

Das Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals  
Aspekte beeinflussender Faktoren

***Magisterarbeit im Hauptfach Erziehungswissenschaft***

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg

1. Referent: Prof. Dr. Christiane Schiersmann

2. Referent:

vorgelegt von Cornelia Mahler  
aus Upper Ferntree Gully/Australien

Sommersemester 1998  
***Heidelberg, den 18.9.1998***

## Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei verschiedenen Personen bedanken, ohne die diese Arbeit und mein ganzes Studium nicht möglich gewesen wäre. Insbesondere gilt dabei mein Dank meinem Ehemann Gunter. Er hat mich dabei unterstützt Kinder, Studium und zuletzt auch noch meine Berufstätigkeit - trotz erschwerten Bedingungen - „unter einen Hut“ zu bringen. Während der letzten 6 Monate mußten er und unsere Kinder Ann-Kathrin, Martin und Peter oftmals eine angespannte und gereizte Mutter und Ehefrau ertragen, die oftmals nicht das nötige „offene Ohr“ für die kleinen Alltäglichkeiten hatte.

Des weiteren möchte ich mich hier bei meinen Eltern und Schwiegereltern bedanken, die immer bereit waren auszuhelfen und Engpässe zu überbrücken. Ebenso gilt den vielen Freunden und Bekannten mein Dank, die bei der Betreuung unserer Kinder zwischen „Frühdienst“/ „Spätdienst“ und Uni eingesprungen sind.

Den folgenden Personen möchte ich danken für die wertvollen Anregungen, Hinweise und Diskussionen während der Entstehung dieser Arbeit: Claudia Jacobs-Österreicher, Erika Mackh und Ralf Hürst.



# Gliederung

Vorwort .....	5
Gliederung.....	
Einleitung .....	1
1 Die Bedeutung der Fort- und Weiterbildung für die Kranken–pflege unter Berücksichtigung des gewandelten Pflegebedarfs.....	5
2 Bisherige Forschungsergebnisse zum Fort- und Weiterbildungsverhalten von Pflegekräften. ....	11
3 Theoretische Überlegungen zu möglichen Einflußfaktoren .....	15
3.1 Die Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege .....	16
3.1.1 Die Entwicklung der Fort- und Weiterbildung in den letzten 20 Jahren. ....	16
3.1.2 Rechtliche Grundlagen von Fort- und Weiterbildung .....	18
3.2 Die berufliche Entwicklung in der Krankenpflege.....	19
3.3 Die Arbeitssituation in der Krankenpflege.....	21
3.3.1 Die Gesellschaftliche Anerkennung der Krankenpflege .....	21
3.3.2 Die Rolle der Krankenpflege im Organisationssystem Krankenhaus.....	23
3.3.3 Die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege .....	24
3.3.3.1 Physische Belastungen .....	24
3.3.3.2 Psychische Belastungen .....	25
3.3.3.3 Schichtdienst .....	26
3.4 Motivationale Aspekte .....	27
3.4.1 Das psychologische Konstrukt der Motivation.....	28
3.4.2 Weiterbildungsmotivation .....	31
4 Empirische Untersuchung an einem Krankenhaus.....	35
4.1 Allgemeiner Teil: Methodische Vorgehensweise.....	35
4.1.1 Der Fragebogen als Untersuchungsinstrument.....	36
4.1.2 Datenerhebung .....	36
4.1.3 Auswertungsverfahren.....	37
4.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse .....	37
4.2.1 Beschreibung der Stichprobe.....	37
4.2.2 Das Weiterbildungsverhalten der Befragten.....	41
4.2.2.1 Pflegefachzeitschrift als Weiterbildungsmöglichkeit: .....	43
4.2.2.2 Gründe für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen .....	45
4.2.2.3 Fortbildungshindernisse: .....	46
4.2.2.4 Interpretation der Ergebnisse zum Weiterbildungsverhalten.....	48
4.2.3 Die Transparenz der Weiterbildungsmöglichkeiten .....	49
4.2.4 Einstellungen der Pflegenden zur beruflichen Entwicklung.....	51
4.2.5 Die Arbeitssituation der Befragten.....	54
4.2.5.1 Gesellschaftliche Anerkennung.....	54
4.2.5.2 Stellenwert der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus .....	56
4.2.5.3 Arbeitsbedingungen im Alltag .....	57
4.2.5.4 Arbeitszufriedenheit .....	59
4.2.5.5 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse zur Arbeitssituation in der Krankenpflege .....	60
4.2.6 Zusammenhänge einzelner Variablen .....	61
5 Schlußfolgerungen und Ausblick .....	65
Literatur.....	69
Anhang .....	75

## Einleitung

Der „Pflegernotstand“ Ende der 80er Jahre lenkte erstmals die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. Diese waren geprägt von steigender Fluktuation, geringer Berufsverweildauer, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und Personalmangel. Das Interesse der Öffentlichkeit hatte zur Folge, daß zunehmend wissenschaftliche Studien zur Arbeitssituation und zu den Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals durchgeführt wurden. Außerdem entstanden neue Konzepte zur Arbeitszeitgestaltung<sup>1</sup> und zur Entlastung der Krankenschwestern und –pfleger durch das Einstellen von Stationssekretärinnen und Versorgungsassistenten<sup>2</sup>.

Waren damals offene Stellen an der Tagesordnung, so sind heute durch die Umgestaltung im Gesundheitswesen und den Gesundheitsreformen die vakanten Stellen dünn gesät. Die knapper werdenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen zwingen die Krankenhäuser, ihre Mittel gezielt einzusetzen. So werden in Zukunft die Qualifikationen der Pflegekräfte eine zunehmend wichtigere Rolle einnehmen und zwar nicht nur in Bezug auf Neueinstellungen, sondern auch im täglichen Betrieb. Dies bedeutet eine zielgerichtete Fort- und Weiterbildung im Sinne des Krankenhauses. *„Betriebliche Bildungsarbeit hat den Veränderungsprozeß im Sinn. Das fordert den gezielten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel.“*<sup>3</sup>

Nicht nur im wirtschaftlichen Sinne ist die Fortbildung des Pflegepersonals nötig. *„Pflege bringt komplexe Anforderungen mit sich und zwingt zu immer wieder neuer Auseinandersetzung mit den aktuellen Bedingungen.“*<sup>4</sup>

Innerbetriebliche Fortbildungen werden in vielen Krankenhäusern durchgeführt. In den größeren Kliniken sind inzwischen sogar eigene Planstellen bzw. eigene Fortbil-

---

<sup>1</sup> Vgl. Dahlem/Lorenz (Hrsg.) 1993

<sup>2</sup> Vgl. Bartholomeyczik 1993a

<sup>3</sup> Huneke 1997, S.446

<sup>4</sup> Flieder, Pflege aktuell 4/97, S.249

dungseinrichtungen mit dem Ziel geschaffen worden Anpassungsfortbildungen oder auch qualifizierende Maßnahmen anzubieten.

Während meiner Berufstätigkeit als Krankenschwester ist mir die geringe Bereitschaft des Pflegepersonals an Fortbildungen teilzunehmen aufgefallen. Auch von führenden Leitungskräften in der Krankenpflege wird eben diese geringe Bereitschaft bemängelt<sup>5</sup>, was mich dazu veranlaßte, dieses Phänomen im Rahmen meiner Magisterarbeit zu untersuchen. Dabei interessierte mich besonders, welche Faktoren einen Einfluß auf das Fort- und Weiterbildungsverhalten haben. Dadurch soll ein Beitrag geleistet werden, Mitarbeiter gezielt aktivieren zu können an Fortbildungen teilzunehmen, sowie Anregungen für die Weiterentwicklung von Fortbildung zu erhalten.

Mit dieser Zielsetzung habe ich eine Befragung an einem Krankenhaus durchgeführt.

Die vorliegende Arbeit beschreibt zunächst, welche Bedeutung die Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege besonders unter der Berücksichtigung des gewandelten Pflegebedarfs, bedingt durch demographische und medizinische Veränderungen hat. Anschließend werden die Ergebnisse einzelner Studien aufgeführt, die sich am Rande mit der Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals beschäftigt haben. Aufgrund dieser Erkenntnisse werden im Anschluß diejenigen Parameter beschrieben, die das Fort- und Weiterbildungsverhalten möglicherweise beeinflussen. Dazu gehören die Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege sowie die beruflichen Entwicklungen aufgrund des gewandelten beruflichen Selbstverständnisses. Im Anschluß erfolgt eine Beschreibung der Arbeitssituation in der Krankenpflege. Hierbei werden Aspekte wie gesellschaftliche Anerkennung, die Rolle der Krankenpflege im Organisationssystem Krankenhaus sowie die Arbeitsbedingungen skizziert. Danach wird auf das psychologische Konstrukt der Motivation eingegangen und deren aktuellen Erkenntnisstand zur Weiterbildungsmotivation.

Nach Beschreibung der empirischen Untersuchung und der methodischen Vorgehensweise folgen Darstellung und Interpretation einzelner Ergebnisse der Befragung.

---

<sup>5</sup> Vgl. Schlüter 1992, S.50

Im Schlußteil der Arbeit werden die wichtigsten Elemente nochmals zusammengefaßt und praxisrelevante Schlußfolgerungen aufgezeigt.





# 1 Die Bedeutung der Fort- und Weiterbildung für die Krankenpflege unter Berücksichtigung des gewandelten Pflegebedarfs

## Historischer Rückblick

Die Krankenpflege ist im weitesten Sinne heute noch geprägt von ihren historischen Strukturen. Diese gehen zurück auf die karitative Tradition der Krankenpflege – das Dienen aus Nächstenliebe, die Krankenpflege als Berufung<sup>6</sup>. Erst die Reformen des 19. Jahrhunderts brachten für die Krankenpflege eine Veränderung mit sich, als sie sich zu einem „*Frauenberuf mit einer eigenen Qualifikation und Professionalität emanzipierte*“<sup>7</sup>. Zur gleichen Zeit machte die Ärzteschaft einen Professionalisierungsprozeß durch und besiegelte ihre führende Stellung im Gesundheitswesen. Alle anderen Berufe wurden als „Heilhilfsberufe“ den Ärzten nachgeordnet<sup>8</sup>.

Weiterhin wird die Krankenpflege heute noch von den Strukturen kirchlicher und freier Schwesternschaften beeinflusst und derer christlich oder humanistisch orientierter Dienstauffassung. Die Schwesternschaften betrieben eine verbandsinterne Aus- und Weiterbildung, um eine Fremdbestimmung durch den Staat oder anderen gesellschaftlichen Kräften nicht zu zulassen. Dieses Merkmal prägt heute noch die Struktur der Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege<sup>9</sup>.

Die Vorstellung der Krankenpflege als Heilhilfsberuf festigte sich zu Beginn des Jahrhunderts durch neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse, die für die Medizin neue Behandlungsverfahren mit sich brachten. Diese bezogen die Krankenpflege mit ein, zum Teil durch direkte Assistenz oder durch die Übernahme von einzelnen Behandlungsschritten<sup>10</sup>.

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts beginnt sich das Berufsbild der Krankenpflege zu verändern. Ausgehend von Impulsen aus den angelsächsischen Ländern, geht es

---

<sup>6</sup> vgl. Elkeles 1994, S. 8

<sup>7</sup> Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S. 19

<sup>8</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.58

<sup>9</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.62

<sup>10</sup> vgl. Elkeles 1994, S. 10

um Grundsatzdiskussionen bezüglich des Selbstverständnisses der Krankenpflege und bezüglich der „*Stellung des Berufes im veränderten Welt- und Menschenbild*“<sup>11</sup>. Der naturwissenschaftlich, organisch ausgerichteten Medizin steht ein patientenorientierter<sup>12</sup> Ansatz der Krankenpflege gegenüber<sup>13</sup>.

Der angeführte kurze historische Rückblick zeigt, daß die Pflege dabei ist, ihren Standpunkt neu zu bestimmen. Nachfolgend möchte ich aufzeigen, wie sich der Pflegebedarf heute verändert hat und mit welchen Rahmenbedingungen die Pflege heute konfrontiert ist.

### **Gewandelter Pflegebedarf**

#### **- Demographische Entwicklung:**

Der Anstieg der Lebenserwartung (14,9% der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt) und die niedrige Geburtenrate in der Bundesrepublik Deutschland (15,9% sind unter 15 Jahre alt) führen zu einer sogenannten Überalterung der Bevölkerung<sup>14</sup>. Dieser Altersaufbau der Gesellschaft läßt auf eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit schließen, da „*das Krankheitsbild älterer Menschen vielfach durch Multimorbidität geprägt ist*“<sup>15</sup>. Die veränderte Familienstruktur – eine Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte – schränkt zudem die Pflegemöglichkeiten in der Familie stark ein<sup>16</sup>.

#### **- Medizinischer Fortschritt:**

Der medizinische Fortschritt hat zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums geführt. Kindersterblichkeit und Infektionserkrankungen prägen nicht mehr die Bandbreite der Erkrankungen. Vorherrschend sind Herz-Kreislauf Krankheiten, maligne Neubildungen und degenerative Erkrankungen, welche zu einer Zunahme von chro-

---

<sup>11</sup> Juchli 1983, S.,48

<sup>12</sup> „Patientenorientiert (...) besagt, daß die Pflegenden sich in ihrem Entscheiden und Handeln am einzelnen Patienten in seiner krankheitsbedingten, körperlichen, psychosozialen und individuellen Situation orientieren.“ Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.61

<sup>13</sup> vgl. Elkeles 1994, S.11

<sup>14</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.69

<sup>15</sup> Riedel/Steininger 1992, S.19

<sup>16</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.69

nischen Krankheitsverläufen führen. Diese können oftmals medizinisch nicht kausal behandelt werden. Solche Patienten bedürfen daher einer verstärkten pflegerischen und medizinischen Betreuung<sup>17</sup>.

Das gewandelte Krankheitspanorama und die veränderte Altersstruktur führen dazu, daß es eine zunehmende Zahl chronisch kranker und altersgebrechlicher Menschen gibt. Diese benötigen eine aktivierende, unterstützende und lindernde Pflege, d.h. dem rehabilitativen Aspekt der Pflege wird ein größeres Gewicht beigemessen.

Durch den medizinischen Fortschritt hat auch die Hochleistungsmedizin, die vor allem auf Intensivstationen zum Einsatz kommt, zugenommen. Hier gehören Krankheitsbilder, bei denen Patienten im Grenzzustand zwischen Leben und Tod schweben, schon fast zum pflegerischen Alltag und führen auch zu ethischen Konflikten der dort Tätigen<sup>18</sup>.

### **Neue Anforderungen an die Pflege**

Der dargestellte Wandel im Pflegebedarf stellt neue Anforderungen an den Pflegeberuf. Die Autoren der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ haben dazu folgende Anforderungen formuliert<sup>19</sup>:

- Die Zunahme von chronischen Erkrankungen fordert von den Pflegenden, einen neuen Schwerpunkt auf die gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Elemente zu setzen.
- Eine pflegfachliche Unterstützung von pflegenden Angehörigen wird eine zunehmend große Rolle einnehmen bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Leiden.
- Die neuen medizinischen Möglichkeiten fordern von den Pflegekräften eine hohe psychosoziale Kompetenz. Diese ist nötig, da der Fortschritt der Medizin nicht zwangsläufig zur Heilung sondern eventuell zu einer pflegerischer Abhän-

---

<sup>17</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.70

<sup>18</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.63

<sup>19</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S. 62ff

gigkeit führt. Die Angehörigen müssen im Umgang mit Krankheit und Tod begleitet werden.

- Um die hohe Belastung am Arbeitsplatz zu kompensieren wird ebenfalls psychosoziale Kompetenz erfordert.
- Voraussetzung für eine qualifizierte Pflege ist eine kontinuierliche Anpassungsfortbildung an den medizinischen Fortschritt.
- *„Die medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung können nur dann dem humanitären Anspruch medizinischer Institutionen gerecht werden und zugleich effektiv sein, wenn diese integriert erfolgen und eine Kontinuität im Vorgehen gesichert ist.“*<sup>20</sup> Dieser Anspruch an eine ganzheitlich orientierte Pflege fordert vom Personal eine Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen (Ergotherapie, Krankengymnastik, Ärzte). Diese Kooperation kann nur gewährleistet werden, wenn sowohl kommunikative Kompetenzen vorhanden sind, die einen fachlichen Austausch erlauben wie auch Problemlösungsmodelle zusammen mit anderen Berufsgruppen erarbeitet werden können.
- Der Einsatz von technischen Hilfsmittel wie z.B. EDV, Internetzugang etc., dienen der Organisationserleichterung in der Krankenpflege und sind in manchen Krankenhäusern bereits an der Tagesordnung. Wenn diese Kommunikationshilfen in der Pflege zielgerichtet eingesetzt werden sollen, muß das Pflegepersonal entsprechend geschult und bei der Umsetzung in die Praxis fachgerecht unterstützt und begleitet werden.
- *„Insgesamt ist zu beobachten, daß die kritische Einstellung der Gesellschaft zur Medizin zunimmt.“*<sup>21</sup> Dies hat zur Folge, daß Patienten und Angehörige deutlicher ihre Bedürfnisse und Rechte formulieren. Ein neuer Umgang mit kritischen und selbstbewußten Patienten und ihren Angehörigen wird notwendig. Das Pflegepersonal muß Beratungskompetenzen und eine neue Gesprächskultur entwickeln.

