachteil. Es geht also darum, zu fragen, wie SchülerInnen es schaffen, prinzipiell zwischen *positiven* und *negativen Modellen* diskriminieren zu können.

Wie die SchülerInnen jeweils unterscheiden können, welches beobachtete Verhalten positiv zu bewerten ist und von daher von Vorteil wäre, es sich anzueignen, und welches beobachtete Verhalten negativ zu beurteilen ist, das kann theoretisch im Sinne der *triadischen Interaktions- und Lernsituation in der praktischen Krankenpflegeausbildung* erörtert werden: Die SchülerInnen beobachten nämlich nicht nur, wie die beobachteten Pflegepersonen Pflegehandlungen setzen, sondern die SchülerInnen beobachten immer auch mit, wie die PatientInnen auf eben jene von den Pflegepersonen gesetzten Pflegehandlungen reagieren. Die Reaktion der PatientInnen, sind es positive oder negative Verstärkungen, positive oder negative Konsequenzen, geben den SchülerInnen in dem Sinne eine Orientierung, welche Pflegehandlungen und welche Form der pflegerischen Interaktion in welchen Situationen und bei welchen PatientInnen jeweils von Vorteil oder von Nachteil sind. Zum Ausdruck wird das nicht nur in den von mir geführten Interviews gebracht, sondern auch in der Literatur. So beschreibt etwa Perry (vgl. 2009: 40), SchülerInnen können in der Praxis beobachten, wie Stille als Pflorgetechnik gewinnbringend eingesetzt wird. In einem von mir geführten Interview ist es etwa der von Pflegepersonen sehr erfolgreich eingesetzte Humor, der ebenso als pflegerische Intervention von den SchülerInnen beobachtet werden kann und an den entsprechenden Reaktionen der PatientInnen zu lernen ist, wie, wo und bei welchen PatientInnen man mit Humor pflegerisch richtig liegt. Von daher soll an der Stelle insbesondere auf die *Verstärkerfunktion der PatientInnen* hingewiesen werden, die von den Reaktionen der PatientInnen auf bestimmte Arten des Pflegens ausgehen. Denn je nach dem, wie die Reaktion einer PatientIn auf eine bestimmte Kommunikations- oder Handlungsweise einer Pflegeperson ausfällt, eignen sich die SchülerInnen die entsprechenden Kommunikations- oder Handlungsweisen auch selbständig an – oder eben intendiert nicht.

Davies (vgl. 1993: 633) hebt hervor, dass SchülerInnen sehr gut zwischen negativen und positiven Vorbildern unterscheiden können. Wieso das so ist, das kann meines Erachtens theoretisch adäquat über jene eben beschriebene triadische Lernsituation in der praktischen Krankenpflegeausbildung dargestellt werden.

Recht deutlich machen die von mir Interviewten auch, dass man vor allem gut an *negativen Modellen* lernen kann. Ein Umstand, der auch in der Forschung zum Thema so dargestellt

wird (vgl. Pearcey/Elliott 2004: 385). Betont wird dabei sowohl in der Literatur (vgl. ebd.), aber auch aus meiner Darstellung der Ergebnisse sollte das hervorgegangen sein, dass sich die SchülerInnen von den negativen Vorbildern versuchen abzusetzen, im Sinne eines: „So möchte ich nicht werden“. Doch nur negative Vorbilder alleine sind selbstverständlich zu wenig, um effektiv die Rolle der Pflegeperson zu lernen (vgl. ebd.: 387).

Angemerkt wird in den von mir gesichteten Studien zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflege auch die Wichtigkeit von Feedbacks (vgl. Donaldson/Carter 2005: 358). Ein Umstand, auf den auch die von mir befragten SchülerInnen deutlich hinweisen. Parallel zu den Kommentaren, die die Pflegepersonen zu ihrem eigenen Tun abgeben. Aber auch die Wichtigkeit der Diskussion von Fallbeispielen und Rollenspielen wird von den LehrerInnen in dem Zusammenhang genannt. Auch das trägt dazu bei, eine Vorstellung zu entwickeln, welche Pflegeweisen, Annahmen, Erwartungen und Einstellungen als adäquat zu betrachten sind. Und das bietet ebenso einen Pool an Erfahrungen, anhand derer man in weiterer Folge adäquater zwischen positiven und negativen Modellen unterscheiden lernt. Wichtig hierfür ist es aber, einen *Situationsbezug* herzustellen, der es ermöglicht, die erinnerten Erfahrungen praxisgerecht umzusetzen. Auch Davies (vgl. 1993: 628) weist auf die Wichtigkeit von situativ erinnerten Erfahrung in der Berufssozialisation von PflegeschülerInnen hin. Fitzpatrick/et al. (vgl. 1992: 1215f) macht an der Stelle auf den Zusammenhang von Erfahrung und Reflexion aufmerksam. In diesem Sinne sind auch Rollenspiele, Fallbeispiele und Dienstübergaben adäquate Reflexionsmomente, in denen SchülerInnen Erfahrungen aufbauen und an bestimmte Situationen koppeln können. Und das verhilft schlussendlich neben anderem auch dazu, dass an anderen Pflegepersonen beobachtete pflegerische Tun *situativ* als passend oder unpassend, richtig oder falsch und somit auch als positiv oder als negativ zu bewerten.

Ferner wird in meinen Interviews recht explizit betont, es sei an den SchülerInnen selbst gelegen, zwischen guten und schlechten Vorbildern unterscheiden zu lernen. Wie das zu verstehen ist, das kann neben den ebendargestellten Reflexionsmomenten anhand der Variablen: Wissen aus der Schule, bisher gemachte Erfahrungen, Beurteilungen durch Pflegepersonen, Reaktionen der PatientInnen und der Beobachtung dessen, was auf einer Station Relevanz besitzt, dargestellt werden. Aber auch die eigenen persönlichen Vorstellungen können darüber entscheiden, welches Beobachtete SchülerInnen als positiv klassifizieren und in weiterer Folge eigenständig nachahmen. Zu tun hat das damit, so wird das in den SchülerInneninterviews dargestellt, dass Pflege etwas sehr individuelles sei wegen der eigenen Empfindungen, die ebenso zur Pflege dazugehören. Und je nach Empfindung, so der von mir angestellte Schluss, wird auch das an anderen Pflegepersonen beobachtete

Verhalten klassifiziert: z.B. je nach eigener Persönlichkeit als hartherzig und von daher als negativ; oder als durchsetzungsstark im Umgang mit den Patienten und somit in einem positiven Sinne.

Weiters zeigen meine Untersuchungen, dass sich die SchülerInnen auch insofern selektiv an anderen Pflegepersonen und den von ihnen abgegebenen Modell orientieren, da die SchülerInnen recht bedarfsorientiert am Modell lernen. So auch Davies (vgl. 1993: 628) Hinweis, die *Auswahl des Modells erfolge bedarfsorientiert*. Das Thema selektive Auswahl des Modells ist auch in Banduras Lerntheorie zu finden (vgl. 1976b: 23). Demnach erfolgt nicht nur auf Grund der zu erwartenden Konsequenzen und Verstärkungen des Tuns eine offene Ausführung des beobachteten und angeeigneten Verhaltens. Sondern laut Bandura (vgl. ebd.: 22f) erfolgt schon die dem zugrunde liegende Beobachtung des in weiterer Folge nachzuahmenden Verhaltens sehr selektiv (Stichwort: „differenzierende Beobachtung“; ebd.: 24). Und selektiv meint in dem Zusammenhang dann auch, dass sich die SchülerInnen ihre Modelle bedarfsorientiert auswählen.

Die zuvor genannte Variable eigene Persönlichkeit und die damit einhergehenden Vorstellungen, die darüber mitentscheidet, welche Modelle als positiv beschrieben werden und zu einer Nachahmung des Beobachteten einladen, berührt einen Kontext, der im Weiteren unter dem Stichwort *Vorbild* diskutiert werden soll.

Davies (vgl. 1993: 628) betont in ihrer Literaturrecherche zur Berufssozialisation in der Krankenpflege den Sachverhalt, dass für die *Auswahl der Modelle* die Persönlichkeit der Modelle von Wichtigkeit ist. Jedoch gewinnen die kognitiv instrumentellen Kompetenzen der Modelle im Fortlauf der Ausbildung immer mehr an Bedeutung für die Auswahl der Modelle. Eine Beobachtung, die auch von den von mir befragten LehrerInnen und PraxisanleiterInnen geteilt wird. Und auch die Schülerinnen heben hervor, dass man zwar lieber mit jemanden zusammenarbeitet, der sympathisch ist, aber um von jemandem etwas zu lernen, ist das nicht allzu relevant.

Wozu aber Vorbilder – als eine bestimmte Form des Modells, an dem PflegeschülerInnen die Rolle der Pflegeperson beobachten und lernen können – dienen, ist, dass sie aus dem Kreis der positiven und negativen Modelle als ein besonders positives und von daher auch ein extra nachahmenswertes hervorstechen. Zu fassen ist das Vorbild in dem Zusammenhang mit den beiden Eigenschaften, SchülerInnen zu *imponieren* und zur eigenständigen Ausübung des imponierenden Verhaltens zu *motivieren*. *Vorbilder sollen also bestimmte positive Modelle sein, die die SchülerInnen in bezug auf ein Lernen am Modell besonders imponieren und*

motivieren und sich somit von anderen Modellen deutlich abheben. Wichtig in dem Zusammenhang ist die von den Schülerinnen sehr subjektive vorgenommene Klassifizierung ihrer Vorbilder. Denn was an einem Modell imponiert und zur eigenen offenen Ausführung motiviert, hat viel mit den SchülerInnen selbst und deren Vorstellungen zu tun. Neben objektiven Kriterien sind demnach vor allem subjektive Kriterien für die Auswahl von Vorbildern verantwortlich. Als Eigenschaftsvariablen, die von den SchülerInnen mit besonders imponierenden und motivierenden Modellen in Verbindung gebracht werden, wurden in den SchülerInneninterviews genannt: Kompetenz, Vertrauen, Empathie, Ehrlichkeit, hohe Eigenmotivation, persönliche Integrität, Wertfreiheit, interaktive Stärken, resolutes Auftreten und humorvoller Umgang mit den PatientInnen. Die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen gaben diesbezüglich die Variablen: Geschlecht, Hierarchien, Alter, Altersverhältnis, Sympathie, Regionalität, Ruhe/Gelassenheit/Offenheit für SchülerInnen, Autorität, fachliche Gründe, Motivation des Vorbildes, Hierarchien/ Asymmetrien/Heteronomie/Macht, Ethnizität und persönliche bzw. biographische Gründe an. Auch wenn es meiner explorativen Erhebung inhaltlich nicht um Vollständigkeit und Systematisierung zu tun war, decken sich die Angaben der Eigenschaften von Vorbildern in weiten Teilen mit den in der Literatur zu findenden Beschreibungen dessen, was von SchülerInnen als die Eigenschaften einer ‚good nurse‘ beschrieben werden (vgl. Davis 1993: 630 u. 633; Perry 2009: 39ff).

Zu betonen gilt es, dass die *Vorbilder die Funktion erfüllen, die gefühlte Kontingenz der SchülerInnen im Umgang mit den Verschiedenheiten der pflegerischen Praxis zu durchbrechen und den SchülerInnen dazu verhelfen, sich ihre eigene pflegerische Identität zu konstituieren.* Zu tun hat das damit, dass die Vorbilder aufgrund dessen, dass sie über ihr imponierendes Verhalten, als Modell, an dem die Rolle der Pflegeperson zu beobachten ist, auf der Station sehr salient in Erscheinung treten. Als hervorstechende Anschauungsmodelle ziehen Vorbilder die Beobachtungen der SchülerInnen auf sich und verhelfen den SchülerInnen dadurch, aus den angebotenen Modellen einige wenige selektieren zu können. Die selektive Beobachtung der Modelle wird demnach von den Schülerinnen besonders an Vorbildern vollzogen, weil solche besonders gute Modelle abgeben. Aber auch die Motivation der Schülerinnen, das an Vorbildern Beobachtete selbst auszuführen, nimmt von eben jenen Vorbildern ihren Ausgang. Somit ist auch die Motivation, das Beobachtete selbst auszuführen, als Grund dafür zu nennen, wieso Vorbilder sich von anderen Pflegepersonen als Anschauungsmodelle deutlich abheben.

Der damit für die SchülerInnen im Rahmen ihrer Berufsrollenaneignung erzielte Effekt ist somit jener, die gefühlte Kontingenz, hervorgerufen durch die ‚dreifache Divergenz in der Art der Pflege‘, hinten zu halten und den Schülerinnen einen recht konkreten Weg zu zeigen, was es in der Praxis bedeutet, als Pflegeperson aufzutreten. Im Einklang stehen jene Überlegungen mit der sozialen Lerntheorie Banduras (vgl. 1976) und den dabei vertretenen theoretischen Prämissen. Besonders soll jedoch betont werden, dass die SchülerInnen sich an mehreren Vorbildern orientieren können, um an ihren Eigenschaften beobachtend zu lernen, wie sich Pflegepersonen ihrer Rolle entsprechend und von daher sozial richtig verhalten. Und auch bzw. vor allem dann, wenn es in der Praxis kein einheitliches Konzept der Berufsrolle gibt und von daher eine Vielzahl an *unterschiedlichen* Vorstellungen über die Rolle der Pflegeperson vorherrschen. Worum es aber für die Schülerinnen geht, ist, sich recht aktiv nach Modellen umzusehen, um sich an ihrem Vorbild die Berufsrolle individuell zu konstruieren. Und warum diesbezüglich auch keine Beliebigkeit entsteht, darum sorgen ebenso die Vorbilder, weil sie den SchülerInnen gleichzeitig an ihrem Beispiel immer auch die Grenzen des Möglichen, wie eine Pflegeperson zu sein hat, aufzeigen. Wie, darüber geben die oben genannten Eigenschaften Auskunft, die Vorbilder als solche auszeichnen. In dem Sinne verwundert es auch nicht, dass die Angaben der Eigenschaften, anhand derer die Vorbilder als solche ausgesucht werden, über weite Strecken mit den Eigenschaften einer ‚good nurse‘ übereinstimmen.

VIII. 3. Das Problem der Impliztheit expressiver Wissensbestände in der Pflege

In der Darstellung meiner Ergebnisse spielte das Problem nichtverbalisierbarer Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson kaum eine Rolle. Von Seiten der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen wurde zwar angemerkt, man mache in der Praxis viel aus dem Bauch heraus und könne von daher den SchülerInnen nicht immer alles rationell verbalisieren. Jene an Benners (vgl. 1994: 50f) Konzept des praktischen Wissens erinnernden Aussage, als PflegexpertIn könne man nicht immer so recht in Worte fassen, wieso man in einer bestimmten Situation so gehandelt hat, wie man gehandelt hat, wurde aber in den von mir getätigten Interviews kaum als problematisch für den Wissenserwerb der SchülerInnen angegeben. Warum das möglicherweise der Fall ist, und zum Teil auch dem widerspricht, was im Zuge meiner Problemdarstellung theoretisch erörtert wurde, darum soll es nun in diesem Abschnitt gehen.

Am Beispiel des Problems der gefühlten Kontingenz wurde darauf hingewiesen, dass die SchülerInnen im Zuge ihrer sozialisatorischen Rollenaneignung die Pflegepersonen auf der Station recht genau beobachten. Zu tun hat das damit, dass die in der Schule vermittelte konzeptionelle Vorstellung der Rolle der Pflegeperson in der Praxis nicht anzutreffen ist. Auch können die von der Schule gegebenen Vorstellung der Berufsrolle von den SchülerInnen auf den Stationen nicht ausgeführt werden – z.B. wegen dem auf der Station vorherrschenden Ressourcenmangel. Darüber hinaus sind die Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die SchülerInnen in der Praxis an Pflegepersonen beobachten können, nicht standardisiert und wirken für die SchülerInnen als kontingent. Das bedeutet, die SchülerInnen erleben die in der Praxis zu beobachtende Rolle der Pflegeperson als eine solche, die so sein kann wie sie ist, gleichzeitig aber auch ganz anders. Zu tun hat das, wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt wurde, mit den recht unterschiedlich zu beobachtenden Erwartungen, Einstellungen und Annahmen der Pflegepersonen in Bezug auf ihre eigene Berufsrolle. Um dem dadurch für die SchülerInnen entstehenden Problem der gefühlten Kontingenz zu entgehen, ist es an den Schülerinnen selbst gelegen, sich eine eigene pflegerische Identität zu konstruieren. Für diesen Zweck suchen sich die PflegeschülerInnen Vorbilder, um insbesondere an ihrem positiven Modell zu lernen, wie man als Pflegeperson mit den PatientInnen agiert, im Team kommuniziert oder aber als Pflegeperson mit Ärztinnen interdisziplinär zusammenarbeitet. Worum es bei all dem geht, sind rollenspezifische Normen und Werte, die mit der Berufsrolle einhergehen und den Pflegepersonen selbst, aber auch den SchülerInnen spezifische *Erwartungen* an die Hand geben, mit Hilfe derer sie in der Praxis kompetent und professionell ihr Handeln auf anderen Pflegepersonen, auf PatientInnen oder auf ÄrztInnen abstimmen können.

Das schließt zwar nicht aus, dass es auch implizite Wissensbestände in Bezug auf die Rolle der Pflegeperson gibt.²³ Die Aneignung der impliziten Wissensbestände muss aber deswegen nicht notwendigerweise als problematisch erlebt werden. Wieso die Aneignung der impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson in den Interviews mit den SchülerInnen nicht als problematisch beschrieben wurde, hat möglicherweise damit zu tun, dass jenes Problem unter der Hand mit dem Problem der gefühlten Kontingenz zur Auflösung gebracht wird. Denn um überhaupt Unterschiede erkennen zu können, in der Art, wie Pflege angeboten wird, müssen die Unterschiede als Unterschiede erkannt werden. Wie das vonstatten geht, das kann mit der Lerntheorie Banduras (vgl. 1976) dargestellt werden. Denn die SchülerInnen

²³ Das zeigt sich etwa in der Schwierigkeit, die vorgebrachte Kritik am zwischenmenschlichen Umgang von Pflegepersonen mit PatientInnen verbal präzisieren zu können.

beobachten selbstverständlich nicht nur die Reaktionen der PatientInnen auf pflegerische Interventionen. Sondern die SchülerInnen beobachten in der *triadischen Interaktions- und Lernsituation* auch die Pflegepersonen und ihre Art, wie sie mit den PatientInnen interagieren. Und im Rahmen eben jener Beobachtungen erkennen die SchülerInnen auch die impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson und eignen sich jene Annahmen, Erwartungen und Einstellungen bedarfsorientiert an. Das entspricht auch den Ausführungen von Davies (vgl. 1993: 628), dass sich SchülerInnen an den Modellen in der Praxis auch die rollenspezifischen Normen und Werte des Pflegeberufs aneignen.