---

<sup>20</sup> Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.64

<sup>21</sup> Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.66

## Begründungen für Fort- und Weiterbildung

Die bisherigen Ausführungen haben das neue Anforderungsprofil der Pflege dargestellt. Um dieses veränderte Profil zu erreichen, ist eine Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals von Nöten. Zusätzlich gibt es noch weitere Gründe, die für eine Weiterbildung des Pflegepersonals sprechen. Einige möchte ich hier anführen:

Durch den Ausbau an qualifizierter Fortbildung sieht G. Betz die Möglichkeit, Streß und Frust unter dem Pflegepersonal abzubauen und somit der Berufsflucht entgegenzuwirken<sup>22</sup>.

Für H. Francois-Kettner ist Fort- und Weiterbildung eine Möglichkeit das Selbstbewußtsein der Pflegenden, und somit ihr Berufsbewußtsein zu stärken. Fortbildungen seien wichtig, um aus der Passivität und vermeintlichen Ohnmacht zu entkommen. *„Pflegende müssen wegkommen vom Lamentieren, vom sich Beklagen, vom Davonlaufen.“*<sup>23</sup> Sie sieht die Chance, daß die Pflegenden durch Fortbildungen ein neues Selbstbewußtsein erlangen. Dies kann zu einer aktiven Mitarbeit für ein verbessertes Image der Pflege führen.<sup>24</sup>

Nach M. Pilgram hat sich jede Pflegekraft aufgrund ihrer Sorgfaltspflicht ständig auf dem aktuellen Wissenstand zu halten.<sup>25</sup> Dies wird auch von der ICN (International Council of Nurses) bestätigt, da nach Abschluß ihrer Grundausbildung die Pflegenden selbst für ihre weitere berufliche Entwicklung verantwortlich sind.<sup>26</sup>

Weiterhin erachtet die ICN Fortbildungen als notwendig, da in immer mehr Ländern laufende Fortbildungsmaßnahmen für die Weiterbeschäftigung bzw. Beförderung ausschlaggebend sind.<sup>27</sup>

Die angegebenen Begründungen zeigen, daß Fort- und Weiterbildung in der Pflege nicht nur zur Aufrechterhaltung und Erweiterung pflegerischer Fachkenntnisse dienen. Sie sind ein wichtiges Instrument, um die Professionalisierung und den Wandel im Berufsbild der Krankenpflege voranzutreiben. Dies macht es meiner Ansicht

---

<sup>22</sup> vgl. Georg Betz. DKZ, 9/91

<sup>23</sup> Hedi Francois-Kettner 1993, S.277

<sup>24</sup> vgl. Francois-Kettner 1993

<sup>25</sup> vgl. Martina Pilgram 1995, S.86

<sup>26</sup> vgl. ICN-Resolution. In: Pflege Aktuell 6/98, S.344

<sup>27</sup> vgl. ICN-Resolution. In: Pflege Aktuell 6/98, S.344

nach nötig, das Fort- und Weiterbildungsverhalten von Pflegekräften zu untersuchen, um Aufschluß über fördernde bzw. hindernde Faktoren zu erhalten. Aufgrund dieser Ergebnisse können dann neue Konzepte erarbeitet werden, um Pflegende für die Teilnahme an Fortbildungen zu bewegen.

## 2 Bisherige Forschungsergebnisse zum Fort- und Weiterbildungsverhalten von Pflegekräften.

Die Suche nach „Forschungsliteratur“ zum Fort- und Weiterbildungsverhalten vom Krankenpflegepersonal hat sich als sehr mühsam erwiesen. Es gibt viel Literatur zu den Professionalisierungsbemühungen der Krankenpflege und zu Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit von Krankenschwestern und Pflegern. Dabei wird das Thema Fort- und Weiterbildung auch erwähnt als ein Faktor der sich auf die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbelastung auswirkt. Folgende Studien, deren Ergebnisse ich hier anführen möchte, haben sich am Rande mit dem Fort- und Weiterbildungsverhalten von Krankenpflegepersonal beschäftigt:

**Bernhard Güntert et al.:** Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung: Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (1989)

**Claudia Meyer:** Die Veränderung der Arbeitssituation in der Krankenpflege: Interesse und Bereitschaft Pflegenden zur Mitgestaltung (1996)

**Uta Oelke:** Fort- und Weiterbildungsinteressen von Beschäftigten im Gesundheitswesen. (1988)

**Gabriele Schlüter:** Berufliche Belastungen in der Krankenpflege (1992)

**Johanna Taubert:** Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal (1987)

Die Studie von **Güntert et al.**,(1989) kommt zu dem Ergebnis, daß 46% der Befragten die Weiterbildungsmöglichkeiten als ein wichtiger Aspekt ihrer Arbeitssituation bezeichnen<sup>28</sup> ( und sogar 53,4% der Ansicht sind, daß eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung für ihre Arbeit erforderlich ist). Die Notwendigkeit von Weiter-

---

<sup>28</sup> vgl. Güntert et al 1989, S. 39

bildung wird von Männern (70,3%) viel stärker betont als von Frauen (48,6%). Auch mit der Dauer der Berufstätigkeit nimmt das Bedürfnis nach Weiterbildung zu. Für Güntert et al. scheint es im Bereich der Fort- und Weiterbildung eine Diskrepanz zu geben zwischen dem Wunsch und der Wirklichkeit. Sie kommen zu dem Schluß, daß vor allem bei den 26- bis 35jährigen ein Weiterbildungsbedürfnis aktuell ist. Dieses Bedürfnis geht jedoch eher in Richtung Erweiterung und Vertiefung von Kenntnissen und Fähigkeiten und nicht unbedingt in Richtung Aufstiegsmöglichkeiten in der Hierarchie<sup>29</sup>.

**Claudia Meyer** kommt bei ihrer Forschungsarbeit zu dem Ergebnis, daß sich der überwiegende Teil der Pflegenden manchmal oder selten der beruflichen Fortbildung widmet. Dabei nimmt das Lesen von Fachliteratur einen höheren Stellenwert ein als die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Bei ihrer Untersuchung stellt sie fest, daß mit den Berufsjahren die Anzahl der Pflegenden, die oft oder sehr oft an Fortbildungen teilnehmen, wächst. Es läßt sich ebenfalls erkennen, daß Pflegende mit einer Fachweiterbildung oder einer zusätzlichen Qualifikation häufiger Fortbildungen besuchen<sup>30</sup>. Eine regelmäßige Pflicht zur Fort- und Weiterbildung empfinden 48,8% der Pflegenden als sehr geeignet, 28,0% der Pflegenden als geeignet, um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Die Diskrepanz dieser Aussage zu der Häufigkeit der Teilnahme an Fortbildungen, lasse nach Meyer *„das Vorliegen von Determinanten vermuten, die einer häufigeren Teilnahme an Fortbildungen entgegenstehen“*<sup>31</sup>.

Als einzige Untersuchung, die sich konkret mit dem Fort- und Weiterbildungsinteresse im Gesundheitswesen beschäftigt, ist die Studie von **Uta Oelke** anzuführen. Sie wendet sich dabei auch an andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen und setzt ihren Schwerpunkt auf das Wahrnehmen von Bildungsurlaub. Dabei kommt sie zu dem Ergebnis, daß die signifikantesten Einflüsse auf die „Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen“, „Interesse an berufsbezogenen Fortbildungsthemen“ und „Zeit

---

<sup>29</sup> vgl. Güntert et al 1989, S.40

<sup>30</sup> vgl. Meyer 1996, S.50

<sup>31</sup> Meyer 1996, S.50



für Fortbildung“ folgende Variablen sind: die Größe/Art des Krankenhauses sowie Berufs-, Geschlechts- und Alterszugehörigkeit<sup>32</sup>.

Dabei läßt sich feststellen, daß die Befragten an Unikliniken wesentlich weniger an Fort- und Weiterbildungen teilgenommen haben als Beschäftigte aus kleinen Häusern. Die Geschlechtszugehörigkeit, als weitere signifikanter Faktor für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen besagt, daß 75% der Männer an mehr als einer Fortbildung teilgenommen haben, jedoch nur die Hälfte der befragten Frauen<sup>33</sup>. Auch besteht ein Zusammenhang zwischen Alter und Fort-/Weiterbildungsteilnahme. Mit der Zunahme des Alters steigt die Zahl derer, die noch nie an einer Fortbildung teilgenommen haben.

Als Einflußfaktoren auf das Fort- und Weiterbildungsverhalten werden in dieser Studie Variablen wie Größe/Art des Krankenhauses, Berufs-, Alters- und Geschlechtszugehörigkeit zugemessen. Inwieweit auch die Arbeitsbelastung einen Einfluß auf das Fort- und Weiterbildungsinteresse hat wird hier nicht berücksichtigt.

In ihrer Untersuchung „Berufliche Belastungen in der Krankenpflege“ befragte **G. Schlüter** das Pflegepersonal zu den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Dabei stellte sie fest, daß sich 79,9% der Befragten eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung wünschen<sup>34</sup>. Dem Wunsch nach regelmäßiger Fort- und Weiterbildung steht gegenüber, daß lediglich 18,6% der Befragten angeben, sich kontinuierlich weiterbilden zu können.

Die beruflichen Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten werden von 32,7% des Pflegepersonals als unzureichend beurteilt<sup>35</sup>.

Aus welchen Gründen die Befragten nicht an Weiterbildungen teilgenommen haben, ist aus dieser Studie nicht erkennbar.

Die qualitative Studie zur beruflichen Motivation von Krankenpflegepersonal von **Johanna Taubert** untersucht u.a. die Haltung vom Pflegepersonal gegenüber Fort-

---

<sup>32</sup> vgl. Oelke 1988, S. 24

<sup>33</sup> vgl. Oelke 1988, S.14

<sup>34</sup> vgl. G. Schlüter 1992, S.95

bildungen. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß die Chancen, sich durch Fortbildung eine Erweiterung der beruflichen Handlungsmöglichkeiten zu verschaffen, von den Pflegekräften als eingeschränkt gesehen werden<sup>36</sup>. Als Gründe hierfür werden ein zu geringes Angebot an Fortbildungen, sowie das Opfern von privater Zeit angeführt.

Auf der anderen Seite zeigt sich, daß Befragte, die Fortbildungsangebote wahrgenommen haben, eine deutlich höhere Berufszufriedenheit aufweisen. Sie erleben ihre Tätigkeit eher als sinnvoll und berichten auch häufiger, daß ihnen die Arbeit Spaß mache<sup>37</sup>.

### **Zusammenfassung**

In den aufgeführten Studien wird das Bedürfnis des Pflegepersonals nach regelmäßigen Fort- und Weiterbildung evident. Pflegende sind der Ansicht, daß eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung für ihre Arbeit erforderlich ist (Güntert et al.), oder wünschen sich eine kontinuierliche Fortbildung (Schlüter). Weiterhin kann festgestellt werden, daß Fort- und Weiterbildungen nicht in dem Maße in Anspruch genommen werden können wie das Pflegepersonal es gerne täte (Güntert et al., Schlüter). Diese Diskrepanz läßt vermuten, daß Gründe vorliegen, die das Pflegepersonal daran hindert, an Fortbildungen teilzunehmen.

In manchen der angeführten Studien werden Vermutungen angestellt, welche Gründe für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen bestehen (Taubert, Oelke, Meyer). Hierbei handelt es sich um Variablen wie Alter, Geschlechtszugehörigkeit, Anzahl der Berufsjahre und Qualifikation. Es ist mir jedoch keine Studie bekannt, die Faktoren untersucht, die auf das Weiterbildungsverhalten des Krankenpflegepersonals einen Einfluß hat.

Mit meiner Untersuchung möchte ich versuchen, ein wenig Aufschluß über diese Einflußfaktoren zu erhalten.

---

<sup>35</sup> vgl. G. Schlüter 1992, S.97

<sup>36</sup> vgl. Taubert 1987, S. 10

<sup>37</sup> vgl. Taubert 1987, S. 10

### 3 Theoretische Überlegungen zu möglichen Einflußfaktoren

Wie ich bereits im 2. Kapitel beschrieben habe, hat die Sichtung der vorhandenen Forschungsliteratur relativ wenig über die Einflußfaktoren zum Fort- und Weiterbildungsverhalten von Krankenpflegepersonal ergeben.

Grundlage für meine Überlegungen sind daher Aussagen von Krankenschwestern und Krankenplegern, die ich in vielen Gesprächen über Fort- und Weiterbildung zu hören bekam. Fragt man die Beschäftigten nach Gründen für ihre geringe Beteiligung an Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen, werden sofort mehrere angeführt, wie z.B.:

- *„Während meiner Arbeitszeit geht das sowieso nicht!“*
- *„Für Diejenigen die sich fortbilden, gibt es keine Honorierung, weder finanziell noch sonst irgendwie.“*
- *„Was man auf der Fortbildung lernt kann man auf Station nicht in die Praxis umsetzen.“*
- *„In meiner freien Zeit habe ich keine Lust, mich mit solchen Dingen zu beschäftigen.“*
- *„Es interessiert sowieso keinen, welche Qualifikationen ich habe.“*
- *„Bei der großen Anzahl an Fortbildungsinstituten weiß man nicht wohin man sich wenden soll.“*

Das Durchforsten der oben angeführten Literatur sowie die angegebenen Aussagen haben mich dazu bewogen, folgende Faktoren als möglicherweise maßgebend für die Fort- und Weiterbildungsbereitschaft anzusehen:

1. Die Weiterbildungsmöglichkeiten in der Krankenpflege
2. Die berufliche Entwicklung in der Krankenpflege
3. Die Arbeitssituation in der Krankenpflege
4. Motivationale Aspekte

Im folgenden werde ich auf die einzelnen Faktoren eingehen.

### **3.1 Die Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege**

#### **3.1.1 Die Entwicklung der Fort- und Weiterbildung in den letzten 20 Jahren.**

Die neuen Anforderungen an die Pflege<sup>38</sup> haben die Einrichtung von Fortbildungsprogrammen notwendig gemacht (siehe 1). Ebenso ist die berufliche Entwicklung der Krankenpflege (siehe auch 3.2) mit der Entwicklung der Fort- und Weiterbildung eng verknüpft.

Es ist festzustellen, daß in den letzten 20 Jahren der Umfang an Fortbildungen für Pflegepersonal erheblich zugenommen hat<sup>39</sup>. Gleichzeitig hat sich der inhaltliche Schwerpunkt der angebotenen Fortbildungen, wie folgt verändert:

In seiner Studie von 1988 stellt R. Reuter fest, daß im Vergleich zu einer 1979 durchgeführten Studie der Umfang an regelmäßig angebotenen Fortbildungen zuge-

---

<sup>38</sup> Das Verständnis der Pflege hat sich gewandelt von einem organisch, somatisch orientiertem Krankheitsmodell, zu einem individuellem, patientenzentriertem und personenorientiertem Verständnis. Vgl. Reimann 1990, S 380.

<sup>39</sup> Vgl. Betz 1991, S.659

nommen hat. Weiterhin kommt er zu dem Ergebnis, daß inhaltliche Veränderungen der angebotenen Themen zu verzeichnen sind. Lag früher der Schwerpunkt im medizinischen Bereich, so ist nun der Anteil pflegerischer sowie sozialer und anderer Themen als maßgebend festzustellen<sup>40</sup>.

Diese Hinwendung zur Vertiefung des allgemeinen Pflegewissens kann auch bei den Fachweiterbildungen<sup>41</sup> in der Krankenpflege beobachtet werden. Diese haben sich parallel zu der zunehmenden Fachspezialisierung der Ärzte entwickelt und waren ursprünglich stark medizinisch ausgerichtet<sup>42</sup>.

Die Gleichstellung der Pflegedienstleitungen im Krankenhausdirektorium erforderte eine zusätzliche Qualifikation von Pflegekräften im Managementbereich. Diese Managementprogramme wurde sowohl an der Krankenpflegehochschule Agnes Karll wie auch an Fachhochschulen<sup>43</sup> angesiedelt<sup>44</sup>.

Eine Zunahme der Institutionalisierung des Bildungsbereichs der Krankenpflege ist zu verzeichnen. Diese bietet sowohl Fortbildungen in Form von Tages- und Wochen-seminaren, wie auch Weiterbildungen mit Zusatzqualifikationen an. Neben den Fortbildungseinrichtungen der einzelnen Landesverbände des DBfK bieten eine Vielzahl anderer Institute in privater oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft Fortbildungen an<sup>45</sup>. Außerdem wird die Einrichtung von eigenen innerbetrieblichen Fortbildungen, an Krankenhäusern mit festen Planstellen für diese Aufgabe, beobachtet<sup>46</sup>.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich in den letzten Jahren viel verändert hat im Bereich der Fort- und Weiterbildung; sowohl im inhaltlichen Sinne – eine größere Besinnung auf pflegerische Themen – wie auch in der Vielzahl der Angebote von Fortbildung.

---

<sup>40</sup> vgl. Reuter 1988, S.753

<sup>41</sup> Anästhesie und Intensivpflege, Gemeindepflege, Operationsdienst, Endoskopie, Onkologie, Psychiatrische Pflege

<sup>42</sup> vgl. Reimann 1990, S.382

<sup>43</sup> 1988 wurde an der Fachhochschule Osnabrück der erste Lehrstuhl für eine Pflege-Professur geschaffen. Vgl. Reimann 1990, S.381

<sup>44</sup> vgl. Reimann 1990, S.381

<sup>45</sup> z.B. Diakonie, Caritas, Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Deutsche Angestellten Gewerkschaft (DAG), Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), Verband anthroposophisch orientierter Pflegeberufe, Privatpersonen vgl. Pflege Braucht Eliten, S.88

<sup>46</sup> vgl. Reimann 1990, S.383

### **3.1.2 Rechtliche Grundlagen von Fort- und Weiterbildung**

In der Krankenpflege wird nach wie vor zwischen Fortbildung und Weiterbildung unterschieden. Fortbildung bezeichnet das berufsbegleitende Lernen zur Auffrischung und Vertiefung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten. Weiterbildung stellt eine qualifizierende Maßnahme dar, die zu einer Erhöhung der Berufsqualifikation führen soll<sup>47</sup>.

Im „Berufsbild für Krankenpflege“ (Hrsg. DBfK) wird grundsätzlich eine kontinuierliche Fortbildung für unabdingbar gehalten, um den veränderten Bedürfnissen in der Pflege gerecht zu werden. Die Handhabung der Weiterbildung<sup>48</sup> hingegen kann jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt sein.

Das Krankenpflegegesetz – KrPflG vom 4. Juni 1985 (Bundesgesetzblatt I S.893), das u.a. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“, sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung regelt, enthält keine gesetzliche Regelung zur Fort- und Weiterbildung von Krankenpflegekräften. Diese liegt in der Zuständigkeit der Gesundheitsressorts der Länder. Als einziges Bundesland hat Berlin 1979 ein Weiterbildungsgesetz beschlossen. In einigen anderen Bundesländern<sup>49</sup> gibt es Einzelerlasse, die sich meist auf Fachweiterbildungen (z.B. Operationsdienst, Intensivpflege, Gemeindekrankenpflege, Psychiatrie, Stationsleitung) beziehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat Empfehlungen und Richtlinien für die Durchführung der meisten Weiterbildungsbereiche herausgegeben. Diese haben eine Orientierungsfunktion in den anderen Bundesländern oder ersetzen gar die landesrechtlichen Vorschriften.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß aufgrund der veränderten Anforderungen in der Pflege eine Zunahme an Fortbildungsangeboten zu verzeichnen ist. Gesetzliche Regelungen bezüglich der Fort- und Weiterbildung, sowie eine Vereinheitlichung der geforderten Stundenzahl und Qualifikationsabschluß, sind nicht vorhanden. Die Empfehlungen der DKG haben eine Orientierungsfunktion.

---

<sup>47</sup> vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992 S.150

<sup>48</sup> vgl. DBfK (Hrsg.) 1995, S.12

<sup>49</sup> u.a. in Baden-Württemberg, Saarland, Niedersachsen, Hessen, Hamburg. Vgl. Kurtenbach/ Golombek/ Siebers, 1986, S. 237f

## 3.2 Die berufliche Entwicklung in der Krankenpflege

Das berufliche Selbstverständnis der Krankenpflege befindet sich im Wandel. Sie befindet sich in einem Prozeß der Identitätsfindung und Professionalisierung<sup>50</sup>. Dieser Wandel ist nicht nur eng Verbunden mit der Entwicklung der Medizin und der Pflege in den letzten 30 Jahren, sondern auch Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels von individuellen Werten und gesundheitspolitischen Anforderungen.

Die Krankenpflege ist historisch gesehen stark verwurzelt mit caritativen Leitgedanken. Dieses traditionelle Leitbild des Berufes steht heute nicht mehr im Vordergrund pflegerischen Handelns. Die Krankenpflege hat sich vielmehr hin zu einer beruflichen Dienstleistung entwickelt. Bis in die 60er Jahre hinein war der Dienst am Kranken im wesentlichen religiös oder humanitär motiviert. Sozialer Status, Aufstiegsmöglichkeiten und Anerkennung der beruflichen Leistung spielten eine eher untergeordnete Rolle.

Mit einem allgemeinen gesellschaftlichen Wertewandel und dem zunehmenden technischen und medizinischem Fortschritt änderte sich auch das berufliche Selbstverständnis der Krankenpflege<sup>51</sup>. Fachspezifische Weiterbildungen in den 70er Jahren waren Ausdruck für die zunehmenden Spezialisierungstendenzen und für den Versuch, durch die Erschließung medizinischer Bereiche auch eine größere berufliche und soziale Anerkennung zu erreichen. Dies hatte zur Folge, daß die Pflege sich zwar in ihrem Wirkungskreis ausdehnte, sich jedoch immer noch unter die Weisungsbefugnis der ärztlichen Berufsgruppe stellte, da pflegerische Konzepte fehlten.

Seit den 80er Jahren ist die Pflege im deutschsprachigen Raum von Emanzipationsbestrebungen gekennzeichnet. Sie ist dabei ihr Aufgabengebiet zu hinterfragen und Inhalte und Zielsetzungen des Berufes neu zu definieren. Der Mensch und seine Gesundheit werden in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns gestellt. Es entsteht eine ganzheitliche Betrachtungsweise, sowohl inhaltlich wie auch organisatorisch. Die Pflege versucht sich vom medizinischen Bereich klar abzugrenzen.

---

<sup>50</sup> Anmerkung zum Begriffsverständnis „Professionalisierung“: Nach WEIDNER (1995) wird der Begriff der Professionalisierung als eine Prozeß beschrieben, „mit dessen Hilfe gewisse Merkmale,

Um das ganzheitliche Konzept in der Pflegepraxis anzuwenden, werden Pflege-theorien und -modelle aus dem englischsprachigen Raum zur Kenntnis genommen. Diese Modelle verstehen Krankheit und Gesundheit als einen dynamischen Prozeß. Aufgabe der Pflege dabei ist es, den Menschen im Spannungsfeld zwischen Krankheit und Gesundheit zu unterstützen, seine Bedürfnisse zu erkennen und seine Ressourcen zu fördern<sup>52</sup>. In Anlehnung an die Pflege-theorie von Nancy Roper entwickelte Sr. Liliane Juchli ein Modell nach den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL), welches in Deutschland als Orientierungsmaßstab für pflegerisches Handeln gilt.

Pflege im Sinne eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes ist patientenorientiert, d.h. die Pflegenden orientieren sich in ihrem Entscheiden und Handeln am einzelnen Patienten. Sie berücksichtigen seine krankheitsbedingte, körperliche, psychosoziale und individuelle Situation. Der Pflegeprozeß, als problemlösungsorientierter Regelkreis, dient dabei als methodisches Instrument.

Das Pflegepersonal sieht sich somit als eine eigenständige Berufsgruppe und versucht sich von anderen Disziplinen durch die Formulierung eines Berufsbildes mit Berufszielen und Berufsaufgaben abzugrenzen<sup>53</sup>. Da die Pflege sich bisher mit intuitivem und erfahrungsbezogenem Wissen zurechtgefunden hat, ist es nun an der Zeit, dieses Wissen kritisch zu hinterfragen. Durch die Etablierung von Pflege-wissenschaft und Pflegeforschung wird jetzt versucht pflegerisches Wissen wissenschaftlich zu begründen und weiterzuentwickeln<sup>54</sup>.

Die Sichtweise der Krankenpflege, als eigenständiger Beruf im Gesundheitswesen tätig zu sein, wird oftmals von anderen Berufsgruppen nicht geteilt. Die Erwartungen an die Krankenpflege, „(...) *nicht nur dem Patienten, sondern auch den übrigen Professionen im Gesundheitsbereich in untergeordneter Weise zu dienen* (...)“<sup>55</sup> führt unweigerlich zu Konflikten, die den Arbeitsalltag erschweren. Hinzu kommt, daß nicht alle Pflegenden bezüglich ihres Berufsbildes gleicher Meinung sind<sup>56</sup>. Viele

---

die den Professionen zugeschrieben worden sind, erreicht werden sollen.“ (zitiert nach Janknecht, Manfred, 1997, S.678)

<sup>51</sup> vgl. Robert Bosch Stiftung 1992, S. 21 ff.

<sup>52</sup> vgl. Juchli 1983, S. 49 ff

<sup>53</sup> vgl. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege 1995

<sup>54</sup> vgl. Meyer 1996, S. 12

<sup>55</sup> Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) 1992, S.21

<sup>56</sup> vgl. Henning/Kaluza 1994



Pflegende haben einem caritativen Bild entsprechend, traditionelle Normen verinnerlicht und sind daher wenig aufgeschlossen für Veränderungen.

Um den Professionalisierungsprozeß voranzutreiben sind wesentliche konzeptionelle und auch pflegerische Inhalte, wie z.B. der Pflegeprozeß und die Pflegedokumentation, in die Krankenpflegeaus- und fortbildung aufgenommen worden. Diese stoßen aber in der Umsetzung in die Praxis immer wieder dort auf Grenzen, wo noch überalterte Strukturen und demotivierende Arbeitsbedingungen den Alltag beherrschen und eine qualifizierte Berufsausübung behindern<sup>57</sup>.

Der Fort- und Weiterbildung wird eine wichtige Rolle im Wandel des Berufsbewußtseins und der Förderung des Professionalisierungsprozesses zugeschrieben<sup>58</sup>.

Nach C.Meyer bleibt festzustellen, daß noch eine tiefe Kluft zwischen Theorieentwicklung und Praxisumsetzung besteht. Professionalisierung und Emanzipationsbestrebungen beschränken sich bisher vorwiegend auf einer theoretischen Diskussions-ebene<sup>59</sup>.

### **3.3 Die Arbeitssituation in der Krankenpflege**

#### **3.3.1 Die Gesellschaftliche Anerkennung der Krankenpflege**

Die soziale Anerkennung, das Prestige eines Berufes ist von verschiedenen Parametern abhängig. Dazu gehören soziale Merkmale wie Einkommen und Ausbildung, sowie der Grad der Verantwortung und das erforderliche Können, das der Beruf mit sich bringt<sup>60</sup>.

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung stellte in seiner Untersuchung 1995 fest: *“Das durchschnittliche Nettoeinkommen der Pflegekräfte liegt insgesamt*

---

<sup>57</sup> vgl. Meyer 1996, S.13

<sup>58</sup> siehe auch Francois-Kettner 1993 und Betz 1992

<sup>59</sup> Meyer 1996, S.13

<sup>60</sup> siehe Lamnek 1989, S.503

*betrachtet unter dem Durchschnittseinkommen aller Erwerbstätigen.*<sup>61</sup> Die Bezahlung von Krankenschwestern und -pflegern in Krankenhäusern unter öffentlicher Trägerschaft richtet sich nach den tarifvertraglichen Vereinbarungen<sup>62</sup>. Die für die Pflegenden gültigen Vergütungstabellen weisen eine geringere Anzahl an Altersstufen als in anderen Bereichen des öffentlichen Dienst auf, so daß ein entsprechender Anstieg des Einkommens nicht gewährleistet ist. Somit kann man eine relative Benachteiligung dieser Berufsgruppe feststellen. Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse zur Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihrer Bezahlung, so sieht man, daß ein Großteil, der in der Pflege Tätigen, mit ihrer Entlohnung nicht zufrieden ist<sup>63</sup>.

Die Übernahme einer Leitungsposition sowie zusätzliche Qualifikationen, die durch Fort- oder Weiterbildung erworben werden, finden keine finanzielle Anerkennung. Eine höhere Eingruppierung bezüglich der Lohnstufe findet erst nach dem sog. „Bewährungsaufstieg“ statt. Dies besagt, daß über einen Zeitraum von 5 Jahren bereits Tätigkeiten ausgeführt werden, die einem erhöhten Leistungsprofil entsprechen. Erst danach wirkt sich dieser Aufstieg in einer (geringfügigen) Gehaltserhöhung aus. Die Vermutung liegt nahe, daß diese Strukturen demotivierend auf die Pflegenden wirken und Auswirkungen auf die Bereitschaft haben, eine Leitungsposition zu übernehmen oder an Weiterbildungsmaßnahmen teilzuhaben. Dies wird durch Untersuchungen bestätigt, die zeigen, daß Pflegenden nicht dazu bereit sind mehr Verantwortung zu tragen, da sich dies auf ihr Einkommen nur unwesentlich auswirkt<sup>64</sup>.

Mit der Einrichtung von Studiengängen an Hochschulen und Fachhochschulen wird der Versuch unternommen, über Aufstiegsmöglichkeiten<sup>65</sup> und einer besseren beruflichen Bildung eine höhere gesellschaftliche Anerkennung zu erlangen. Ob dies gelingt, wird die Zukunft zeigen.

---

<sup>61</sup> vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung MatAB 1/95, S.16

<sup>62</sup> Andere Träger, z.B. kirchliche, frei-gemeinnützige oder Anstalten des öffentlichen Rechts entlohnen ihre Mitarbeiter in Anlehnung an die Tarifabsschlüsse.

<sup>63</sup> Baumann/Zell, 1992, S.59ff, Güntert et. al.,1989 S.48ff

<sup>64</sup> Meyer, Claudia 1996, S. 58

<sup>65</sup> Durch die Einrichtung von Studiengängen wie Pflegemanagement, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik werden neue Aufstiegsmöglichkeiten geschaffen.

### 3.3.2 Die Rolle der Krankenpflege im Organisationssystem Krankenhaus

Die Position der Krankenpflege im Krankenhaus ist geregelt durch das Landeskrankenhausgesetz. Dieses besagt, daß die Krankenhausleitung sich aus dem ärztlichen Leiter, dem Verwaltungsleiter und dem Krankenpflegeleiter (alle als gleichberechtigte Mitglieder) zusammensetzt<sup>66</sup>. Dies bedeutet, daß in der Organisation Krankenhaus alle drei Berufsgruppen – die pflegerische, die ärztliche und die der Verwaltung – mit ihren jeweiligen Bedürfnissen aufeinandertreffen und versuchen müssen, einen Konsens zu finden. Es ist deshalb nötig, die Handlungsmaxime dieser drei Bereiche in Einklang zu bringen. Da sich jeder von ihnen zunächst seinen eigenen Inhalten und Werten gegenüber verpflichtet fühlt, ist ein hohes Maß an Managementfähigkeit gefordert, um ein Krankenhaus erfolgreich leiten zu können<sup>67</sup>. Ein Problem hierbei sind die zum Teil unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen. So ist die Position der Pflegedienstleitung aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen ohne jegliche Zusatzqualifikation zu erlangen. In der Regel wird jedoch eine ein- bis zweijährige Weiterbildung absolviert<sup>68</sup>. In der Pflegepraxis kommt besonders erschwerend hinzu, daß oft keine Stellenbeschreibungen vorliegen, die den eigenen Handlungsspielraum festlegen und die Arbeitsinhalte zu den anderen beteiligten Berufsgruppen abgrenzen. Dies führt unweigerlich zu Kompetenz- und Zuständigkeitsproblemen, nicht nur zwischen den verschiedenen Fachbereichen, sondern auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe.

Beispiele hierfür kommen im Pflegealltag nicht selten vor, so daß z.B. ärztliche Tätigkeiten mit Erfolg an das Pflegepersonal delegiert werden können. Dies führt unweigerlich zu Konfliktsituationen, die als Machtkämpfe erlebt werden und eine Zusammenarbeit erschweren. Wichtig hierbei wäre eine genaue Festlegung von Handlungsmaximen, die bei allen Kollegen und Kolleginnen gleichermaßen Unterstützung finden<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Dietz 1988, Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) § 33

<sup>67</sup> vgl. Grossmann 1993, S.305

<sup>68</sup> seit 1991 wurden in einigen Bundesländern erstmalig Studiengänge zur Pflegedienstleitung, bzw. zum Pflegemanagement eingerichtet. Vgl. Schlüter 1992, S.50

<sup>69</sup> Vgl. Meyer 1996, S.20

### **3.3.3 Die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege**

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, ist der Arbeitsalltag in der Krankenpflege von erheblichen Belastungen<sup>70</sup> gekennzeichnet, die zu einer individuellen Beanspruchung<sup>71</sup>, sowohl physischer wie auch psychischer Art führen können. Diese hohen Belastungen spielen bei den Gründen für den Austritt aus dem Beruf eine wichtige Rolle<sup>72</sup>. Der Personalnotstand in der Krankenpflege Mitte der 80er, Anfang der 90er Jahre bewirkte, daß eine Vielzahl von Untersuchungen zu den Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals durchgeführt wurden. Ziel dabei war es, wissenschaftlich zu dokumentieren und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu erreichen. (Bartholomeyczik (1987), Baumann/Zell (1992), Güntert, et al.(1989), Herschbach (1991), Pröll/Streich (1984), Taubert (1987))

#### **3.3.3.1 Physische Belastungen**

Zu den physischen Belastungen werden die Faktoren gezählt, die zu körperlichen Beeinträchtigungen führen, Gesundheitsrisiken mit sich bringen und eine Umgebungsbelastung darstellen<sup>73</sup>.