Wie die PflegeschülerInnen im Zuge dessen mit der dabei beobachteten Kontingenz der Rollenausübung und den damit einhergehenden nicht standardisierten Erwartungen umgehen, darüber gibt die Rolle des Vorbildes theoretisch Auskunft: Vorbilder haben die Funktion, die SchülerInnen durch ihr imponierendes pflegerisches Verhalten zu motivieren, ihre Art und Weise des Pflegens und die dabei vertretenen Annahmen, Erwartungen und Einstellungen nachzuahmen. Und das auch und vor allem dann, wenn SchülerInnen insbesondere an negativen Modellen gut lernen können. Doch alleine an negativen Vorbildern zu lernen, was eine gute Pflegeperson ausmacht, das reicht selbstverständlich nicht aus. Sondern es braucht auch Vorbilder, die im Spannungsfeld von guten und schlechten Modellen heller glänzen als andere. Aber es braucht auch die Schule und das von den LehrerInnen unterrichtete theoretische Wissen. Vor allem deshalb, um das pflegerische Handeln in der Praxis als passend oder unpassend qualifizieren zu können. Aber auch das diesbezügliche Wissen reicht nicht aus, sondern es braucht auch die nötigen Erfahrungen. Erfahrungen, die dem oftmals abstrakt gehaltenen theoretischen Wissen der Krankenpflegeschule ein konkrete Form geben und nur in der Praxis zu machen sind.

IX. Schlussfolgerungen

Es zeigte sich, dass für die berufssozialisatorische Aneignung der Rolle der Pflegeperson dem praktischen Umfeld der Station ein herausragender Stellenwert zukommt. Im Vergleich zur Schule, deren Wirkweise auf die Berufssozialisation der SchülerInnen eher als reflektierender äußerer Kontext zu beschreiben ist. Denn das in der Schule vermittelte konzeptionelle Bild der Rolle der Pflegeperson ist zum einen von die SchülerInnen in der Praxis nicht zu beobachten und kann zum anderen auf Grund der Besonderheiten des pflegerischen Alltags auf den Stationen von den SchülerInnen auch nicht ausgelebt werden. Dennoch dient das konzeptionelle Bild der Rolle der Pflegeperson, so wie es in der Schule unterrichtet wird, den SchülerInnen aber als Standard, um die in der Praxis beobachteten pflegerischen Annahmen, Erwartungen und Einstellungen qualifizieren zu können. Diesbezüglich nehmen die SchülerInnen darüber hinaus aber auch wahr, dass die Vorstellungen, die in der Praxis mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen, nicht nur von denen in der Schule vermittelten abweichen. Sondern die SchülerInnen nehmen ebenso wahr, dass in der Praxis kein einheitliches und somit auch kein standardisiertes Bild der Rolle der Pflegeperson vorherrscht. Letztere Wahrnehmung ergibt sich dadurch, dass die SchülerInnen, bemüht um Anpassung an die Praxis, die Pflegepersonen und ihr Verhalten recht aufmerksam beobachten. Dabei stellen die SchülerInnen aber fest, dass jede Pflegeperson die Rolle der Pflegeperson ein wenig anders verkörpert. Aber auch, dass ein und dieselbe Pflegeperson zu unterschiedlichen Zeitpunkten und bei unterschiedlichen PatientInnen unterschiedlich agiert, nehmen die SchülerInnen wahr. Jene zu beobachtenden Unterschiede in der Art, wie Pflege in der Praxis angeboten wird, führt schlussendlich dazu, dass sich bei den SchülerInnen in Bezug auf die Rolle der Pflegeperson ein Gefühl der Kontingenz einstellt: man kann sich als Pflegeperson PatientInnen gegenüber so, gleichzeitig aber auch anders verhalten. Wie aber soll man es dann *selbst* machen? Gelöst wird das Problem der gefühlten Kontingenz von den SchülerInnen derart, dass sie sich in der Praxis ihr *eigenes* Konzept der Rolle der Pflegeperson zurechtlegen. Das geschieht folgendermaßen: Über ein „Lernen am Modell“ (vgl. Bandura 1976) beobachten die PflegeschülerInnen andere Pflegepersonen und nehmen dabei nicht nur die technisch instrumentelle Form der Pflege wahr, sondern auch den expressiv zwischenmenschlichen Part einer Pflegehandlung, in dem auch die Annahmen, Einstellungen und Erwartungen eingebettet sind, die die Rolle der Pflegeperson ausmachen. Ferner beobachten die PflegeschülerInnen in jener *triadischen Interaktions- und Lernsituation* auch die Reaktionen der PatientInnen. Und zusammen mit den bisher gemachten Erfahrungen, den persönlichen Einstellungen und dem

Wissen aus der Schule, qualifizieren die Schülerinnen das Verhalten der Pflegepersonen. Und das auch in Bezug auf die Normen und Werte, die sich dabei in den Erwartungen rund um die Rolle der Pflegeperson wiederfinden. In diesem Sinne eignen sich die SchülerInnen die Rolle der Pflegeperson im Zuge eines Lernens am Modell sehr selektiv und somit auch pro-aktiv an. Ebenso erfolgt die offene Ausführung des beobachteten recht selektiv.

Wie des Weiteren dem Problem der gefühlten Kontingenz entgangen werden kann, und zwar ebenso im Zuge eines Lernens am Modell, das erklärt die *Funktionsweise von Vorbildern*: Vorbilder dienen den Schülerinnen nämlich dazu, aus den potentiell auf den Stationen zu beobachtenden Modelle einige wenige sehr selektiv auszuwählen zu können. Zu tun hat das damit, dass Vorbilder im Vergleich zu anderen Modellen in ihrer Art des Pflegens recht salient erscheinen. Zusätzlich imponiert das Tun der Vorbilder die SchülerInnen nachhaltig. Und zu guter letzt motivieren die Vorbilder die SchülerInnen auch dazu, sich das an ihnen Beobachtete – und das können auch implizite Annahmen, Erwartungen und Einstellungen sein – anzueignen und in weiterer Folge auch offen auszuführen. Die Eigenschaften der Vorbilder, die den SchülerInnen imponieren, sind weitestgehend als subjektiv zu bezeichnen. Wieso aber die an Vorbildern beobachtete Rolle der Pflegeperson dennoch normativen Standards entspricht, hat folgende Gründe: Vorbilder sind konkrete und direkt zu beobachtende Modelle –, i.e. es sind Pflegepersonen aus Fleisch und Blut, die ihren Dienst im praktischen Kontext auf der Station verrichten. Genau dort werden sie auch von den SchülerInnen beobachtet. Insofern stellen die an den Vorbildern beobachteten Annahmen, Erwartungen und Einstellungen auch kein theoretisch abstraktes Wissen oder Ideal dar, da es sich ja in der Praxis der Station beobachten lässt und sich auch dort zu bewähren hat. Von daher eignet sich das von den SchülerInnen am Vorbild Beobachtete auch besonders gut dafür, auch wiederum im Kontext der Station von den Schülerinnen selbst ausgeführt zu werden – so wie das ja auch die Vorbilder tun. Daraus folgt nun, dass die pflegerische Identität, die sich die SchülerInnen aus der Beobachtung ihrer Vorbilder aneignen, eine solche ist, die den üblichen Erwartungen entspricht, die KollegInnen, PatientInnen oder ÄrztInnen für gewöhnlich an Pflegepersonen adressieren. Worum SchülerInnen aber besonders zu Achten haben ist, sich aus den verschiedenen Modellen eine *eindeutige Rolle* anzueignen und diese *praktisch auch eindeutig ausleben zu können*.²⁴

²⁴ Auf die in der Berufssozialisation im Rahmen der Krankenpflegeausbildung zu beobachtende Wichtigkeit, dass SchülerInnen sich eine eindeutige Rolle anzueignen haben, die sie auch praktisch ausleben können, darauf machen Olsson/Gullberg (vgl. 1988: 289) aufmerksam.

Ferner zeigte sich, dass den Schülerinnen die impliziten Wissensbestände, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen, als nicht problematisch erscheinen. Warum das so ist, wieso also die Nichtverbalisierbarkeit mancher Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson zu assoziieren sind, von den SchülerInnen nicht als problematisch empfunden werden, auch das wurde in meiner Arbeit am Beispiel der Theorie des Lernens am Modell erörtert. Und auch wenn dieses Ergebnis überrascht, erhärtet es dennoch die vorab hypothetischen angestellten Überlegungen, dass sich die Schülerinnen im Zuge ihrer Rollenaneignung auch die impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegepersonen hinreichend gut an den Modellen in der Praxis aneignen können.