Die Untersuchung von Baumann/Zell kommt zu dem Ergebnis, daß das Pflegepersonal enormen körperlichen Belastungen ausgesetzt ist. Dies wird anhand der Befragung von Pflegedienstleitungen und Mitarbeitervertretern deutlich. Dabei bewerten diese das „Heben/Bücken“, das „Arbeitstempo“ sowie „schweres Tragen“ als stark belastend (Mitarbeitervertretung)<sup>74</sup>. Als belastend werden „weite Laufwege“ und „langes Stehen“ von den Mitarbeitervertretern eingestuft. Als nicht so sehr gesundheitsgefährdende Faktoren werden „Infektionsgefahr“, „allergene Stoffe“, „toxische Stoffe“ und „Strahlenexposition“ gesehen. Dies führen Baumann/Zell z.T. darauf zurück, daß die Sensibilisierung des Pflegebereichs für die Gefährdung durch die langfristige Wirkung dieser Faktoren noch nicht genügend ausgeprägt ist.

---

<sup>70</sup> Unter Belastungen versteht man die objektiven und unabhängigen Parametern, die sich aus Arbeitsschwere, der informatorischen Arbeitsschwierigkeit sowie den physikalischen und organisatorischen Arbeitsbedingungen ergeben. Vgl. Weißert-Horn/Landau, 1995, S.116

<sup>71</sup> Unter Beanspruchung versteht man die subjektiv erlebte Auswirkung einer Belastung auf den Menschen. Das bedeutet, daß die gleiche Anforderung an einen Menschen nicht unbedingt die gleiche Auswirkung bei einem anderen Menschen zur Folge haben. Vgl. Weißert-Horn/Landau, 1995, S.116

<sup>72</sup> vgl. Baumann/Zell, 1992, S.60

P. Herschbach untersuchte in seiner Studie neben den Belastungssituationen auch allgemeine und psychovegetative Beschwerden anhand eines standardisierten Fragebogens (Beschwerdenliste von Zerssen 1976), zu dem auch Vergleichsdaten der bundesdeutschen Bevölkerung vorliegen. Das Ergebnis zeigt, daß zwischen der Durchschnittsbevölkerung und dem Krankenpflegepersonal ein statisch signifikanter Unterschied festzustellen ist, bei dem das Pflegepersonal deutlich schlechter abschneidet. Die häufigsten Beschwerden dabei sind Kreuzschmerzen (74,4%), ein übermäßiges Schlafbedürfnis (57,9%), Schweregefühl in den Beinen (56,9%), Nackenschmerzen (56,2%) und Reizbarkeit (53,9%). Die durchschnittliche Beschwerdeblastung der Krankenpflegekräfte erreicht hierbei fast ein klinisch relevantes Ausmaß<sup>75</sup>.

### **3.3.3.2 Psychische Belastungen**

Neben den physischen Anstrengungen ist der Alltag der Krankenpflege auch von spezifischen psychischen Belastungen geprägt. Dazu gehören

*„der Umgang mit Schmerzen, Leid und extrem schwierigen Krankheitsbildern, die Konfrontation mit Sterben und Tod sowie die Erfahrung, zu wenig Zeit zu haben, um auf die Patienten und ihre spezifischen Probleme ausreichend eingehen zu können“<sup>76</sup>,*

sowie die Tatsache, daß Pflegeabläufe unter Zeitdruck und Streß durchgeführt werden müssen.

Die Studie von Baumann/Zell kommt zu dem Ergebnis, daß vor allem folgende Faktoren als belastend wahrgenommen werden: eine unzureichende Personalbesetzung, die Übernahme pflegefremder Aufgaben, das geringe Ansehen des Berufsstandes, die unzureichende Abstimmung zwischen den Funktionsbereichen, die Kon-

---

<sup>73</sup> vgl. Schlüter, 1992, S.31

<sup>74</sup> vgl. Baumann/Zell, 1992, S.57ff

<sup>75</sup> vgl. Herschbach, 1991, S.436

<sup>76</sup> vgl. IAB, MatAB 1/1995, S.14

frontation mit Leiden und Sterben, die unzureichende Abgrenzung zum ärztlichen Dienst sowie die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten<sup>77</sup>.

Nach Herschbach 1991, sind die Belastungen breit gestreut und erstrecken sich auf folgende Bereiche: strukturelle Bedingungen, Mitleid, schwierige Patienten, Beruf-/Privatleben und Probleme mit Kollegen. Die höchsten Belastungen stammen aus den beiden ersten Bereichen<sup>78</sup>.

Das Gefühl, nicht genügend Zeit für die Patienten zu haben, die eigentlich zentrale Aufgabe der Pflege, wird als große psychische Last der Pflegenden wahrgenommen. Nach Bartholomeyczik ist der Grund hierfür im allgemeinen Zeitdruck sowie in strukturellen Problemen zu sehen, so daß belastende Bedingungen dann kumulativ auftreten<sup>79</sup>.

### **3.3.3.3 Schichtdienst**

Der Schichtdienst ist die vorherrschende Art in der Pflege zu arbeiten, mit all seinen Konsequenzen für Physis und Psyche der Beschäftigten. Aus diesem Grund möchte ich mich an dieser Stelle mit dessen Auswirkungen auf die Pflegenden befassen.

Die Betreuung des Patienten im Krankenhaus muß rund um die Uhr und an allen Tagen des Jahres gewährleistet werden. Dies hat zur Folge, daß die Mitarbeiter im Tag- und Nachtdienst eingesetzt werden müssen, an Wochentagen sowie an Wochenenden.

So ist es nicht verwunderlich, daß „Nicht-Schichtarbeit“ in der Krankenpflege eher eine Ausnahme ist (je nach Studie arbeiten zwischen 3% und 15% der Pflegenden nicht in Schichtarbeit)<sup>80</sup>. Wechselschicht mit Nachtarbeit (Dreischichtwechsel) wird von 40-65% der Pflegepersonen geleistet, Wechselschicht ohne Nachtarbeit (Zwei-

---

<sup>77</sup> Baumann/Zell, 1992, S.57ff

<sup>78</sup> Herschbach, 1991, S. 438

<sup>79</sup> Bartholomeyczik, 1993, S.91f

<sup>80</sup> Bartholomeyczik, 1993. 87f

schichtwechsel) von etwa 20-35%. Von regelmäßiger Nachtarbeit insgesamt sind circa 50% der Pflegekräfte betroffen<sup>81</sup>.

Schichtdienst gehört zu einem der Stressoren innerhalb der Arbeitstätigkeit der Pflege. Er ist immer ein gesundheitlicher und sozialer Belastungsfaktor<sup>82</sup>. Pflegendе, die in Wechselschicht arbeiten, müssen nicht nur gegen ihre eigene „innere Uhr“ angehen, sondern auch gegen den gesellschaftlichen Zeitrhythmus. Dies gilt vor allem bei der Nachtarbeit, wo die Pflegekräfte nicht nur vom familiären, sondern auch vom gesellschaftlichen Leben abgeschnitten sind.

Daß die Schichtarbeit das Privatleben beeinträchtigt, wird ebenfalls in der Studie von Pröll/Streich (1984) bestätigt. Dies wirkt sich auch auf die Inanspruchnahme von Fortbildung aus. 22,5% der Befragten im 3-Schichtwechsel gaben an, durch ihre Arbeitszeit besonders bei der Wahrnehmung von Fortbildung eingeschränkt zu sein.<sup>83</sup>

Arbeitende im Schichtdienst leiden im besonderen Maße unter Befindlichkeits- und Gesundheitsbeschwerden. In erster Linie gehören hierzu Schlaf- und Kreislaufstörungen, Müdigkeit, Reizbarkeit und Kopfschmerzen. Ein weiterer Beschwerdekomples entsteht durch die Auswirkungen des Stresses auf die Nahrungsaufnahme, die bei Nacht- und Schichtarbeitern zu Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit führen können. Die außerdem zu verzeichnende verringerte körperliche Widerstandfähigkeit, führt zu einer erhöhten Infektionsgefahr. Das Risiko, daß es hierbei zu chronischen Krankheitsverläufen kommen kann, ist erheblich.

### **3.4 Motivationale Aspekte**

Das vorhergehende Kapitel hat sich mit verschiedenen Aspekten der aktuellen Arbeitssituation in der Krankenpflege und deren Auswirkungen auf das Krankenpflegepersonal beschäftigt. Es handelt sich dabei um die äußeren Rahmenbedingungen mit denen sich die Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit auseinandersetzen müssen, auf die sie wenig Einfluß haben.

---

<sup>81</sup> Priester 1993, S.81f

Im 1. Kapitel wurde bereits auf die Bedeutung hingewiesen, welche Fort- und Weiterbildung für die Qualität der Pflege und den Professionalisierungsprozeß haben. Nachfolgend soll erläutert werden welche motivationale Aspekte bei der Inanspruchnahme von Fortbildung zu berücksichtigen sind d.h. welche Motivation bringen die Pflegenden selbst mit? Welche „innere Bereitschaft“ ist zur Teilnahme an Fortbildungen vorhanden?

### **3.4.1 Das psychologische Konstrukt der Motivation**

Die Frage nach dem, was menschliches Handeln und Verhalten in Gang bringt und wodurch es aufrechterhalten wird, versucht man in der Psychologie mit dem Konzept der Motivation zu erklären. Unter Motivation versteht man dabei interne Variablen und Prozesse, die dazu beitragen, beobachtete Verhaltensänderungen zu erklären<sup>84</sup>. Das Problem hierbei ist, daß Motivation kein unmittelbar beobachtbares Phänomen ist. Vielmehr muß aufgrund beobachteter Handlungen auf die Motivation geschlossen werden.

Im folgenden beziehe ich mich auf die Ausführungen von Christine Karl zur Motivationsforschung im „Taschenbuch der Weiterbildungsforschung“, Hrsg. H. Siebert 1979, Baltmannsweiler.

Sie stellt fest, daß es im Laufe der Zeit verschiedene Ansätze gab das Konstrukt Motivation zu erforschen. Dabei ist es die Aufgabe einer Motivationstheorie „*die Genese und handlungssteuernde Wirkung dieser Prozesse zu erklären*“<sup>85</sup>.

Die ersten theoretischen Ansätze versuchten Motivation zu erklären, indem sie in Verbindung mit Lernen und Kognition gebracht wurden. (Behavioristische Lerntheorie<sup>86</sup>, Theorie der operanten Konditionierung<sup>87</sup>, Kognitives Modell von Tolman<sup>88</sup>, Festingers Theorie<sup>89</sup> der „kognitiven Dissonanz“)

---

<sup>82</sup> Priester 1993, S.85ff

<sup>83</sup> Pröll/Streich 1984, S.65f

<sup>84</sup> vgl. Zimbardo 1992, S.344

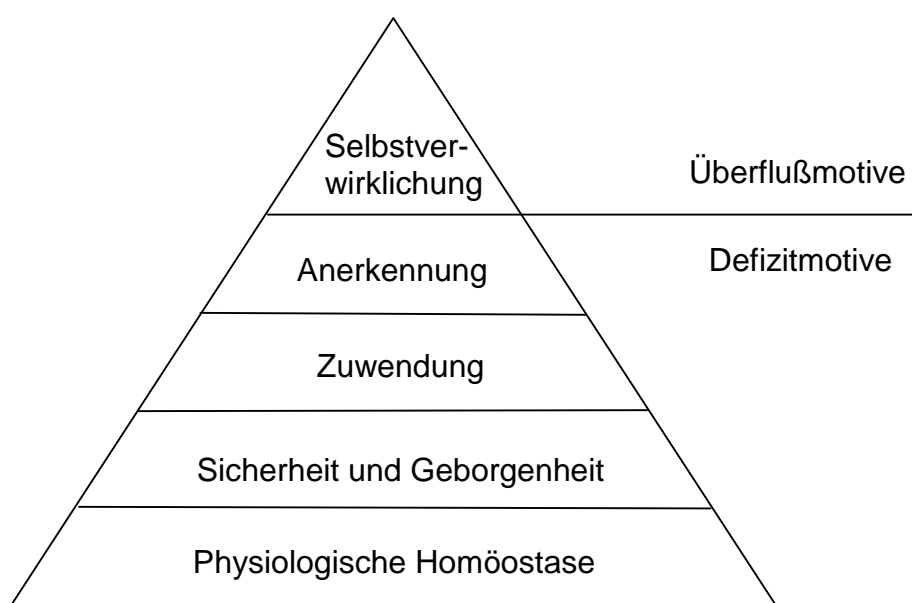
<sup>85</sup> Karl 1979, S.312

<sup>86</sup> Die Behavioristen reduzierten Verhalten auf ein Reiz-Reaktions-Schema (siehe *Pawlow'scher Hund*) vgl. Zimbardo 1992, S.230f.



Eine weitere Gruppe erklärte Motivation mit der Befriedigung von Bedürfnissen. (z.B. Die Psychoanalyse von Freud<sup>90</sup>)

Die Motivationstheorie von Maslow, „ist der Versuch die Gesamtheit der menschlichen Bedürfnisse in ihrer Beziehung zueinander zu erfassen“<sup>91</sup>. Diese Motivationstheorie möchte ich nun etwas näher erläutern, da ihr ein humanistisches Menschenbild zu Grunde liegt, welches dem der ganzheitlichen Pflege nach Juchli<sup>92</sup> recht nahe steht.



Bedürfnishierarchie nach Maslow<sup>93</sup>

<sup>87</sup> Die operante Konditionierung von Skinner beruht auf der Veränderung von Verhaltensmuster durch Verstärkungsmechanismen. Vgl. Zimbardo 1992, S.242f

<sup>88</sup> Tolmans Theorie basiert auf das Vorhandensein „kognitiver Landkarten“, in denen Informationen gespeichert werden die für das Verhalten ausschlaggebend sind. Vgl. Zimbardo 1992, S.263

<sup>89</sup> Nach Festingers Theorie der „kognitiven Dissonanz“ beruht Motivation auf den Prozeß der Dissonanzminderung. Dissonanzen entstehen durch den konflikthaften Zustand zwischen einer getroffenen Entscheidung und einer vorherigen widersprüchlichen Meinung oder Gefühl. D.h. Verhalten ist in letzter Konsequenz eine Reaktion auf, und Anpassung an äußere Bedingungen. Vgl. Zimbardo 1992, S.580

<sup>90</sup> Von seinem (Freuds) Ansatz ausgehend, bildet „die Lehre von den in der biologischen Natur des menschlichen Organismus wurzelnden Trieben, zunächst in Form der Libidotheorie, dann in der Theorie der Lebens- und Todestriebe, die spezifisch psychoanalytische Grundkonzeption der Motivation menschlichen Verhaltens“(Mitscherlich/Vogel 1965, S. 763). In: Karl 1979, S. 316

<sup>91</sup> zitiert nach Rosemann 1974, S. 52. In: Karl 1979, S.317

<sup>92</sup> vgl. Juchli 1983, S.49f

<sup>93</sup> Pilgram 1995, S.93

Maslow legt der Motivation fünf Bedürfniskategorien zugrunde, die in einer Hierarchie angeordnet sind. Ein in der Pyramide oben angesiedeltes Motiv/Bedürfnis kann seiner Meinung nach erst auftreten, wenn die darunter liegenden erfüllt sind. Auf der ersten Stufe, und grundlegend für die gesamte Hierarchie, befinden sich die physiologischen Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf etc. Auf diesen primären Motiven kann sich die zweite Stufe aufbauen. Hier steht das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit, gefolgt von dem nach Liebe und Zuwendung (Stufe 3). An vierter Stelle rangiert der Bedarf nach Anerkennung und Selbstwert und an der Spitze der Hierarchie schließlich die Selbstverwirklichung. Alle Bedürfnisse entwickeln sich nacheinander in dieser Reihenfolge. Dabei kann keine Stufe übergangen werden. Sind die Defizite eines Niveaus erfüllt, so wird das nächste erreicht. Das Bedürfnis der Selbstverwirklichung unterscheidet sich dabei von den anderen, da hier nicht aus einem Defizitmotiv heraus gehandelt wird, sondern aus einem Überflußmotiv. Alle tiefer liegende Bedürfnisse sind dabei weiterhin präsent. Für die Weiterbildung bedeutet dies, daß erst einmal die Bedingungen geschaffen werden müßten, unter denen sich die Motivation für die Inanspruchnahme von Weiterbildung entfalten könnte.