Da dem praktischen Kontext für die Berufssozialisation in der Krankenpflegeausbildung eine so große Bedeutung zukommt, soll es in den nun folgenden abschließenden Bemerkungen insbesondere darum gehen, kursorisch anhand einiger weniger Punkte zu beleuchten, welche Bedingungen auf den Stationen gegeben sein sollten, um eine berufssozialisatorische Aneignung der Rolle der Pflegeperson im Modus des Lernens am Modell gelingen zu lassen. Im Anschluss daran wird dann noch kurz auf die pflegewissenschaftliche Literatur zum Thema meiner Arbeit eingegangen und auf möglicherweise lohnende Forschungsfragen und Forschungsgegenstände hingewiesen, die sich im Anschluss an die von mir präsentierten Ergebnissen anbieten würden.

Um in der Praxis von einem Modell lernen zu können, braucht es Zeit (vgl. Donaldson/Carter 2005: 356). Zu tun hat das damit, dass eine Handlungsweise in der Regel mehr als einmal beobachtet werden muss, um sich das Beobachtete selbst aneignen zu können. Diesbezüglich ist es ratsam, auf den Stationen ein Setting des Lernens bereitzuhalten, das es den Schülerinnen ermöglicht, die Modelle über einen längeren Zeitraum beobachten zu können.

Des Weiteren lebt ein erfolgreiches Lernen am Modell von der Chance der Schülerinnen, mit ihren beobachteten Modellen auf der Station auch tatsächlich interagieren zu können (vgl. ebd.: 357). Vor diesem Hintergrund sollten die SchülerInnen wiederholt mit ein und demselben Modell zusammenarbeiten. Ein Sachverhalt, der bei einem System der Bezugspflege, im Rahmen dessen die SchülerInnen zwar sehr selbständig, nichtsdestotrotz über weite Strecken aber getrennt von ihren Anschauungsmodellen arbeiten, problematisch sein könnte.

Gleichzeitig ist es für ein Lernen am Modell wichtig, unterschiedliche Modelle präsentiert zu bekommen. Denn erst in Abgrenzung zu anderen Verhaltensweisen können einzelne

Ausführungen in ihrer Qualität bestimmt werden. In diesem Kontext ist auch das Vorhandensein von negativen Beispielen zu nennen, die, als negativ klassifiziert, als Anschauungsobjekte dienen, wie man etwas nicht machen sollte. Daraus folgt, dass SchülerInnen, wenn sie mit Pflegepersonen zusammenarbeiten, deren Pflegeweisen in einem normativen Sinne als nicht nachahmenswert zu bezeichnen sind, die Möglichkeit geboten werden sollte, sich auch von jenen Pflegepersonen bewusst abgrenzen zu können. Denn auch die Abgrenzung birgt im Sinne des Lernens am Modell einen nicht zu unterschätzenden Lerneffekt. Da eine Abgrenzung von negativen Modellen auf der Station nicht immer konfliktfrei zu haben ist, würde es sich diesbezüglich anbieten, in der Schule darüber berichten und in der Diskussion mit anderen SchülerInnen und den LehrerInnen in einem geschützten Rahmen das Erlebte reflektieren zu können.

Ferner sollte der Status und die Kompetenz derjenigen, mit denen die SchülerInnen zusammenarbeiten, höher sein als die Kompetenz und der Status der SchülerInnen selbst, die am Modell zu lernen haben (vgl. Davies 1993: 634; Melia 1988: 135). Das erklärt dann auch, wieso die SchülerInnen kaum andere SchülerInnen als Modelle heranziehen, um an ihnen zu beobachten, was es bedeutet, eine Pflegeperson zu sein. Zu fragen wäre in dem Zusammenhang, ob PflegeschülerInnen, die das Diplom erwerben, die PflegehelferInnen, mit denen sie in der Praxis häufig im Team zusammenarbeiten, überhaupt als Modelle in Betracht ziehen, an deren Beispiel man etwas lernen könne?

Zusätzlich braucht es auch ein sozialisatorisches Lernsetting, bei dem die SchülerInnen das am Modell beobachtete tatsächlich auch eigenständig ausführen können. Denn nur das Modell zu beobachten ist zuwenig, um am Modell zu lernen (vgl. Donaldson/Carter 2005: 356). Vor allem natürlich dann, wenn es sich um implizite, also nur praktisch zu vermittelnde Wissensbestände handelt. In diesem Sinne sollten die Schülerinnen auf den Stationen nicht nur die Möglichkeit haben, ihre Modelle wiederholt zu beobachten. Sondern SchülerInnen sollten auf den Stationen auch die Möglichkeit vorfinden, das Beobachtete auch selbstständig ausführen zu können.

Problematisch könnte sich aber der Sachverhalt erweisen, dass unterschiedliche Modelle den SchülerInnen unterschiedlich viel erlauben selber auszuführen (vgl. ebd.: 357).

Zusätzlich zur eigenständigen Ausführung wird in der Literatur auch der Umstand beschrieben, dass es den Lerneffekt erhöht, wenn die beobachteten Modelle den SchülerInnen ihr pflegerisches Handeln gleichzeitig immer auch verbal kommentieren und im Anschluss daran auch eine Reflexion des Gezeigten anbieten (vgl. ebd.: 358). Somit müssen sich die als Modelle beobachteten Pflegepersonen aber überhaupt erst einmal als Anschauungsmodelle

definieren. Ratsam wäre eine solche Identifikation als Modell auch aus dem Grund, weil Modelle, die wissen, als Modell beobachtet zu werden, selber auch davon in ihrem Können profitieren (vgl. Perry 2009: 42). Da bei manchen Pflegepersonen mitunter aber auch ein Unbehagen mit der Aufgabe einhergeht, sollte es den Pflegepersonen prinzipiell freigestellt sein, mit SchülerInnen im Sinne einer Lernsituation zusammen zu arbeiten.

Da die Wahl eines Vorbildes als sozialer Prozess zu verstehen ist, bei dem die SchülerInnen weitestgehend sehr subjektiv entscheiden, wer als Vorbild herangezogen wird, ist es auch sachlich erklärbar, wieso SchülerInnen die ihnen zugeteilte PraxisanleiterInnen nicht immer auch als Vorbild akzeptieren. Auch wenn Praxisanleitung ein wertvolles pflegepädagogisches Instrument ist, das die Schülerinnen in Anspruch zu nehmen haben, sollte es den Schülerinnen dennoch frei stehen, wen sie sich als Vorbilder auserwählen.

Das Konzept der Praxisanleitung, aber auch das der angeleiteten Praktika ist insofern ein sehr gewinnbringendes Setting für ein Lernen am Modell, weil die betreffenden Pflegepersonen oder LehrerInnen sich eindeutig als Modelle verstehen. Von daher tragen sie der Lernsituation auch dahingehend Rechnung, als sie das von ihnen Vorgezeigte recht bewusst und in einer Art und Weise ausführen, dass es von den SchülerInnen gut beobachtet werden kann. Auch erfolgt in einem solchen Lernkontext zumeist eine verbale Reflexion des von den SchülerInnen Beobachteten oder selbst Ausgeführten. Auch das ist ein wichtiges Moment im Zuge des sozialen Lernens.²⁵

In der Literatur findet ferner auch der Umstand Erwähnung, dass für ein erfolgreiches Lernen am Modell die anfängliche eigenständige Ausführung des an anderen Gelernten unter Aufsicht und Kontrolle stattfinden, und mit einer Nachbesprechung enden sollte (vgl. Donaldson/Carter 2005: 357). Da Praxisanleitung und angeleitete Praktika dem in einer institutionalisierten Art und Weise entsprechen und somit die PraxisanleiterInnen und LehrerInnen auch dazu angehalten sind, die eigenständige Ausführung des zuvor Gezeigten unter Aufsicht, Kontrolle und mit anschließender Reflexion zu begleiten, sind dieses beiden Settings des Lernens aus der Sicht der Lerntheorie Banduras (vgl. 1976) sehr zu begrüßen.

Was die Impliztheit der Rolle der Pflegeperson betrifft, so haben sowohl Rollenspiele in der Schule als auch das Lernen am Modell in der Praxis den Vorteil, den SchülerInnen immer ad hoc rückkommunizieren zu können, dass ein eben durchgeführtes Verhalten sozial

²⁵ Siehe in diesem Zusammenhang Lyneham/et al. (vgl. 2008) und ihre Kritik an Benners (vgl. 1994) pädagogischen Gebrauch des Konzepts des praktischen Wissens der ExpertInnen. Lyneham/et al. (vgl. 2008: 386) sprechen sich dafür aus, trotz des impliziten Status des ExpertInnenwissens, in der schulischen Vermittlung den Versuch zu starten, über eine Reflexion eben jenes praktischen Wissens der ExpertInnen auch didaktisch gewinnbringend explizieren zu können. Siehe dazu auch Herbig/et al. (vgl. 2001: 694) die zum selben Schluss kommen.

angemessen war, ohne das Verhalten, da es implizit ist, gleichzeitig mitbeschreiben zu müssen. Denn der Verweis darauf, dass ein bestimmtes Verhalten korrekt war, kann auch dann gegeben werden, wenn man nicht so recht in Worte fassen könnte, was genau in der Situation korrekt war. Also das Thema des impliziten Wissens, das teilweise auch mit den expressiv zwischenmenschlichen Wissensbeständen in der Pflege einhergeht und in der Rolle der Pflegeperson Strukturwert erlangt.

Was nun die von mir gesichtete *Literatur* betrifft, so wird in den entsprechenden Abhandlungen zwar der Umstand erwähnt, dass die Modelle auch motivierend auf die lernenden Pflegeschülerinnen einwirken (vgl. Perry 2009: 43). Jedoch wird nicht begrifflich zwischen solchen Modellen unterschieden, die zur Nachahmung motivieren und solchen, die nicht zur Nachahmung motivieren.²⁶ Diesbezüglich könnte es für die Forschung gewinnbringend sein, Vorbilder als solche Modelle zu bezeichnen, die tatsächlich auch dazu motivieren, das an ihnen Beobachtete auszuführen. Darüber hinaus besitzt der derart emphatisch gebildete Begriff des Vorbildes auch einen lebensweltlichen Anschlusswert, der den Begriff weit über den einer lediglich wissenschaftlichen Theoriefigur hinauswachsen lässt. Des Weiteren wird in der Literatur die Diskrepanz zwischen der Theorie in der Schule und der Praxis auf den Stationen als berufssozialisatorische Masterdifferenz gehandhabt (vgl. Wilson/Startup 1991: 1478f). Dass diese Unterscheidung wichtig ist für die Aneignung der Berufsrolle und alles Weitere strukturiert, das steht außer Frage. Jedoch könnte die Forschung auch darauf Bezug nehmen, dass den SchülerInnen auch auf ein und der selben Stationen unterschiedliche Rollen der Pflegeperson präsentiert werden. Auch das scheint mir eine weiterführende Differenz zu sein, die im Rahmen der Berufssozialisation in der Krankenpflege ein Spannungsfeld *sui generis* erzeugt. Auch letztgenanntes Spannungsfeld empirisch genauer zu untersuchen könnte aus dem Grund lohnenswert sein.

Und zuletzt wird in der Literatur das Lernen am Modell kaum als sozialer Prozess beschrieben. Zwar wird in den entsprechenden Abhandlungen erwähnt, dass das am Modell Gelernte mit den Modellen reflektiert werden sollte und auf die eigenständige Ausführung ein Feedback folgen sollte (vgl. Donaldson/Carter 2005: 358). Aber der Umstand, dass es insbesondere die kleinen Dinge sind, wie ein offenes Ohr für die Schülerinnen zu haben, sich

²⁶ Ein Sachverhalt, auf den Tarde (vgl. 2003: 168) in seiner Soziologie der Nachahmung hinweist, indem er Nachahmung mit den beiden Eigenschaften: Überzeugung und Begehren in Zusammenhang bringt. Wobei Überzeugung den kognitiv rationellen Part der Nachahmung abdeckt und das Begehren die emotionale Seite der Nachahmung beschreibt. Letzteres scheint mir ein Sachverhalt zu sein, der auf Nachahmung von Vorbildern stark zutrifft. Weil letztendlich kann man es gar nicht richtig beschreiben warum, aber dennoch hat man ein starkes emotionales Verlangen danach, so zu sein wie das Vorbild bzw. die Dinge so zu können, wie die Vorbilder. Es geht um Motivation.

Zeit zu nehmen beim Vorzeigen und den Schülerinnen gegenüber Ruhe und Aufmerksamkeit an den Tag zu legen, legt deutliche Zeugnis davon ab, dass Vorbilder nicht einfach nur von den SchülerInnen ausgewählt werden, sondern sich auch die Pflegepersonen als Modelle oder gar Vorbilder interaktiv den SchülerInnen anzubieten haben. Eine Beobachtung, die sich in meiner eben dargestellten Untersuchung zeigte und noch darauf wartet, näher erforscht zu werden.

Die Arbeit abschließend soll noch hervorgehoben werden, dass die in der Praxis zu beobachtenden Unterschiede in der Art des Pflegens für die Schülerinnen zwar ein berufssozialisatorisches Problem darstellen, da sie sich eine eindeutige und konsistente Rolle anzueignen haben. Nichtsdestotrotz sind jene in der Praxis zu beobachtenden Unterschiede in der Art des Pflegens auch als positiver Beweis dafür heranzuziehen, dass Pflegepersonen sehr *situationsangepasst* und *personenzentriert* pflegen. Denn die Situationsangepasstheit und Personenzentriertheit in der Art des Pflegens, die PflegeexpertInnen auszeichnet und geradezu zu solchen macht, kann niemals standardisiert oder uniform vonstatten gehen, sondern muss individuell an die Bedürfnisse der PatientInnen und die Möglichkeiten auf den Stationen angepasst werden. Und wie man situationsangepasst und personenzentriert pflegt, auch das beobachtet man als SchülerIn am besten an seinen Vorbildern

Literatur:

- ANDREW, Nicola/ et al. (2009): Greater than the sum of its parts: Transition into the first year of undergraduate nursing. in: *Nurse Education in Practice*, 9, S. 13-21;
- ATTESLANDER, Peter (2000): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. (9. neu bearb. Aufl.). Berlin/ New York: de Gruyter.
- BANDURA, Albert (1976): *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- BANDURA, Albert (1976a): Verhaltenstheorie und die Modelle des Menschen. in: ders.: *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, S. 205-229;
- BANDURA, Albert (1976b): Die Analyse von Modellierungsprozessen. in: ders.: *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, S. 9-68;
- BENNER, Patricia (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern/ u.a.: Verlag Hans Huber.
- BERGER, Peter/ LUCKMANN, Thomas (2003): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. (19. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- BLUFF, Rosalind/ HOLLOWAY, Immy (2008): The efficacy of midwifery role models. in: *Midwifery*, 24, S. 301-309;
- BOGNER, Alexander/ et. al. (Hrsg.) (2005): *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag.
- CLIFFORD, Collette (1996): Role: a concept explored in nursing education. in: *Journal of Advanced Nursing*, 23, S. 1135-1141;
- DAHRENDORF, Ralf (1971) *Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- DIEKMANN, Andreas (2003): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. (10. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rohwolt.
- DAVIS, Elizabeth (1993): Clinical role modelling: uncovering hidden knowledge. in: *Journal of Advanced Nursing*, 18, S. 627-636;
- DONALDSON, Jayne H./ CARTER, Diana (2005): The value of role modelling: Perceptions of undergraduate and diploma nursing (adult) students. in: *Nurse Education in Practice*, 5, S. 353-359;
- DU TOIT, Denise (1995): A sociological analysis of the extent and influence of professional socialisation on the development of the nursing identity among nursing students at the Universities in Brisbane, Australia. in: *Journal of Advanced Nursing*, 21, S. 164-171;

- FITZPATRICK, Joanne M./ et al. (1992): The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature. in: *Journal of Advanced Nursing*, 17, S. 1210-1219;
- FITZPATRICK, Joanne M./ et al. (1996): Key influences on the professional socialisation and practice of students undertaking different preregistration nurse education programmes in the United Kingdom. in: *International Journal of Nursing Studies*, 33, S. 506-518;
- GENEWEIN, Curt/ SPORKEN, Paul (1975): *Menschlich Pflegen. Grundzüge einer Berufsethik für Pflegeberufe*. Düsseldorf: Patmos-Verlag.
- GIDDENS, Anthony (2006): *Sociology*. (5. Aufl.). Cambridge: Polity Press.
- HABERMAS, Jürgen (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 1. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- HEITMANN, Gabriele (2006): *Der Entstehungsprozess impliziten Wissens. Eine Metaphernanalyse zur Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- HERBIG, Britta/ et al. (2001): The role of tacit knowledge in the work context of nursing. in: *Journal of Advanced Nursing*, 34, S. 687-695;
- HILLMANN, Karl, Heinz (1994): *Wörterbuch der Soziologie*. (4. Aufl.). Stuttgart: Kröner.
- HOWIE, J. (1988): The effective clinical teacher: a role model. in: *Australian Journal of Advanced Nursing*, 5, S. 23-26;
- HOWKINS, Elizabeth. J./ EWENS, Ann (1999): How students experience professional socialisation. in: *International Journal of Nursing Studies*, 35, S. 41-49;
- HURRELMANN, Klaus (1994): *Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit*. (4. Aufl.). Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.
- KUHN, Thomas S. (1973): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- LAMNEK, Siegfried (1995a): *Qualitative Sozialforschung*. Band 2. Methoden und Techniken. (3. korr. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- LAMNEK, Siegfried (1995b): *Qualitative Sozialforschung*. Band 1. Methodologie. (3. korr. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- LUEGER, Manfred (2000): *Grundlagen qualitativer Feldforschung*. Wien: WUV UTB.
- LUHMANN, Niklas (1984) *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- LYNEHAM, Joy/ et al. (2008): Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. in: *Journal of Advanced Nursing*, 64, 380-387;
- LOBIONDI-WOOD, Geri/ HABER, Judith (1996): *Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung*. Berlin/ Wiesbaden: Ullstein Mosby.