Weitere motivationstheoretische Ansätze stammen von Heckhausen<sup>94</sup> und Rosenfeld<sup>95</sup>.

Alle oben erwähnten Motivationstheorien versuchen auf ihre Weise, das Inangsetzen menschlichen Handelns zu erklären. Das wesentliche Handlungsziel aller Ansätze ist die Anpassung an gegebene Bedingungen. Jede Theorie steht im Zusammenhang mit einem bestimmten Menschenbild und einer bestimmten Vorstellung von Gesellschaft, was dazu führt, daß das Konstrukt Motivation als sehr vielschichtig bezeichnet werden kann. Frau Karl kommt zu dem Schluß, daß es nicht gelungen ist, das „hypothetische Konstrukt Motivation“ eindeutig inhaltlich zu bestimmen, so daß sich im Bereich der Erwachsenenbildung die Motivationsforschung bislang auf die individuellen *Gründe* zur Teilnahme beschränkt hat und deren statistischen Korrela-

---

<sup>94</sup> Für Heckhausen ist das Leistungsmotiv ausschlaggebend für das Verhalten. Vgl. Zimbardo 1992, S.374

<sup>95</sup> Die Widerspruchstheorie von Rosenfeld besagt: „Zwischen Person und Umwelt besteht ein Verhältnis existentieller Bedingtheit und Abhängigkeit auf unterschiedlichen Ebenen: Das individuelle Angewiesensein auf äußere Faktoren ist nicht nur in organisch-biologischer Hinsicht vorhanden, sondern ebenso gegenüber der sozialen und kulturellen Sphäre. In den Motiven repräsentiert sich die Umweltbedingtheit der Person in der Qualität dynamischer Erlebnisse“ (Rosenfeld 1976, S. 19) In: Karl 1979, S.319

tion aus der jeweiligen Lebenssituation. Um Teilnehmer zu aktivieren an Bildungsmaßnahmen teilzunehmen, erachtet sie es jedoch als unabdingbar die Faktoren zu kennen, welche die Motivation in Gang setzen<sup>96</sup>.

### 3.4.2 Weiterbildungsmotivation

Wie oben beschrieben kann man die Weiterbildungsmotivation als die Gründe zur Teilnahme an Weiterbildung bezeichnen. In der Krankenpflege ist die Teilnahme an beruflicher Weiterbildung freiwillig und mit persönlichem Aufwand verbunden<sup>97</sup>. Es ist deshalb zu vermuten, daß ein spezifisches Interesse vorhanden sein muß, eine Motivation, damit jemand an einer Weiterbildungsmaßnahme teilnimmt.

Weiterbildungsmotive sind meist am Arbeitsmarkt orientiert und dienen der ökonomischen Verwertbarkeit der Maßnahme im Beruf. Dazu zählen, wie im Berichtssystem Weiterbildung 1991, S.89 ermittelt, Motive wie<sup>98</sup>:

- an neue Entwicklungen anpassen 60%
- berufliche Erkenntnisse erweitern 52%
- veraltete Kenntnisse auffrischen 41%
- beruflicher Aufstieg 28%

Ein weiteres wichtiges Motiv ist der äußere Zwang, der z.B. durch den Arbeitgeber ausgeübt wird. Dies wird durch Untersuchungen belegt, die feststellen, daß nur etwa die Hälfte der Befragten aus eigenem Antrieb an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen, die Anderen aufgrund von betrieblichen Anordnungen oder auf Vorschlag von Vorgesetzten<sup>99</sup>.

---

<sup>96</sup> vgl. Karl 1979, S.321

<sup>97</sup> Pflegekräfte müssen oftmals ihre Freizeit für Fortbildungen opfern. Vgl. Studie von Taubert 1989, S.10

<sup>98</sup> vgl. Münk 1997, S.95

<sup>99</sup> vgl. Münk 1997, S.94

Ein neuerer Ansatz zur Wissensaneignung bei Erwachsenen geht von einem „subjektwissenschaftlichen Ansatz“ aus, wie er von Holzkamp beschrieben wird<sup>100</sup>. Nach diesem Ansatz lernt der Erwachsene nicht als Folge äußerer Einwirkung, d.h. nicht nur aufgrund der Lernanforderungen Dritter. Der lernende Erwachsene hat ein *Lebensinteresse*, und Holzkamp geht davon aus, daß „*kein Subjekt in dem was es tut, also auch beim Lernen, bewußt seine eigenen Lebensinteressen verletzt*.“<sup>101</sup>. Lernen läßt sich also aus dem Lebensinteresse des Einzelnen ableiten und begründen. Dabei unterscheidet Müller, in Anlehnung an Holzkamp, zwischen einer „defensiven“ und einer „expansiven“ Lernbegründung. Bei der defensiven Lernbegründung fühlt sich das Subjekt im weitesten Sinne in seiner beruflichen Handlungskompetenz bedroht. Um diese Bedrohung abzuwenden, wird das daraus entstandene Handlungsproblem in ein Lernproblem „umgedeutet“, und das Subjekt sucht den Weg in die Weiterbildung<sup>102</sup>.

Die expansive Lernbegründung ergibt sich für Müller aus der unmittelbaren Erfahrung des Subjekts (des Lernenden), „*daß es durch Lernen erreichen kann, seine Verfügungsmöglichkeiten über seine berufliche Tätigkeit zu erweitern bzw. durch das Gelernte seine Lebensqualität an seinem Arbeitsplatz zu erhöhen*“<sup>103</sup>. Folgende Interessen und Ziele werden von Müller benannt, die bei einer expansiven Lernbegründungen vorliegen: „*persönliches Wachstum, Entwicklung einer beruflichen Identität, die für die tägliche berufliche Tätigkeit tragfähig scheint, Gestaltung der Arbeitssituation i. e. S., auch Teilhabe an der Entwicklung und Veränderung betrieblicher und gesellschaftlicher Verhältnisse*“.<sup>104</sup>

Zusammenfassend kann man sagen, daß als Ursache für das Wahrnehmen von beruflicher Weiterbildung nicht nur äußere, also Arbeitsmarkt bezogene Gesichtspunkte in Betracht kommen. Einen erheblichen Einfluß haben auch individuelle und persönliche Ursachen auf die Entscheidung, ob Weiterbildung im Laufe der Berufsbiographie betrieben wird.

---

<sup>100</sup> vgl. Münk 1997, S.97

<sup>101</sup> Müller 1995, S.290

<sup>102</sup> vgl. Müller 1995, S.290

<sup>103</sup> Müller 1995, S.291

<sup>104</sup> ebd., S.293

**Weiterbildungshindernisse:**

Als Weiterbildungshindernisse werden die Faktoren bezeichnet, welche die Beschäftigten daran hindern an Weiterbildung teilzunehmen. Untersuchungen haben gezeigt, daß außer soziodemographischen Merkmalen, wie z.B. berufliche Situation, Alter und Qualifikation, weitere Weiterbildungsbarrieren vorhanden sind. Hierzu zählen, nach einer Studie des BIBB/IES in: v. Bardeleben u.a., 1990, aus Sicht der Beschäftigten<sup>105</sup>:

- Keine Zeit aus beruflichen Gründen - 34,1%
- Fehlende Weiterbildungsberatung - 23,7%
- Keine Zeit aus privaten Gründen - 23,3%
- Keine Vorteile durch Weiterbildung - 21,3%
- Kein Angebot an geeigneten Maßnahmen - 14,6%

Als weiteres Weiterbildungshindernis wird die mangelnde Transparenz des Weiterbildungsangebots angeführt<sup>106</sup>.

Nachdem ich bisher den theoretischen Hintergrund zum Weiterbildungsverhalten des Krankenpflegepersonals beleuchtet habe, werde ich im folgenden Kapitel auf meine empirische Untersuchung eingehen.

---

<sup>105</sup> Alt 1994, S.130f

<sup>106</sup> Alt 1994, S. 132



## 4 Empirische Untersuchung an einem Krankenhaus

Im Theorieteil wurde versucht, die aktuellen Ergebnisse aus der Forschungsliteratur zur Weiterbildungsmotivation herauszuarbeiten, sowie die Aspekte zu beleuchten, die einen Einfluß auf das Weiterbildungsverhalten haben könnten.

Das übergeordnete Forschungsinteresse meiner Arbeit ist, zu ergründen, ob diese Faktoren sich in der Realität widerspiegeln.

Die Untersuchungsergebnisse der folgenden Arbeit beruhen auf einer Befragung, die ich im Rahmen meiner Magisterarbeit an einem Krankenhaus der Maximalversorgung durchgeführt habe. Mit dem Einverständnis des Personalrats und der Pflegedienstleitung konnte ich im März 1998 meinen Fragebogen für mehr als zwei Wochen in den Umlauf bringen. Der Bogen wurde auf den Stationen zweier medizinischen Fachdisziplinen ausgeteilt; auf 3 Stationen der HNO (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde) und deren Ambulanz, auf 2 neurochirurgischen Stationen und deren Intensivstation, sowie in der interdisziplinären Notfallambulanz.

Im folgenden werde ich die Ergebnisse darstellen.

### 4.1 Allgemeiner Teil: Methodische Vorgehensweise<sup>107</sup>

Aufgrund der obigen Überlegungen soll die folgende empirische Untersuchung einen exemplarischen Charakter haben (n=51), durch die beispielhaft ein Eindruck des Weiterbildungsverhaltens vermittelt werden soll.

---

<sup>107</sup> Bei der Fragebogenkonzeption wurde auf folgende Literatur zurückgegriffen: Friedrichs 1990. Der Aufbau des Fragebogens wurde durch das Magstrand/-innenkolloquium begleitet, in welchem Aufbau und Verständlichkeit eingehend diskutiert wurden.

#### **4.1.1 Der Fragebogen als Untersuchungsinstrument**

Zur Datenerhebung habe ich einen Fragebogen<sup>108</sup> mit geschlossenen Fragen entwickelt. Dies schien mir das geeignete Instrument zu sein, da ich davon ausgegangen bin, daß das Pflegepersonal ständig unter Zeitdruck steht, so daß ein Fragebogen in offener Form zu zeitaufwendig gewesen wäre. Geschlossene Fragen sind eher motivierend, weil sie die Beantwortung des Fragebogens erleichtern und verkürzen. Die Konzentration auf geschlossene Fragen ergibt sich daher aus erhebungstechnischen Gesichtspunkten.

Zum anderen erleichtern geschlossene Fragen die Auswertung, da die Antwortkategorien vorgegeben sind und eine Kodierung vereinfachen.

Der Fragebogen wurde so konzipiert, daß zum Ausfüllen nicht länger als 10 Minuten benötigt würden.

Der Fragebogen enthält Items zur Weiterbildungsmotivation (Fragen 1.1 – 1.8), zur Arbeitssituation (Fragen 2.1 – 2.4) und zur Erfassung persönlicher Daten<sup>109</sup> (Frage 3.). Die Antwortkategorie „Sonstiges“ ermöglicht die Hinzufügung evtl. fehlender Antwortalternativen. Am Ende des Fragebogens besteht zudem die Möglichkeit, Anmerkungen oder Ergänzungen hinzuzufügen. Die Befragten können hier eine Stellungnahme abgeben.

Um das Untersuchungsinstrument zu überprüfen, wurde es einem Pre-Test unterzogen. Dafür stellten sich 2 Krankenschwestern einer chirurgischen Intensivstation zur Verfügung. Dabei konnte der Zeitaufwand der Datenerhebung auf 10 Minuten veranschlagt werden.

#### **4.1.2 Datenerhebung**

Nachdem die Pflegedienstleitung ihre Zustimmung gegeben hatte, wurde eine ausreichende Anzahl der Fragebögen den Stationsleitungen mit der Bitte übergeben, sie an

---

<sup>108</sup> Der Fragebogen ist als Anhang beigefügt.



die Mitarbeiter weiterzuleiten. Dabei habe ich die Stationsleitung nochmals auf den Kontext der Arbeit aufmerksam gemacht und die Gewährleistung der Anonymität bekräftigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von mir 2½ Wochen später auf Station abgeholt.

Von den 109 verteilten Fragebögen (inkl. Pre-Test) wurden 59 ausgefüllt zurückgegeben. 8 Fragebögen konnten nicht ausgewertet werden, so daß bei 51 auswertbaren Fragebögen eine, als recht hoch zu bezeichnende, Rücklaufquote von 47% bestand<sup>110</sup>.

### **4.1.3 Auswertungsverfahren**

Der standardisierte Fragebogen wurde zum Zweck der Datenaufbereitung codiert. Nach fortlaufender Numerierung der einzelnen Fragebögen aus dem Rücklauf, wurden für die einzelnen Variablen und deren Ausprägung Häufigkeitstabellen angefertigt, und Zusammenhänge zwischen den Variablen geprüft.

## **4.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

### **4.2.1 Beschreibung der Stichprobe**

Die Altersstruktur der Befragten liegt zwischen 20 und 56 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 29,4 Jahren. Fast die Hälfte der Befragten sind zwischen 30 und 39 Jahren. Die Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren ist mit 37,3% vertreten. Zwischen 40 und 56 Jahren sind 9,8% der Befragten.

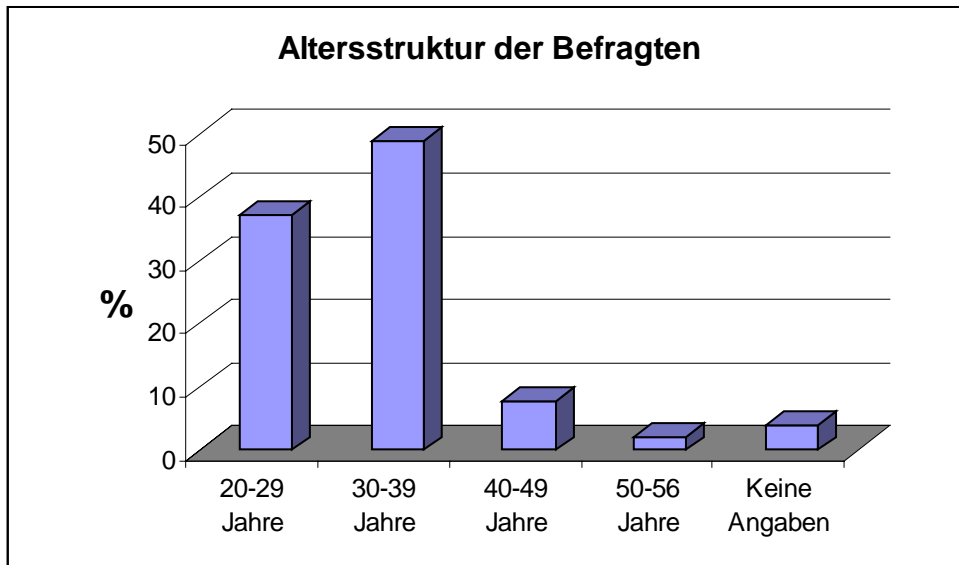
---

<sup>109</sup> Diese Angaben werden bewußt am Schluß abgefragt, um die Motivation der Teilnahme an der Befragung nicht zu vermindern. Erfahrungsgemäß werden diese Fragen nicht immer gerne ausgefüllt.

<sup>110</sup> Die Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen liegt im allgemeinen zwischen 7% und 70%. Vgl. Friedrichs 1990, S. 237

Der Anteil der Frauen beträgt 80,4%. Da in der Krankenpflege der Anteil von Männern bundesweit bei etwa 14%<sup>111</sup> (ohne Krankenpflegehelfer) liegt, sind männliche Pflegende in dieser Untersuchung mit 19,6% entsprechend überrepräsentiert.

**Diagramm 1**

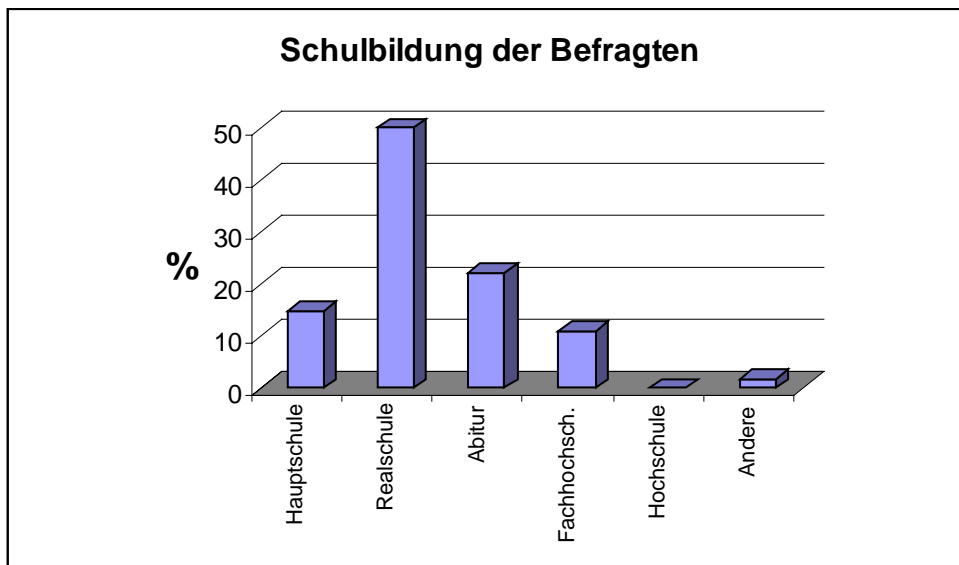


<sup>111</sup> Der Berechnung liegen Daten von 1993 zugrunde; Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Die Mehrheit der Befragten (52,9%) ist ledig, 29,4% sind verheiratet und 15,7% leben mit einem Partner zusammen. Mit 19,6% leben nur etwa ein Fünftel der Pflegenden mit 1 bis 5 Kindern im Haushalt.

Die Schulbildung der Befragten lässt sich aus Diagramm 2 entnehmen.

**Diagramm 2**



Mit 50% liegt der Anteil derer die einen Realschulabschluß haben am höchsten. 22,2% der Befragten haben Abitur und 14,8% sind mit einem Hauptschulabschluß repräsentiert. Die Fachhochschulreife<sup>112</sup> wurde von 11,1% der Pflegenden absolviert. Einen Hochschulabschluß hat keiner der Befragten. Als "Andere" Schulausbildung wird von einer Pflegenden die Schulausbildung in der Schweiz angegeben.

90,2% der Befragten haben eine dreijährige Krankenpflegeausbildung absolviert. Krankenpflegehelfer/-innen sind mit 3,9% repräsentiert. Über eine Fachweiterbil-

<sup>112</sup> In dem Fragebogen wurde nach einem Fachhochschulabschluß gefragt. Bezugnehmend auf Alter, Dauer der Berufstätigkeit etc. nehme ich an, daß die meisten Befragten hier Fachhochschulreife statt – abschluß gelesen haben. Deshalb möchte ich diese Daten unter der Kategorie Fachhochschulreife werten.

derung verfügen 23,5% der Pflegenden. 17,6% erwarben die folgenden zusätzlichen Qualifikationen für den Pflegebereich<sup>113</sup>:

- Stationsleitungskurs (6)
- Mentor (3)

**Tabelle 1:** Berufsausbildung der Pflegenden

Berufsausbildung <sup>114</sup>	n <sup>115</sup>	% <sup>116</sup>
Krankenschwester/-pfleger (dreijährige Ausbildung)	46	90,2
Krankenpflegehelfer/-in (ein oder zweijährige Ausbildung)	2	3,9
Krankenschwester/-pfleger mit Fachweiterbildung	12	23,5
Andere Zusatzqualifikation im Pflegebereich	9	17,6
Andere Berufsausbildung	6	11,8

Als „andere Berufsausbildung“ wurden folgende Angaben gemacht<sup>117</sup>:

- Kinderkrankenschwester (2)
- Friseurin (1)
- Maschinenschlosser (1)
- 4-jährige Krankenpflegeausbildung in Holland (1)
- 4-jährige Medizinische Fachschule mit Abi-Abschluß (1)

<sup>113</sup> Die in Klammern gesetzten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der Antworten an.

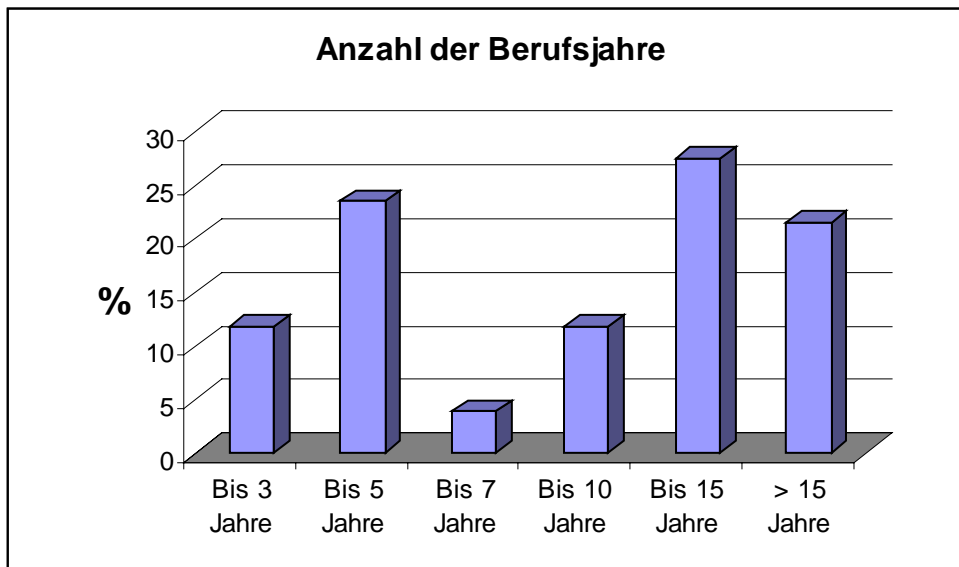
<sup>114</sup> Mehrfachnennungen sind möglich

<sup>115</sup> Anzahl der Nennungen insgesamt

<sup>116</sup> bei n=51

<sup>117</sup> Die in Klammern gesetzten Zahlen geben die absolute Häufigkeit der Antworten an

**Diagramm 3:** Dauer der bisherigen Berufstätigkeit in der Pflege (incl. Ausbildungszeit)



Mit 21,6% ist die Anzahl der Pflegenden, die mehr als 15 Jahren (incl. Ausbildungszeit) in der Pflege tätig sind auffallend hoch. (siehe Tabelle 4) Bis zu 15 Jahren Berufstätigkeit weist noch fast ein Drittel der Befragten auf. Je nach Quellenangabe schwankt die durchschnittliche Verweildauer im Beruf zwischen vier (ÖTV) und zehn Jahre (DKG)<sup>118</sup>. Die Mehrheit der Befragten weist demnach eine überdurchschnittlich lange Tätigkeitsdauer auf. Die Zahl derer, die bereits mehr als 10 Jahren in der Pflege tätig sind (incl. Ausbildungszeit), liegt mit 65,5% überdurchschnittlich hoch. Fast ein Viertel der Befragten sind bis zu 5 Jahren in der Pflege tätig.

Einem Berufsverband gehören nur ein Fünftel der Pflegenden an. 80,4% sind keinem Berufsverband angeschlossen.

#### 4.2.2 Das Weiterbildungsverhalten der Befragten

Die Frage 1.1. des Fragebogens geht auf die Teilnahme an einer Fort- oder Weiterbildungsveranstaltung ein. Die Auswertung des Bogens ergibt, daß 98% der Befrag-

<sup>118</sup> Das Institut für Arbeitsmarkt – und Berufsforschung geht sogar von einer Verweildauer von 12,1 Jahren aus. vgl. Mat/AB 1/1995 S.18

ten bereits an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen haben. Nur eine Pfle-  
gende gab an, noch keine Fortbildungsveranstaltungen besucht zu haben. Die Veran-  
staltungen wurden von folgenden Einrichtungen organisiert<sup>119</sup>:

- IBF (Innerbetriebliche Fortbildungen der Universitätsklinik) (42)
- stationsinterne/hausinterne Fortbildungen (18)
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege) (13)
- BfW (Berufsfortbildungswerk) (5)
- Universitätsklinik (3)
- Deutsches Rotes Kreuz (2)
- ÖTV (Gewerkschaft für den Öffentlichen Dienst, Transport und Verkehr) (1)

Von den Befragten Pflegekräften haben 82,4% an einer innerbetrieblichen Fortbil-  
dung teilgenommen, und 25,5% an einer Fortbildungsmaßnahme des DBfK.

Um mögliche Einflußfaktoren auf das Fort- und Weiterbildungsverhalten herauszu-  
arbeiten, wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt. Diejenigen, die angaben, be-  
reits an mehreren Fortbildungen von unterschiedlichen Veranstaltern teilgenommen  
zu haben, wurden in eine Gruppe zusammengefaßt (Gruppe A). Die andere Gruppe  
setzt sich aus den Pflegenden, die bisher nur Weiterbildungen eines Veranstalters be-  
sucht haben (Gruppe B) zusammen. Die Einteilung nach diesen Gesichtspunkten be-  
ruht auf der Annahme, daß die Pflegenden, die an Fortbildungen von mehreren Ver-  
anstaltern teilnehmen, ein anderes Weiterbildungsverhalten aufweisen, d.h. unter-  
schiedliche Faktoren einen Einfluß auf ihr Fortbildungsverhalten haben.

**Gruppe A:** Mit 56,9% (n=29) hat die Mehrheit aller Befragten Personen an Fort- o-  
der Weiterbildungsmaßnahmen von mehr als einem Veranstalter teilgenommen. Da-  
bei haben alle bereits eine Maßnahme der Innerbetrieblichen Fortbildungen wahrge-  
nommen. 13 waren bei einer Veranstaltung des DBfK und 5 der Befragten bei Maß-  
nahmen des BfW. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe liegt bei 33,9 Jahren. Be-  
trachtet man den Familienstand, so stellt man fest, daß 44,8% ledig, und 37,9% ver-

---

<sup>119</sup> Die Reihenfolge der aufgelisteten Kategorien entspricht einer Rangordnung nach Häufigkeit von  
Nennungen. Die in Klammern gesetzte Zahlen geben die absolute Häufigkeit der Antworten an.

heiratet sind. Von den 29 Krankenschwestern und –pflegern dieser Gruppe haben die Hälfte (n=15) eine Fachweiterbildung und/oder einen Stationsleitungskurs oder eine Mentorenausbildung absolviert.

**Gruppe B:** 21 der Befragten (41,2%) haben bisher nur an Maßnahmen eines Fortbildungsveranstalters teilgenommen. Dabei läßt sich feststellen, daß 16 Personen an Maßnahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung teilgenommen haben. 5 Pflegende gaben an bisher nur stations- oder hausinterne Fortbildungsveranstaltungen besucht zu haben.

Zieht man diejenigen Personen in Betracht, die nur an den stations- oder hausinternen Fortbildungen teilgenommen haben, so ergibt sich, daß sie im Durchschnitt 25,6 Jahre alt und alle - incl. Ausbildungszeit - erst bis zu 5 Jahren in der Pflege tätig sind.

Vergleicht man die Gruppen A und B miteinander, so stellt man fest, daß mit zunehmendem Alter das Bildungsengagement der Krankenschwestern und –pflegern zunimmt.

Im weiteren Verlauf der Auswertung wird versucht, die Unterschiede der beiden Gruppen bezüglich ihrer Einstellungen und ihrer Verhaltensweisen darzustellen.

#### **4.2.2.1 Pflegefachzeitschrift als Weiterbildungsmöglichkeit:**

Als eine Möglichkeit zur Weiterbildung wird das Lesen einer Pflegefachzeitschrift angesehen. Danach machen 31,4% der Pflegekräfte davon regelmäßig, 43,1% manchmal und lediglich 25,5% keinen Gebrauch. Gründe für das Lesen einer Fachzeitung sind<sup>120</sup>:

- neue pflegerische Erkenntnisse (29)
- fachliche Weiterbildung (19)
- berufspolitische Themen (16)
- Stellenangebote (8)

---

<sup>120</sup> Siehe Anmerkung 116

- Sonstiges<sup>121</sup> (3) - *Über den Tellerrand hinaus schauen (1) Literaturrecherche für eigene Arbeiten (11) Alternativen (35)*

Pflegezeitschriften stellen somit für einen großen Teil der Krankenpflegekräfte ein Mittel dar, pflegerische und fachliche Erkenntnisse zu vertiefen und zu erweitern, sowie sich über berufspolitische Themen zu informieren.

**Gruppenunterschiede:** Die Anzahl der Befragten, die eine Pflegefachzeitung lesen oder nicht, unterscheidet sich in Gruppe A und B kaum. Ein großer Unterschied der Gruppen ist jedoch zu verzeichnen, zwischen denen, die regelmäßig und denen, die nur manchmal eine Pflegefachzeitung lesen. Fast die Hälfte der Gruppe A liest regelmäßig eine Fachzeitung, wohingegen es bei Gruppe B nur 14,3% sind. Umgekehrt gilt, daß 57,2% der Gruppe B manchmal die Lektüre einer Fachzeitung genießen, bei Gruppe A sind es 34,5%.

Das Interesse für berufspolitische Themen ist bei Gruppe A mit 41,4% deutlich höher als bei Gruppe B (19,1%), ebenso das Interesse für die Stellenangebote. (A: 24,1%; B: 4,8%)

**Zusammenfassung:** Das Lesen einer Fachzeitschrift wird von den Befragten als wichtiges Mittel gesehen sich fachlich weiterzubilden und sich über neue pflegerische Erkenntnisse zu informieren. Es scheint eine Tendenz zu geben, daß diejenigen, die bereits an mehreren Fortbildungen teilgenommen haben, eine Pflegefachzeitung regelmäßiger lesen, als diejenigen, die nur an Fortbildungen eines Veranstalters teilgenommen haben. Zudem scheinen die „Fortbildungseifrigen“ eher an berufspolitischen Themen interessiert zu sein.

Diese Ergebnisse stimmen mit der Untersuchung von Meyer überein. Auch sie kommt zu dem Ergebnis, daß die Pflegekräfte mit Fachweiterbildung sich häufiger der Fachlektüre widmen, als diejenigen ohne Fachweiterbildung<sup>122</sup>.

---

<sup>121</sup> Zitate aus Fragebögen werden nachfolgend stets mit dem nummerierten Fragebogen als Textquelle angegeben. Dieser wird in kursiver Schrift in Klammern gesetzt und am Ende des Zitats vermerkt.

<sup>122</sup> Vgl. Meyer 1996, S.50



#### 4.2.2.2 Gründe für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

Als wichtigster Grund für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildung wird das Erweitern pflegerischer Erkenntnisse angesehen (88,2%). Dies zeigt deutlich, daß die Pflegenden die Notwendigkeit von Fortbildung für ihre tägliche Arbeit sehen. Mit 52,9% besuchen über die Hälfte der Befragten Fortbildungsveranstaltungen, um Veränderungen zu bewirken, und noch 45,1% um beruflich voranzukommen. Als gering kann der Anteil der Befragten gesehen werden, die Fort- und Weiterbildung als Möglichkeit sehen, mehr Geld zu verdienen (13,6%). Keiner der Befragten gab an, daß er sich durch Fortbildung mehr Anerkennung erhoffe (siehe auch Tabelle 2).

**Tabelle 2:**

Gründe für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildung<sup>123</sup>

Gründe für die Teilnahme	n <sup>124</sup>	% <sup>125</sup>
Pflegerische Erkenntnisse erweitern	45	88,2
Veränderungen bewirken	27	52,9
Beruflich vorankommen	23	45,1
Psychischen Belastungen gewachsen sein	9	17,6
Mehr Verantwortung tragen zu können	9	17,6
Mehr Geld verdienen	7	13,7
Physische Belastungen einzuschränken	4	7,8
In ein anderes Fachgebiet wechseln	3	5,8
Mehr Anerkennung bekommen	0	0,0

<sup>123</sup> Bis zu drei Nennungen sind möglich

<sup>124</sup> Anzahl der Nennungen insgesamt

<sup>125</sup> bei n=51

In der Kategorie „Sonstiges“ wurden noch folgende Angaben gemacht:

*nicht engstirnig, einseitig zu werden (1); Interesse an den Themen (2); im Zuge der Privatisierung: FB in Pflegemanagement, Betriebswirtschaft (13); um Erfahrungen zu sammeln, sowohl Vor- als auch Nachteile (17); Ich möchte mich „sicherer“ fühlen in meinem Arbeitsbereich (48)*

**Gruppenunterschiede:** Das Erweitern von pflegerischen Erkenntnissen steht für beide Gruppen an erster Stelle, als Motiv sich fortzubilden. Für Gruppe A folgt an zweiter Stelle das berufliche Vorwärtskommen, dicht gefolgt von der Absicht, durch Fortbildungen Veränderungen zu bewirken. Gruppe B bewertet diese Gründe in umgekehrter Reihenfolge. Um mehr Geld zu verdienen nehmen nur 6,9% der Gruppe A an Fortbildungen teil, bei Gruppe B sind es 23,8%. Das Tragen von Verantwortung ist für 24,1% der Gruppe A ein Fortbildungsmotiv, lediglich für 9,5% der Gruppe B. Vermehrte Anerkennung scheint für keinen der Befragten ein Grund zur Teilnahme an Weiterbildung zu sein.

**Zusammenfassung:** Schwerpunkt für die Befragten eine Fortbildungsveranstaltung zu besuchen, ist das Erweitern von pflegerischen Erkenntnissen. An zweiter Stelle steht das Motiv, durch Fort- und Weiterbildung Veränderungen bewirken zu können. Es können nur geringfügige Unterschiede der Gruppen A und B bezüglich der Rangfolge der Fortbildungsmotive verzeichnet werden. Für die Befragten der Gruppe A stehen dabei Motive wie „berufliches Vorankommen“ und „mehr Verantwortung“ an höherer Stelle.