- MANNINEN, Elsa (1998): Changes in nursing student's perceptions of nursing as they progress through their education. in: *Journal of Advanced Nursing*, 27, 390-398;
- MANTZOUKAS, Stefanos/ JASPER, Jasper (2008): Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. in: *Journal of Advanced Nursing*, 62, S. 318-326;
- MAYER, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas UTB.
- MAYRING, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (8. Aufl.). Weinheim/ Basel: Beltz UTB.
- MELEIS, Afaf I. (1975) Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. in: *Nursing Research*, 24, S. 264-271;
- MELIA, Kath M. (1988): Arbeit erledigen oder lernen zu pflegen? Die berufliche Sozialisation von Krankenpflegeschülern. in: *Pflege*, 1, S. 131-137;
- MEUSER, Michael/ NAGL, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zu qualitativen Methodendiskussion. in: Bogner, Alexander/ et. al. (Hrsg.): *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 71-93;
- NEUWEG, Georg Hans (2001): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr- und lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. (2. Aufl.). Münster/ u.a.: Waxmann.
- PEARCEY, Patricia A./ ELLIOTT, Barbara, E. (2004): Student impressions of clinical nursing. in: *Nurse Education Today*, 24, S. 382-387;
- PARSONS, Talcott (1952): *The Social System*. (2. Aufl.). Glencoe: The Free Press.
- PERRY, Beth (2008): Role modeling excellence in clinical nursing practice. in: *Nurse Education in Practice*. 9, S. 36-44;
- PERVIN, Lawrence A. (1987): *Persönlichkeitstheorien*. Freud, Adler, Jung, Rogers, Kelly, Cattell, Eysenck, Skinner, Bandura u. a. (2. neu bearb. Aufl.). München/ Basel: E. Reinhardt.
- POLANYI, Michael (1985): *Implizites Wissen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- REGITSCHNIG, Annemarie (1999): *Berufliche Sozialisation in der Krankenpflege. Krankenpflegepersonen im Spannungsfeld zwischen Autoritätsgläubigkeit und Identitätsfindung*. Diplomarbeit, Psychologie, Klagenfurt.
- REGITSCHNIG, Annemarie (2002): *Die Auswirkungen des beruflichen Sozialisationsprozesses auf die Persönlichkeit während der Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege*. Dissertation, Psychologie, Klagenfurt.
- OLSSON, Henny M./ GULLBERG, Mats S. (1988): Nursing education and importance of professional status in the nurse role. Expectations and knowledge of the nurse role. in: *International Journal of Nursing Studies*, 25, S. 287-293;

- SCHWARZ-GOVAERS, Renate: (1999): Praxiswissen der Pflege. Wie kann das Praxiswissen der Pflege für eine Pflegedidaktik nutzbar gemacht werden? in: Koch, Veronika (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern/ u.a.: Verlag Hans Huber, S. 45-68;
- SMITH, James P. (1981): Sociology and Nursing. (2. Ausg.). New York: Churchill Livingstone.
- STALDER, Josef (1985): Die soziale Lerntheorie von Bandura. in: Frey, Dieter/ Irle, Martin (Hrsg.): Theorien der Sozialpsychologie. Band II: Gruppen- und Lerntheorien. Bern/ Stuttgart/ Toronto: Verlag Hans Huber, S. 241-271;
- SWERTZ, Paul (1970): Grundbegriffe der Soziologie für Krankenpflegekräfte. Ein Leitfaden für Krankenpflegeschulen. Freiburg: Lambertus Verlag.
- TARDE, Gabriel (2003): Die Gesetze der Nachahmung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- THOBE, Wiltrud (2003): Externalisierung impliziten Wissens. Frankfurt a. M.: Peter Lang. Europäischer Verlag für Wissenschaften.
- WALTER, Ilsemarie (1991): Krankenpflege als Beruf. Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien: Wilhelm Maudrich.
- WILSON, Ann/ STARTUP, Richard (1991): Nurse socialisation: issues and problems. in: Journal of Advanced Nursing, 16, S. 1478-1486;
- WITTNEBEN, Karin (1999): Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. in: Koch, Veronika (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern/ u.a.: Verlag Hans Huber, S. 1-13;
- ZDERAD, Loretta T. (1997): Empathie in der Pflege. in: Schaeffer, Doris/ et al. (Hrsg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Verlag Hans Huber, S. 171-180;

Anhang

A. Interviewleitfäden

Leitfaden für Interviews mit LehrerInnen:

Thema: Berufssozialisation in der praktischen Krankenpflegeausbildung

Einstieg:

In meiner Diplomarbeit geht es darum, zu erforschen, wie sich Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im Rahmen ihrer Ausbildung die Berufsrolle: *Pflegeperson* aneignen. Insbesondere der praktischen Berufsausbildung auf der Station gilt hierbei mein Hauptinteresse.

Unter der Rolle einer Pflegeperson ist natürlich Verschiedenes zu verstehen: das Wissen um die korrekte Durchführung pflegerischer Handlungsweisen, Wertschätzung und Einfühlsamkeit den Patienten gegenüber oder beispielsweise auch ein kompetenter Auftritt in bezug auf Ärzte oder andere Angehörige medizinischer Berufe. Was mich aber in meiner Forschung eigentlich interessiert, ist nicht so sehr die Frage, was denn genau unter der Berufsrolle zu verstehen ist, sondern vielmehr möchte ich in Erfahrung bringen, wie man sich die Berufsrolle überhaupt aneignet. Wie es also dazu kommt, dass Krankenschwestern wissen, einfühlsam und wertschätzend auftreten zu müssen und dahingehend auch bemüht sind, dass praktisch umzusetzen? Um Fragen solcher Art ist es mir zu tun. Spontan fällt mir dazu auf Anrieb etwa die Vorbildwirkung von Krankenhausserien im Fernsehen oder auch Ärzteromane und deren transportierte Rollenklischees ein. In denen werden solche Stereotype ja sehr stark bedient.

Was die Rolle der Krankenschwester oder des Krankenpflegers und deren Aneignung betrifft, so richtet sich meine Untersuchung aber konkret auf die praktische Ausbildung auf der Station, um zu erforschen, wie es in diesem Setting bei den Schülern und Schülerinnen zur Herauskristallisierung und Übernahme der Berufsrolle kommt. Diesbezüglich werde ich nicht nur Interviews mit den SchülerInnen selbst führen, sondern auch mit SchülerbetreuerInnen/PraxisanleiterInnen. Aber auch die Sicht der LehrerInnen möchte ich einbeziehen, um von dieser Warte aus in Erfahrung zu bringen, welche didaktischen Vorstellungen darüber vorherrschen, ob und wie das Rollenlernen in der Ausbildung zur Pflegeperson, insbesondere in einem berufspraktischen Kontext, vonstatten geht.

Erste offenere Fragen zum Thema:

- Diesbezüglich würde mich von Ihnen zuallererst interessieren, ob und inwieweit das Konzept der Berufsrolle in Ihrer Funktion als LehrerIn überhaupt ein Thema ist? Die Vermittlung der Berufsrolle also ein bewusst anzustrebendes Ziel Ihrer Tätigkeit als LehrerIn angesehen werden kann?
- Ohne auf alle Eigenschaften jetzt im Detail einzugehen: aber sind Sie der Meinung, so etwas wie die Berufsrolle der Krankenschwester oder des Krankenpflegers kann theoretisch überhaupt umfassend beschrieben werden?
- Bzw. kann es so beschrieben werden, dass das Konzept der Berufsrolle als ein curricular zu vermittelnder Inhalt für die Lehre herangezogen werden kann? (→ Ist das Konzept der Berufsrolle curricular fassbar und lässt es sich pädagogisch umsetzen?)

Die Ausbildung auf der Station betreffend:

- Wenn die Schülerinnen und Schüler zum ersten Mal auf die Station kommen, besteht ja nicht nur die Schwierigkeit, das zuvor in der Schule theoretisch Gelernte praktisch umzusetzen. Sondern es besteht auch die Schwierigkeit, das als Krankenschwester oder Krankenpfleger zu tun. Natürlich genießen SchülerInnen einen Sonderstatus, weil sie ja noch in Ausbildung sind und von allen als SchülerInnen behandelt werden. Aber wie würden Sie aus ihrer Erfahrung als LehrerIn die Situation einschätzen, wenn die Schülerinnen zum ersten Mal „richtigen“ PatientInnen gegenüber stehen und dann als PflegeschülerInnen aufzutreten haben?
- Welche Funktion kommt in dieser ersten Phase der praktischen Tätigkeit den SchülerbetreuerInnen/PraxisanleiterInnen zu? Geben diese den SchülerInnen praktische Tipps, wie sie sich, neben der korrekten Durchführung ihrer pflegerischen Tätigkeiten, auch als Pflegeschülerin oder Pflegeschüler den PatientInnen gegenüber sozial angemessen zu verhalten haben? Also zum Beispiel die eingangs erwähnte Empathie betreffend?
- Kann man das denn überhaupt mündlich so kommunizieren (z.B. den empathischen Umgang meined)?
- In der Recherche zum Thema meiner Diplomarbeit bin ich immer wieder auf die Funktion von Vorbildern für die Aneignung der Rolle der Pflegeperson gestoßen. Wie würden Sie die Wichtigkeit von Vorbildern einschätzen, an denen die Schülerinnen beobachten und lernen können, wie man sich PatientInnen gegenüber richtig verhält?

- Wenn wichtig: Könnten Sie mir bitte beschreiben, wie aus Ihrer Sicht als Lehrerin die SchülerInnen sich an Vorbildern orientieren? Besonders interessiert mich dabei natürlich der Umgang mit den PatientInnen.
- Ab und an gehen Sie ja auch mit den Schülerinnen auf die Station um dort mit ihnen einen angeleiteten Praktikum abzuhalten. Der Zweck dabei ist ja nicht nur zu schauen, ob die SchülerInnen das Gelernte richtig umsetzen, sondern auch der, neues Wissen zu vermitteln. Neues den Schülerinnen beizubringen, bei dem die SchülerInnen dann auch gleich praktisch zuschauen können, wie man das macht. Inwieweit tragen Sie dabei ihrer Funktion als Vorbild Rechnung und inwiefern thematisieren Sie das auch mit den Auszubildenden?
- Geben Sie Ihren SchülerInnen auch die Empfehlung, sich aktiv nach Vorbildern auf der Station umzusehen?
- Welche Gründe sind Ihrer Meinung nach ausschlaggebend, welche Vorbilder sich die SchülerInnen heranziehen? Und welche Rolle spielt dabei Ihrer Erfahrung nach der Geschlechteraspekt?
- Und welche Rolle spielen dabei die SchülerInnen höherer Jahrgänge? Kann man an jenen gut ablesen, wie man sich als angehende Pflegeperson in einem sozialen Sinne richtig verhält?
- Oder lernt man an den höhersemestrigen Schülerkollegen auf der Station eher, wie man sich als *SchülerIn* richtig verhält?
- Um auch auf die Trias Patient-Pflegeperson-PflegeschülerIn noch näher einzugehen: Den PatientInnen kommt ja auch insofern eine Verstärkerfunktion zu, als die SchülerInnen an ihrer Reaktion erkennen können, welches Verhalten der sie betreuenden Pflegeperson ein passendes ist oder nicht. Wie schätzen Sie das Feedback der PatientInnen ein, das sie an die Pflegepersonen adressieren und die PflegeschülerInnen ebenso beobachten können?

Ausklingen lassen der Gesprächs, das Setting der Organisation:

- In meiner Diplomarbeit geht es mir insbesondere um die Funktion von Vorbildern für das Erlernen der Berufsrolle. Wie schätzen sie den Kontext Krankenhaus diesbezüglich ein? Ist der Arbeitsalltag auf der Station im Krankenhaus ein passabler Ort dafür, sich eine pflegerische Identität anzueignen?
- Nachfragen ob ich meinen Themenkomplex betreffend etwas Wichtiges übersehen habe.

Leitfaden für Interviews mit SchülerInnen:

Thema: Berufssozialisation in der praktischen Krankenpflegeausbildung

Einstieg:

In meiner Diplomarbeit geht es darum, zu erforschen, wie sich PflegeschülerInnen im Rahmen ihrer Ausbildung die Berufsrolle der *Pflegeperson* aneignen. Insbesondere der praktischen Berufsausbildung auf der Station gilt dabei mein Interesse.

Unter der Rolle der Pflegeperson ist natürlich Verschiedenes zu verstehen: das Wissen um die korrekte Durchführung pflegerischer Handlungsweisen, Wertschätzung und Einfühlsamkeit den Patienten gegenüber oder beispielsweise auch ein kompetenter Auftritt in bezug auf Ärzte oder andere Angehörige medizinischer Berufe. Was mich in meiner Forschung diesbezüglich interessiert, ist nicht so sehr die Frage, was denn genau unter der Berufsrolle zu verstehen ist, sondern vielmehr möchte ich in Erfahrung bringen, wie man sich die Berufsrolle als SchülerIn überhaupt aneignet. Wie es also dazu kommt, dass Krankenschwestern oder Krankenpfleger wissen, einfühlsam und wertschätzend auftreten zu müssen und dahingehend auch bemüht sind, das in der täglichen Arbeit praktisch umzusetzen.

Was die Rolle der Krankenschwester oder des Krankenpflegers und deren Aneignung durch die SchülerInnen betrifft, so richtet sich meine Untersuchung sehr konkret auf die praktische Ausbildung auf der Station. Dabei gehe ich von der Annahme aus, dass man als SchülerIn die Rolle der Pflegeperson – also die Art und Weise zu pflegen und mit den Patienten in Kommunikation zu treten –, durch die Beobachtung von Pflegepersonen lernt, die man sich genau dafür als Vorbilder heranzieht.

Zum Thema hinführende Fragen; das Rollenkonzept:

- Was mich nun von Ihnen als KrankenpflegeschülerIn zunächst interessieren würde ist, ob sich Ihre Vorstellung davon, wie eine Pflegeperson zu sein hat, nach Ihrem ersten Praktikum verändert hat?
- Bzw. hat sich in bezug auf Ihr erstes Praktikum das Bild der Pflegeperson bestätigt, das Ihnen in von Seiten der Schule theoretisch vermittelt wurde?
- Und daran anknüpfend: Glauben Sie, gibt es in der Praxis überhaupt ein einheitliches Bild das man sich von einer Pflegeperson machen könnte? Oder gibt es in der beruflichen Praxis auf den Stationen vielmehr viele unterschiedlich Bilder und Vorstellungen davon, wie eine Pflegepersonen zu sein hat und sich ihrer Rolle entsprechend zu verhalten hat?

Praktische Erfahrungen auf den Stationen:

- In Lehrbüchern zur GuKP und im Unterricht in der Schule werden pflegerische Maßnahme zumeist so präsentiert, als würden sie auf eine ganz bestimmte Art und Weise durchführbar sein. Also z.B. wenn es um die Wunddesinfektion geht, die man etwa genau so und wenn möglich nicht anders zu machen hat. In der Praxis sieht man dann aber von unterschiedlichen Pflegepersonen unterschiedliche Durchführungen ein und der selben Maßnahme – und das manchmal auch bei ein und der selben PatientIn. Aber auch wenn es um die Kommunikation geht, sieht man in der Praxis, dass die Pflegepersonen die PatientInnen jeweils unterschiedlich über ein und den selben pflegerischen Sachverhalt aufklären. Deckt sich das mit Ihren eigenen Beobachtungen? Und wenn ja, wie gehen Sie damit um, in der Praxis Unterschiedliches in miteinander vergleichbaren Situationen präsentiert zu bekommen?
- Die Praktika auf den Stationen sind ja in erster Linie als Lernsituationen gedacht. Diesbezüglich würde mich interessieren, wie Sie persönlich mit Kritik umgehen, die Ihnen von Seiten der PraxisanleiterInnen, Bezugsschwestern oder Pflegepersonen entgegengebracht wird? Etwa wenn sie etwas nicht so machen, wie man es Ihnen auf der Station gezeigt oder in der Schule gelehrt hat? Empfinden sie die Kritik an Ihrem Verhalten immer als gerechtfertigt? Wenn nein, können Sie bitte kurz eine Situation schildern, in der Sie glauben, zu unrecht kritisiert worden zu sein? Wie und mit welchen Begründungen wurden Sie in diesem Fall kritisiert?

Lernen am Modell:

- In der Praxis ist man als SchülerIn ja dazu angehalten, den Pflegepersonen, mit denen man zusammenarbeitet, gut zuzusehen und ihre Art des Pflegens genau zu beobachten. Wenn sie einer Pflegeperson dabei zusehen, wie sie bei einer PatientIn eine pflegerische Maßnahme setzt, denken sie sich dann manchmal, wenn die Schwester oder der Pfleger jetzt anstelle dessen dieses oder jenes gemacht hätte, dann hätte die PatientIn z.B. weniger Angst, Schmerzen, Unwohlsein etc. verspürt? Und wenn ja, kommunizieren Sie dass dann auch der betreffenden Pflegeperson?
- Ich nehme an, dass es ab und an auch vorkommt, dass die betreffende Pflegeperson ebenso mitbekommt dass man die Situation hätte pflegerischer besser gestalten können und aus dem Grund die Situation im Anschluss mit Ihnen bespricht. Wie wichtig und gewinnbringend ist es für Sie, wenn die Pflegepersonen, mit denen Sie

zusammenarbeiten, ihnen mündlich mitteilen, wieso sie in einer bestimmten Situation so und nicht anders gehandelt haben?

- Haben Sie den Eindruck, besagte Pflegepersonen können ihre Beweggründe, in der Situation sich pflegerisch genau so verhalten zu haben, immer auch in Worte fassen, oder geschieht bei den Pflegepersonen auch manches „aus dem Bauch heraus“, das sie dann schwer in Worte fassen und ihnen mitteilen könnten?