#### **4.2.2.3 Fortbildungshindernisse:**

Von den ausgewerteten Fragebögen wurde die Frage 1.4.<sup>126</sup> lediglich von 58,8% (n=30) beantwortet. Da der Fragebogen auf ein schnelles Ausfüllen angelegt war, läßt sich vermuten, daß die restlichen Befragten (n=21) noch nicht reflektiert hatten welche Gründe sie an der Teilnahme von Fortbildungen hindern. Aufgrund der geringen Anzahl an Antworten, lassen sich hier keine allgemeingültigen Aussagen treffen.

---

<sup>126</sup> Frage 1.4. Welche Gründe hindern Sie daran an Fortbildungen teilzunehmen?

**Tabelle 3:** Fortbildungshindernisse<sup>127</sup>

Gründe zur Nichtteilnahme	n <sup>128</sup>	% <sup>129</sup>
Keine Anerkennung	8	26,6
Das Erlernte kann nicht in die Praxis umgesetzt werden	7	23,3
Außerhalb des Dienstes mit beruflichen Dingen beschäftigten	6	19,9
Keine Aufstiegsperspektiven	6	19,9
Mit Familie nicht vereinbar	4	13,3
Will keine „Karriere“ machen	3	9,9
Ich weiß nicht, an wen ich mich wenden soll.	1	3,3
Keine Fortbildung notwendig	0	0,0

In der Kategorie „Sonstiges“ wurden noch folgende Antworten für die Nichtteilnahme gegeben:

- Dienstplan (3)
- Motivation nach Dienstschluß nicht mehr vorhanden (2)
- Zu teuer, keine finanzielle Unterstützung vom Arbeitgeber bei externen Fortbildungen (2)
- Persönliche Gründe (1)
- Interessengebiet nicht vorhanden (1)
- Keine einheitliche Anerkennung (1)
- Keine der angegebenen Gründe (1)

Als Hinderungsgrund wird von den Befragten an erster Stelle angegeben, daß sie keine Anerkennung für die Teilnahme an einer Fortbildung bekommen (26,6%). Mit

<sup>127</sup> bis zu drei Nennungen sind möglich

<sup>128</sup> Anzahl der Nennungen insgesamt

<sup>129</sup> bei n=30

23,3% liegt an zweiter Stelle die Befürchtung das Erlernte nicht in die Praxis umsetzen zu können.

**Gruppenunterschiede:** Durch die geringe Anzahl der beantworteten Frage sind die Gruppen auf A=16 und B=14 geschrumpft. Als wichtigster Unterschied ist zu verzeichnen, daß bei Gruppe B der Haupthinderungsgrund zur Teilnahme an einer Fortbildung die Tatsache ist, sich nicht außerhalb des Dienstes mit beruflichen Dingen zu beschäftigen (n=5). Bei Gruppe A gab keiner der Befragten diese Antwortkategorie an. An erster Stelle steht bei Gruppe A die fehlende Anerkennung als Hinderungsgrund zur Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung(n=5).

**Zusammenfassung:** Das wichtigste Fortbildungshindernis scheint die Tatsache zu sein, daß die Pflegenden für die Teilnahme an solchen Veranstaltungen keine Anerkennung erhalten. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Befürchtung, das Erlernte nicht in die Praxis umsetzen zu können. Sich außerhalb des Dienstes mit beruflichen Dingen zu beschäftigen stellt für diejenigen, die sich weniger fortgebildet haben, als größtes Hindernis dar. Für ein Viertel der Befragten aus Gruppe A sind es die mangelnde Aufstiegspektiven die einer Fortbildung entgegenstehen.

#### ***4.2.2.4 Interpretation der Ergebnisse zum Weiterbildungsverhalten***

Es kann ein recht ausgeprägtes Weiterbildungsverhalten der Pflegenden festgestellt werden. Dies stimmt mit der vorliegenden Forschungsliteratur überein, in der das Pflegepersonal die Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen fordert (siehe 2).

Die Tatsache, daß Fortbildungen besucht werden um Veränderungen zu bewirken, läßt sich als Potential betrachten, den Professionalisierungsprozeß in der Pflege voranzutreiben (siehe 3.2). Diese, wie von Müller beschriebene Bereitschaft an Veränderungen mitzuwirken (siehe 3.4.2), läßt sich als ein Indiz werten, die Entwicklung einer beruflichen Identität mitgestalten zu wollen.

Ein wichtiger Faktor in Bezug auf das Wahrnehmen von Fortbildungsangeboten, auch außerhalb der innerbetrieblichen Möglichkeiten, scheint das Alter der Pflegen-

den zu sein. Mit zunehmendem Alter nimmt die Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen zu. Oftmals haben diese Pflegekräfte eine Fachweiterbildung oder sonstige zusätzliche pflegerische Qualifikation erworben<sup>130</sup> und sind zudem an berufspolitischen Themen interessiert.

Der wichtigste Grund zur Teilnahme an Fortbildungen ist das Erweitern von pflegerischem Wissen. Dies zeigt, daß Pflegende die Notwendigkeit erkannt haben ihr Wissen ständig zu aktualisieren, um die pflegerische Qualität zu sichern und zu erhalten. Dies kann gleichgesetzt werden mit den Weiterbildungsmotiven, die am Arbeitsmarkt orientiert sind, wie in 3.4.2 beschrieben. Von keinem der Befragten wird allerdings äußerer Zwang als Grund für die Teilnahme an Fortbildung angegeben, d.h. Niemand hat auf Vorschlag eines Vorgesetzten gehandelt.

Mehr Anerkennung zu bekommen, ist für keinen der Befragten ein Grund zur Teilnahme an einer Fortbildung. Gleichzeitig wird mangelnde Anerkennung als größter Hinderungsgrund zum Fernbleiben solcher Veranstaltungen angeführt. Dies läßt für mich darauf schließen, daß die Pflegenden sich mehr Anerkennung wünschen, auch wenn dies nicht der unmittelbare Motor für ihr Weiterbildungsverhalten darstellt. Das Weiterbildungsverhalten der Pflegenden kann somit durch Anerkennung von Fortbildungsbemühungen positiv verstärkt werden. Wie diese Anerkennung am günstigsten auszusehen hat, müßte noch näher untersucht werden.

### **4.2.3 Die Transparenz der Weiterbildungsmöglichkeiten**

Bei meinem Vorgehen bin ich davon ausgegangen, daß die Transparenz der Weiterbildungsmöglichkeiten sich aus der Beurteilung des bestehenden Fort- und Weiterbildungsangebots ergibt sowie aus der Kenntnis der Pflegenden von Weiterbildungsanbietern deren Veranstaltungen sie besucht haben.

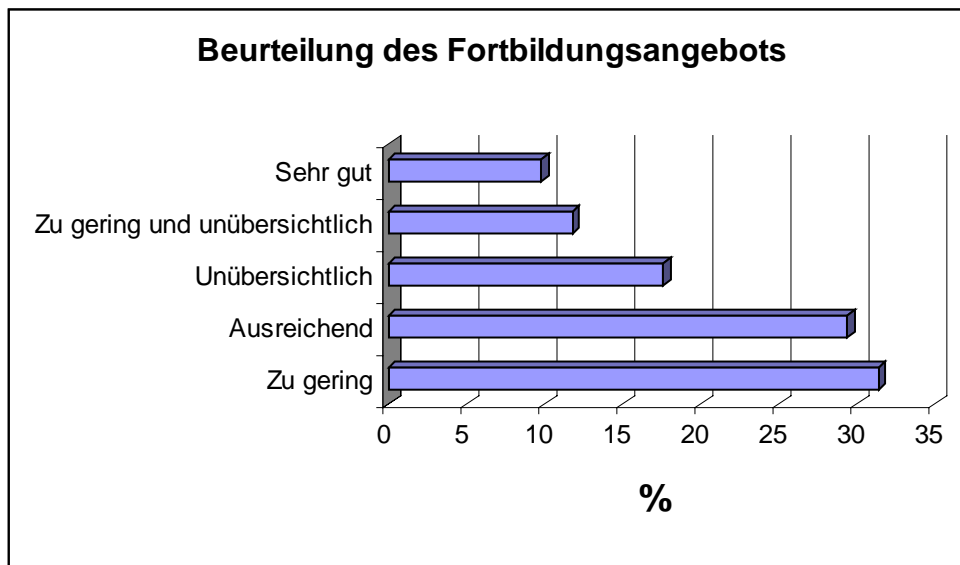
Mit der Frage 1.7. (Wie beurteilen Sie das Fortbildungsangebot für Pflegekräfte?) wurde versucht, die Beurteilung der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten seitens der Befragten zu durchleuchten.

---

<sup>130</sup> Dies entspricht der sogenannten Segmentation des Arbeitsmarktes, der besagt, daß diejenigen die

Mit 31,4% ist die Antwortkategorie „zu gering“ am häufigsten von den Befragten benannt worden. Als unübersichtlich wird das Fort- und Weiterbildungsangebot von 17,6% gesehen und 11,8% bewerten es als zu gering und unübersichtlich. Für ein Drittel der Befragten ist das Fortbildungsangebot ausreichend (29,4%). Lediglich 9,8% beurteilen das Angebot als sehr gut.

**Diagramm 4:** Beurteilung des Fortbildungsangebots für Pflegekräfte



Faßt man die beiden Kategorien „zu gering und unübersichtlich“ (11,8%) sowie „unübersichtlich“ (17,6%) zusammen, kommt man zu dem Ergebnis, daß ein Drittel der Befragten (29,4%) das Fortbildungsangebot als unübersichtlich ansehen.

Die Pflegenden scheinen insgesamt das Angebot der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten als zu gering zu betrachten. Dies ergibt sich aus der Tatsache, daß fast die Hälfte der Pflegekräfte (43,2%) das Fortbildungsangebot als zu gering (31,4%) oder als zu gering und unübersichtlich (11,8%) beurteilen.

Ein Hinweis auf die Kenntnis von Fortbildungsanbietern und den Besuch derer Veranstaltungen ergibt sich aus Frage 1.1. und 1.2.<sup>131</sup>. Das Ergebnis dieser Frage zeigt,

---

eine höhere Bildung und einen höheren beruflichen Status haben öfter an beruflicher Fortbildung teilnehmen. Vgl. Alt 1990, S.119f

<sup>131</sup> 1.1. Haben Sie schon mal einer Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen? 1.2. Wenn ja, von wem war(en) die Maßnahmen veranstaltet?

daß außer den klinikinternen Fortbildungen (Innerbetriebliche Fortbildungen, stationsinterne-/hausinterne Fortbildungen, Uniklinik) und die des Berufsverbandes recht wenige Fortbildungen von anderen Trägern wahrgenommen werden (siehe 4.2.2).

**Gruppenunterschiede:** Bezüglich der Beurteilung des Fortbildungsangebots sind nur geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen A und B festzustellen. Bei der Gruppe A sind 13,8% (n=4) der Ansicht, daß das Fortbildungsangebot sehr gut ist, bei der Gruppe B ist es nur eine der Befragten (4,8%). Für diejenigen die nur bei einem Fortbildungsveranstalter teilgenommen haben, stellt sich das Fortbildungsangebot als unübersichtlicher dar (23,7%) als für die Befragten der Gruppe A (13,8%).

**Zusammenfassung und Interpretation:** Ein Großteil der Pflegenden erachtet das Weiterbildungsangebot als zu gering. Ein Drittel der Pflegenden beurteilt das Spektrum als unübersichtlich. Geht man davon aus, daß wie in 3.4.2 beschrieben, eine mangelnde Transparenz des Weiterbildungsangebots eine Weiterbildungsbarriere darstellt, und ein Indikator für Transparenz die „Durchsichtigkeit“ oder Übersichtlichkeit ist, so kann man sagen, daß die Unübersichtlichkeit des Fortbildungsangebots im Pflegebereich, so wie sie von den Pflegenden wahrgenommen wird, als Weiterbildungsbarriere angesehen werden kann. Somit beeinflusst die Intransparenz des Fortbildungsangebots das Weiterbildungsverhalten der Pflegekräfte. Dies wird bestätigt durch die Gegenüberstellung der Gruppen A und B: Diejenigen mit geringer Fortbildungserfahrung empfinden das Angebot als unübersichtlicher als die, die bereits an mehreren Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben. Man kommt daher zu dem Schluß, daß sich Krankenschwestern und -pflegern mit Zunahme von Alter und Berufsjahren immer besser im „Weiterbildungsdschungel“ zurechtfinden.

#### 4.2.4 Einstellungen der Pflegenden zur beruflichen Entwicklung

Folgender Abschnitt beschäftigt sich mit Einstellungen der Pflegenden in Hinsicht auf Veränderungen im beruflichen Selbstverständnis. Diese finden durch die Professionalisierungsdebatte (siehe 3.2) und die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen und somit in der patientenorientierten Pflege, ihren Ausdruck.

Die Einstellungen der Befragten zu einzelnen Aspekten der beruflichen Entwicklung, sollten anhand der Frage 1.8. erhoben werden. Dazu wurden folgende Kategorien gebildet: berufspolitisches Interesse, regelmäßige Fortbildungen, Pflegeforschung, Ärzte und Pflegende als gleichberechtigte Partner und der Pflegeprozeß. Tabelle 4 stellt die Ergebnisse des Fragebogens dar.

**Tabelle 4:** Einstellungen zur beruflichen Entwicklung

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht
Berufspolitische Themen interessieren mich (n=50)	40%	50%	10%
Eine regelmäßige Pflicht zur Fortbildung finde ich notwendig (n=50)	62%	20%	8%
Pflegeforschung trägt dazu bei das Ansehen der Pflege zu erhöhen. (n=51)	51%	39,2%	9,8%
Ärzte und Pflegende sind gleichberechtigte, kompetente Partner. (n=51)	29,4%	47,1%	23,5%
Das Arbeiten nach dem Pflegeprozeß erhöht die Qualität der Pflege. (n=50)	50%	38%	12%

62% der Befragten sind der Ansicht, daß eine regelmäßige Pflicht zur Weiterbildung notwendig ist, 20% stimmen dem zum Teil zu. So kann man sagen, daß mit 82% eine große Mehrheit der Ansicht ist, eine regelmäßige Pflicht zur Fortbildung zur Pflicht zu machen. Dies bestätigt Untersuchungen von Güntert et al. und Schlüter (siehe 2), die zu einem ähnlichen Ergebnis kommen.

51% der Befragten sind der Ansicht, daß die Pflegeforschung dazu beiträgt, das Ansehen der Pflege zu erhöhen, 39,2% stimmen zum Teil zu. Nur 9,8% sind der Ansicht, dies stimme nicht.

Die Einführung des Pflegeprozesse, als Maßnahme der Qualitätssteigerung wird von 50% bejaht und noch von 38% zum Teil für richtig erachtet.



Als gleichberechtigte, kompetente Partner der Ärzte sehen sich nur ein Drittel der Befragten. Für fast die Hälfte stimmt dies zum Teil, 23,5% sind der Ansicht, daß dies nicht zutrifft.

40% der Befragten geben an, Interesse an berufspolitischen Themen zu haben. Die Hälfte sind zum Teil an berufspolitischen Themen interessiert und nur 10% haben hierfür kein Interesse.

**Gruppenunterschiede:** Vergleicht man die Ergebnisse der Befragung beider Gruppen miteinander, so kann man feststellen, daß bezüglich der Kategorien Pflegeforschung, Pflegeprozess und Ärzte und Pflegende als gleichberechtigt kompetente Partner keine bedeutende Unterschiede festzustellen sind. Betrachtet man die Kategorie „regelmäßige Pflicht zur Fortbildung“, so sind die Befragten der Gruppe A mit 75,9% der Ansicht, daß eine regelmäßige Pflicht zur Fortbildung nötig ist, bei Gruppe B sind es nur noch 65%. Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Verneinung der Frage nach einer Pflicht zur Fortbildung wieder (Gruppe A: 3,4%; Gruppe B: 15%). Bezüglich dem Interesse an berufspolitischen Themen kann festgestellt werden, daß diejenigen, die sich bei verschiedenen Fortbildungsanbietern weitergebildet haben (Gruppe A), ein größeres Interesse an Berufspolitik aufweisen (50%) als diejenigen, die bisher nur an IBF-Maßnahmen teilgenommen haben (Gruppe B) (28,6%). Nur 3,6% der Gruppe A geben an kein Interesse an berufspolitischen Themen zu haben. Mit 19% liegt dies bei Gruppe B deutlich höher.

**Zusammenfassung und Interpretation:** Die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildung für die tägliche Arbeit wird von einer überwältigenden Mehrheit (82%) gesehen. Ebenfalls kann festgestellt werden, daß Pflegeforschung und der Pflegeprozess nach Ansicht der Hälfte der Befragten dazu beitragen, die Qualität und das Ansehen der Pflege zu erhöhen.