Vorbilder:

- Wenn Sie an Ihre Praktika denken, gibt oder gab es da Pflegepersonen, die sie besonders imponieren bzw. imponiert haben und Sie sich dachten: „So möchte ich das auch einmal können.“ Oder Sie sich dachten: „So eine Schwester oder so ein Pfleger möchte ich auch einmal werden“? Wenn ja: Können Sie mir bitte darüber berichten, welche Eigenschaften diese Pflegepersonen für Sie zu etwas Besonderem machen?
- Motivieren Sie solche Pflegepersonen, das an Ihnen Beobachtete ebenso zu erlernen?
- Zuvor haben wir darüber gesprochen, dass man als SchülerIn in der Praxis auf unterschiedliche Weisen der Durchführung pflegerischer Maßnahmen stößt: der eine macht es so; die andere macht es anders. Glauben Sie, dass diese sie imponierenden Pflegepersonen ihnen einen sehr konkreten Weg vorzeigen in der Art des Pflegens, an dem Sie lernen können, wie man als Pflegeperson „richtig“ pflegt?
- Können Sie mir Gründe nennen, wieso Sie jemanden als Vorbild heranziehen? Glauben Sie, dass sich die Gründe für die Wahl Ihrer Vorbilder im Laufe Ihre Ausbildung verändert haben?
- Spielen für Sie auch negative Vorbilder eine Rolle? Wenn ja: Glauben Sie, man kann an negativen Vorbildern gut lernen, wie man pflegerisch etwas besser nicht macht? Bzw. können Sie sich vorstellen, an negativen Vorbildern veranschaulicht zu bekommen, wie Sie als Pflegepersonen einmal nicht werden möchten?

SchülerInnen höherer Jahrgänge:

- Orientieren Sie sich dann, wenn es um rein pflegerische Belange auf den Stationen geht, etwa in bezug auf Grundpflege, auch an SchülerInnen höherer Jahrgänge, um an ihrem Beispiel zu lernen, wie man als Pflegeperson richtig pflegt?

Sehr offene Schlussfrage: Schule vs. Station:

- Wie gehen Sie damit um, dass Ihnen in der Schule z.T. anderes gelehrt wird, als Sie in der Praxis antreffen? → Frage nach Vorbildern als diesbezügliche Kontingenzunterbrecher.

B. Abstract

Die sich im Rahmen der Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege vollziehende Berufssozialisation findet in einem Spannungsfeld statt, das für die SchülerInnen von zwei Instanzen maßgeblich beeinflusst wird: zum einen von der Schule und dem darin zum Thema Berufsrolle gelehrteten theoretischen Wissen; und zum anderen von den Stationen und dem dort gezeigten praktischen Umgang mit der Rolle der Pflegeperson. Die Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson einhergehen und von den SchülerInnen in der Praxis konkret beobachtet werden können, stehen dabei aber nicht nur in Kontrast zu dem in der Schule konzeptionell vermittelten Bild der Berufsrolle. Sondern sie stellen sich für die SchülerInnen zum Teil auch in einer nichtstandardisierten und nichtverbalisierbaren Art und Weise dar. Das lässt die berufssozialisatorische Aneignung der Rolle der Pflegeperson, welche die PflegeschülerInnen in ihrer Berufsausbildung zu erbringen haben, zum Problem werden.

Diesbezüglich geht die Arbeit der Frage nach, wie es den Schülerinnen gelingt, sich die Rolle der Pflegeperson praktisch anzueignen, obwohl die in der Praxis an anderen Pflegepersonen zu beobachtende Rolle der Pflegeperson nicht mit dem übereinstimmt, was den SchülerInnen in der Schule theoretisch vermittelt wird und ferner, die in der Praxis zu beobachtende Rolle der Pflegeperson sich den SchülerInnen im weitesten Sinne auch in einer nichtstandardisierten und nichtverbalisierbaren Form präsentiert.

Neben der Beantwortung eben jener Frage, hat sich die Arbeit eine umrisshafte Rekonstruktion des Sozialisationsprozesses in der Krankenpflege zum Ziel gesetzt.

Hierfür wurden leitfadengestützte mündliche Befragungen mit vier KrankenpflegeschülerInnen, vier Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen und einer Praxisanleiterin durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse der explorativ verfahrenen empirischen Untersuchung werden kategorial dargestellt. Theoretisch orientiert sich die Untersuchung und die Darstellung der Ergebnisse am Konzept des impliziten Wissens (Polanyi 1985) und der Theorie des sozialen Lernens (Bandura 1976). Wobei das Konzept Polanyis und die darin probagierte Implizitheit praktischer Wissensbestände auf die beiden genannten Problemstellungen der Berufssozialisation aufmerksam macht; und die Theorie Banduras über ihr vorgestelltes Lernen am Modell einen Weg aufzeigt, wie die sozialisatorische Aneignung nichtverbalisierbarer und nichtstandardisierbarer Annahmen, Erwartungen und Einstellungen, die mit der Rolle der Pflegeperson in Zusammenhang zu bringen sind, wissenschaftlich adäquat beschrieben werden können.

In den Ergebnissen wird gezeigt, dass sich die SchülerInnen im Zuge ihrer Berufssozialisation primär an dem Rollenbild orientieren, das ihnen in der Praxis dargeboten wird. Zu tun hat das damit, dass die in der Praxis zur Verfügung stehenden Ressourcen eine Rollenausübung, so wie es das Rollenkonzept der Schule nahe legt, nicht zulassen. In ihrer sozialisatorischen Hinwendung zur Praxis beobachten die SchülerInnen jedoch recht unterschiedliche Formen der Rollenausübung. Und nicht nur von Station zu Station und von Pflegeperson zu Pflegeperson lassen sich Unterschiede in der Art, wie Pflege dargeboten wird, ausmachen. Sondern auch bei ein und derselben Pflegeperson beobachten die Schülerinnen zu verschiedenen Zeitpunkten und bei verschiedenen PatientInnen unterschiedliche Arten des Pflegens. Das erzeugt bei den SchülerInnen ein Gefühl der Kontingenz: man kann so pflegen, gleichzeitig aber auch ganz anders. Der von den SchülerInnen beobachteten Kontingenz des pflegerischen Handelns liegt jedoch keine Beliebigkeit im Handeln der Pflegeperson ursächlich zugrunde, sondern die situationsangepasste und personenzentrierte Art des Pflegens. Nichtsdestotrotz vermittelt die zu beobachtende Kontingenz des pflegerischen Handelns den Schülerinnen, selbst dafür verantwortlich zu sein, sich eine eindeutige pflegerische Identität zu suchen.

Gelöst werden jene sozialisatorischen Problemstellungen durch die modellhafte Beobachtung bestimmter Pflegepersonen in der Praxis, die sich im Vergleich zu anderen Pflegepersonen dadurch auszeichnen, dass sie die SchülerInnen durch ihr pflegerisches Handeln imponieren und jene auch dazu motivieren, eben jenes vorgezeigte pflegerische Handeln nachzuahmen – und zwar so und nicht anders. Das reduziert für die SchülerInnen den Bereich dessen, wie die SchülerInnen die Rolle der Pflegeperson in der Praxis selbst zu verkörpern haben auf ein handhabbares Maß, da es den SchülerInnen nahe legt, auf eine bestimmte Weise zu pflegen, obwohl dafür auch andere Möglichkeiten zur Verfügung stünden. In der selektiven Nachahmung der Eigenschaften und Handlungsweisen eben jener Vorbilder können sich die SchülerInnen gleichzeitig aber auch die impliziten Wissensbestände rund um die Rolle der Pflegeperson aneignen. Die Vermittlung und Aneignung impliziter Bestandteile der Rolle der Pflegeperson wird in den Darstellungen der befragten Akteure dementsprechend auch nicht als problematisch beschrieben.

Des Weiteren zeigt die Untersuchung, dass das Wissen der Schule mit dafür verantwortlich ist, weshalb das von den Schülerinnen am Modell Beobachtete überhaupt als positiv oder als negativ qualifiziert werden kann. In der Darstellung der imponierenden Eigenschaften, die Pflegepersonen zu Vorbildern machen, wird in der Arbeit aber auch darauf hingewiesen, dass die selektive Wahl eines Vorbildes subjektive Implikationen in sich birgt und als sozialer

Prozess zu verstehen ist, bei dem sich die Pflegepersonen interaktiv auf die Schülerinnen einzustellen haben, um prinzipiell als Vorbild in Erscheinung treten zu können.

In den Schlussfolgerungen der Arbeit wird darauf eingegangen, dass in der entsprechenden pflegewissenschaftlichen Literatur zum Thema Berufssozialisation in der Krankenpflege begrifflich distinkter zwischen Modellen und Vorbildern zu unterscheiden ist. Diesbezüglich wird der Vorschlag unterbreitet, Vorbilder als Modelle spezieller Art zu verstehen, da sie die SchülerInnen besonders imponieren und dahingehend auch motivieren, das Beobachtete eigenständig nachzuahmen. In diesem Sinne ist es weitestgehend an den Vorbildern gelegen, dass sich die Schülerinnen „ihre“ Rolle der Pflegeperson praktisch aneignen können.

C. Lebenslauf

Name: Krutter Simon
Email: simon.krutter@gmx.net
Geburtsdatum: 23. Januar 1978
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Österreich

Studium: „IDS-Pflegewissenschaft“ (seit März 2002)
an der Universität Wien;

„Bakkalaureatsstudium Soziologie“ (Oktober 2003 bis November 2006)
an der Universität Wien;

„Magisterstudium Soziologie“ (Oktober 2006 bis Mai 2009)
an der Universität Wien; mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen

Berufsausbildung: 3 Jahrgänge Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (1998-2001)
5020 Salzburg; mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen

Schulsausbildung: 8 Klassen Bundesrealgymnasium (1988-1996)
5400 Hallein; mit Matura abgeschlossen

4 Klassen Volksschule (1984-1988)
5082 Grödig u. 5424 Bad Vigaun

Schwerpunkt im Studium: - Qualitative Methoden

Wien, am 10. Juni 2009