Die meisten Pflegenden interessieren sich ganz oder zum Teil für die Berufspolitik. Dabei ist anzumerken, daß diejenigen, die sich bei verschiedenen Fortbildungsanbietern weitergebildet haben, ein höheres berufspolitisches Interesse aufweisen sowie die regelmäßige Pflicht zur Fortbildung als notwendiger erachten.

Dies deutet meiner Ansicht nach darauf hin, daß die Pflegenden die beruflichen Entwicklungen in der Pflege wahrgenommen haben. Daß diese Entwicklungen auf das Weiterbildungsverhalten einen Einfluß nehmen, läßt sich aus der Tatsache herleiten, daß diejenigen, die ein höheres Bildungseingagement aufweisen und über eine zusätzliche Qualifikation im Beruf verfügen, auch ein größeres Interesse an Berufspolitik zeigen.

So kann man durchaus sagen, daß die beruflichen Entwicklungen in der Krankenpflege auf das Fort- und Weiterbildungsverhalten der Pflegekräfte einen Einfluß haben.

#### **4.2.5 Die Arbeitssituation der Befragten**

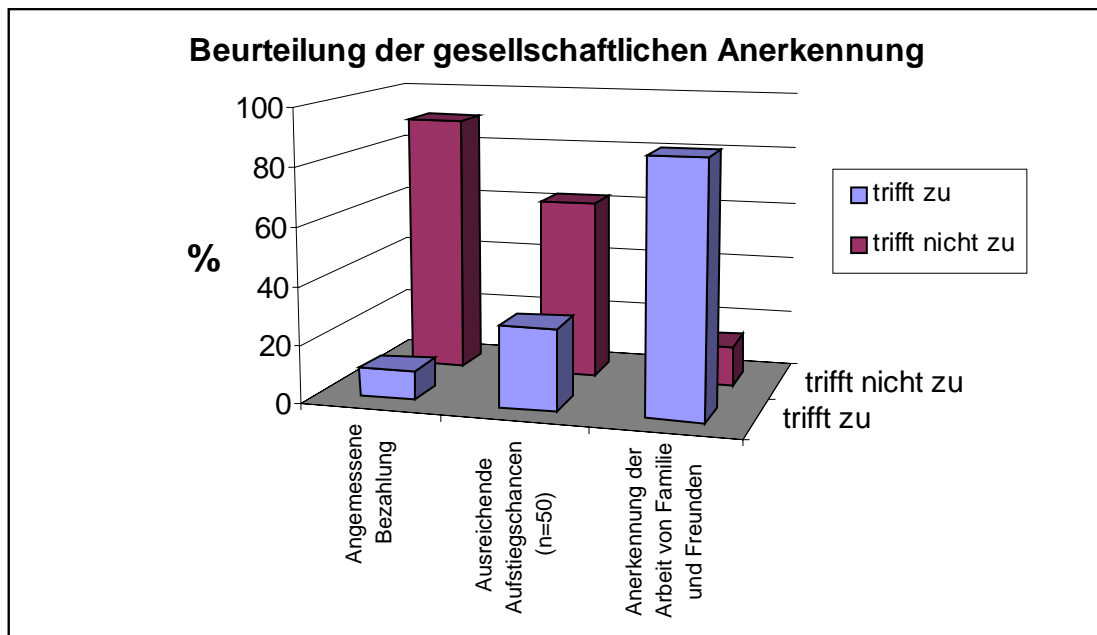
Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Arbeitssituation der Pflegenden. Es geht der Frage nach, wie die Pflegenden ihre gesellschaftliche Anerkennung beurteilen und wie sie den Stellenwert der Pflege im Krankenhaus sehen. Ebenso geht es darum die physischen und psychischen Belastungen im Arbeitsalltag des Pflegepersonals zu erfassen.

##### **4.2.5.1 Gesellschaftliche Anerkennung**

Mit der Frage 2.1. wurde versucht die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes, so wie sie von den Befragten wahrgenommen wird zu erheben. Als Kategorien hierfür wurden die Bezahlung der Arbeit, die Aufstiegsmöglichkeiten, sowie die Anerkennung der Arbeit von Familie und Freunde aufgelistet, so wie in Diagramm 5 zu ersehen ist.

Die Bezahlung der geleisteten Arbeit wird nur von 9,8% der Befragten als angemessen betrachtet. Die überwiegende Mehrheit (90,2%) ist der Ansicht, daß die Bezahlung der Arbeit nicht angemessen ist.

Mit 72% empfindet die Mehrzahl der Befragten, daß die Aufstiegchancen im Pflegeberuf nicht ausreichend sind. 28% beurteilen sie als ausreichend.

**Diagramm 5:** Beurteilung der gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufes

Die Arbeit der Befragten, wird von Familie und Freunden bei 86,3% der Pflegenden anerkannt. 13,7% geben an, daß ihre Arbeit von Familie und Freunden nicht anerkannt wird.

**Gruppenunterschiede:** Bezüglich der gesellschaftlichen Anerkennung lassen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen A und B feststellen.

**Zusammenfassung und Interpretation:** Die Mehrheit der Befragten erachtet die Bezahlung der Arbeit als nicht angemessen. Dies stimmt mit Untersuchungen von Baumann/Zell und Güntert et al. überein, die feststellen, daß ein Großteil der in der Pflege Tätigen, mit ihrer Entlohnung nicht zufrieden ist. 72% der Befragten betrachten die Aufstiegschancen im Pflegeberuf als nicht ausreichend. Diese Zahl ist recht hoch, betrachtet man dazu die Ergebnisse von Schlüter, die zu dem Ergebnis kommt, daß nur 32,7% des Pflegepersonals die Aufstiegschancen als unzureichend empfinden (vgl. 2). Daraus läßt sich schließen, daß die gesellschaftliche Anerkennung der Krankenpflege von den Krankenschwestern und Krankenpflegern als gering betrachtet wird. Mangelnde Anerkennung als meist genannter Hinderungsgrund für

Fortbildung, läßt zu dem Schluß kommen, daß geringe gesellschaftliche Beachtung das Weiterbildungsverhalten der Pflegenden negativ beeinflusst.

#### **4.2.5.2 Stellenwert der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus**

Die Krankenpflege ist laut Landeskrankenhausgesetz als gleichberechtigtes Mitglied in der Krankenhausleitung vertreten (siehe 3.3.2). Mit der Frage 2.2.<sup>132</sup> wurde versucht zu ermitteln, ob die Gleichberechtigung der Pflege auch im Arbeitsalltag verwirklicht wird und ob sie von den Pflegenden wahrgenommen wird.

**Tabelle 5:** Stellenwert der Pflege im Krankenhaus

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht
Die drei Bereiche - Verwaltung, Medizin und Pflege - sind alle gleichberechtigt.	3,9%	41,2%	54,9%
Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen klappt reibungslos.	0,0%	58,8%	41,2%
Die Kompetenzen des Pflegepersonals sind klar definiert.	2,0%	52,9%	45,1%
Meine Vorgesetzten (PDL, Stationsleitung) stehen neuen Vorschlägen offen gegenüber.	39,2%	51%	9,8%

Die Mehrheit der Befragten (54,9%) stimmen der Aussage nicht zu, daß die drei Bereiche – Verwaltung, Medizin und Pflege – gleichberechtigt sind. 41,2% stimmen dieser Aussage noch zum Teil zu.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, daß 58,8% der Befragten zum Teil der Ansicht sind, daß die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen reibungslos klappt. 41,2% sind der Ansicht, daß dies nicht zutrifft, und keiner der Befragten konnte dieser Aussage zustimmen.

<sup>132</sup> Frage 2.2. Wie sehen Sie den Stellenwert der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus?

Auf die Aussage ob die Kompetenzen des Pflegepersonals klar definiert sind spalten sich die Befragten im wesentlichen in zwei Lager. 52,9% stimmen der Aussage zum Teil zu, 45,1% sind der Ansicht, daß die Kompetenzen nicht klar definiert sind.

**Gruppenunterschiede:** Es kann lediglich ein Unterschied der beiden Gruppen festgestellt werden, bezüglich der Beurteilung des Stellenwerts der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus. Dieser betrifft die Gleichberechtigung der Bereiche Verwaltung, Medizin und Pflege. Bei Gruppe A sind 65,5% der Ansicht, daß gar keine Gleichberechtigung der drei Bereiche vorhanden ist, bei Gruppe B sind es 42,9%. Daß die Gleichberechtigung zum Teil vorhanden ist stimmen 31% der Gruppe A zu. Bei Gruppe B ist mit 57,2% die Mehrheit der Ansicht, daß die Gleichberechtigung zum Teil zutrifft.

**Zusammenfassung und Interpretation:** Die Gleichberechtigung der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus wird von den Pflegenden nicht wahrgenommen. Dies wird deutlich an der Tatsache, daß die Mehrheit nicht der Ansicht ist, daß Verwaltung, Medizin und Pflege gleichberechtigt sind und daß die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen nicht reibungslos klappt. Daß die Mehrheit der Pflegenden ihre Kompetenzen als nur zum Teil oder als nicht klar definiert sieht ist für mich ein Zeichen dafür, daß die Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus ihre Position noch definieren muß und sich gegenüber den anderen Berufsgruppen noch abzugrenzen hat.

#### **4.2.5.3 Arbeitsbedingungen im Alltag**

Aus den Befragungsergebnissen zu den Erschwernissen im Arbeitsalltag geht hervor, daß der Schichtdienst als die Kategorie mit den häufigsten Nennungen zu verzeichnen ist. Betrachtet man dabei das Alter der Befragten, so kann man feststellen, daß mit zunehmendem Alter der Schichtdienst als eine Arbeitsbelastung wahrgenommen wird. Tabelle 6 gibt Aufschluß über die Befragungsergebnisse.

Mit je der gleichen Häufigkeit werden „Arbeitsklima“, „zu wenig Zeit für pflegerische Aufgaben“ und „Personalmangel“ (27,4%) genannt. Mit je 23,5% werden „psychische Belastungen“ und „gesundheitliche Probleme“ aufgeführt.

**Tabelle 6:** Erschwernisse im Arbeitsalltag<sup>133</sup>

	n	%
Schichtdienst	18	35,3
Arbeitsklima	14	27,4
zu wenig Zeit für pflegerische Aufgaben	14	27,4
Personalmangel	14	27,4
psychische Belastungen	12	23,5
Gesundheitliche Probleme, wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Müdigkeit, etc.	12	23,5
Sonstiges	8	15,7

Als Sonstiges wurden noch folgende Erschwernisse genannt:

- räumliche Gegebenheiten (5)
- unklare Gesamtsituation (1)
- unklare Kompetenzen, Stellenwert der Pflege im System(1)
- zu wenig Zeit für Leitungsaufgaben (1)

**Gruppenunterschiede:** Betrachtet man die Rangfolge der Erschwernisse im Arbeitsalltag, so stellt man fest, daß für die Gruppe A der Schichtdienst mit 41,4% an erster Stelle steht, mit deutlichem Abstand gefolgt vom Personalmangel (27,6%). Bei Gruppe B wird der Arbeitsalltag am meisten erschwert durch die wenige Zeit für pflegerische Aufgaben (36,4%). An zweiter Stelle stehen hier die gesundheitlichen Probleme (28,6%) gefolgt vom Personalmangel (27,3%).

**Zusammenfassung und Interpretation:** Bezugnehmend auf die Erschwernisse im Arbeitsalltag kommt den Befragten zufolge dem Schichtdienst das größte Gewicht zu. Dies ist aufgrund der vielfältigen Auswirkungen, die der Schichtdienst auf das Wohlbefinden des Einzelnen hat, nicht verwunderlich (vgl.3.3.3.3). An zweiter Stelle werden Faktoren aufgezählt die der Kommunikation (*Arbeitsklima*) und Organisation (*Personalmangel, zu wenig Zeit für pflegerische Aufgaben*) im Arbeitsalltag zuge-

<sup>133</sup> bis zu 2 Nennungen möglich

sprochen werden können. Dies stimmt mit der Studie von Bartholomeyczik überein, die in ihrer Untersuchung festgestellt hat, daß das Gefühl zuwenig Zeit für die pflegerischen Aufgaben zu haben, als große Belastung empfunden wird (vgl. 3.3.3.2). Erst an dritter Stelle werden physische und psychische Belastungen als den Arbeitsalltag erschwerende Faktoren genannt.

Die Gruppenunterschiede zeigen, daß mit höherem Alter (Gruppe A) der Schichtdienst und die psychischen Belastungen einen höheren Erschwernisgrad mit sich bringen als für die jüngeren Krankenschwestern und -pfleger. Bei Gruppe B sind es die zu wenige Zeit für die pflegerischen Aufgaben, sowie gesundheitliche Probleme, die den Arbeitsalltag am meisten erschweren.

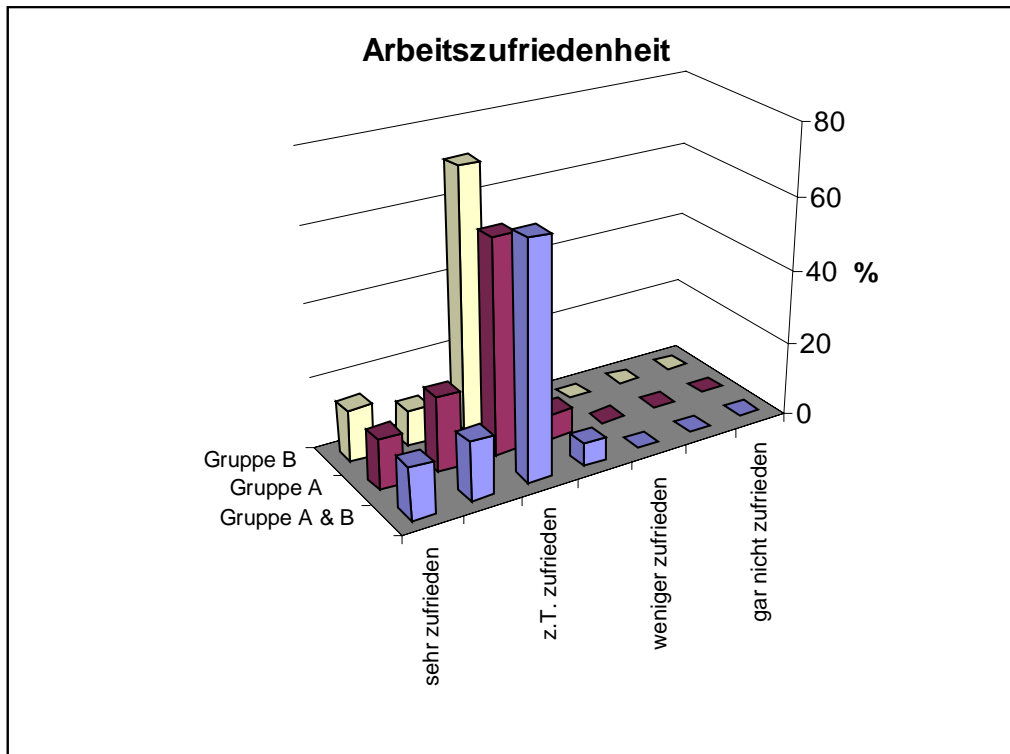
#### **4.2.5.4 Arbeitszufriedenheit**

Laut den Untersuchungsergebnissen sind 64% der Pflegenden mit ihrer Arbeitssituation zum Teil zufrieden, sehr zufrieden sind 14%. 16% gaben ihre Arbeitszufriedenheit zwischen diesen beiden Kategorien an. Diese Werte sind vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen<sup>134</sup> und entsprechen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit bei den unterschiedlichsten Berufszweigen<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> vgl. Meyer 1996: 68,9% Arbeitszufriedenheit, Güntert et al. 1990: 72,5% Arbeitszufriedenheit

<sup>135</sup> Weltweit findet man in den unterschiedlichsten Berufszweigen eine allgemeine Arbeitszufriedenheit von 75-80%. Vgl. Meyer 1996, S.11

**Diagramm 6:** Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte (n=50)

**Gruppenunterschiede:** Die Arbeitszufriedenheit unterscheidet sich tendenziell kaum zwischen den Gruppen A und B. Die Befragten der Gruppe A scheinen ein wenig zufriedener mit ihrer Arbeitssituation zu sein.

#### **4.2.5.5 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse zur Arbeitssituation in der Krankenpflege**

Die Mehrheit der Befragten, so stellt sich zusammenfassend fest, empfindet weder die Bezahlung angemessen, noch die Aufstiegschancen im Beruf als ausreichend. Diese mangelnde Anerkennung, kann als ein Weiterbildungshindernis angesehen werden (siehe 4.2.2.3), da auch Meyer zu dem Ergebnis kommt, daß die gering finanzielle Anerkennung von Fort- und Weiterbildung sich auf die Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Maßnahmen auswirkt (siehe 3.3.1).

Der Schichtdienst stellt für die Pflegekräfte die größte Arbeitsbelastung im Alltag dar, gefolgt von Erschwernissen aufgrund von Kommunikation und Organisation.



Diese Arbeitsform hindert das Pflegepersonal an Fortbildungen teilzunehmen, wie in 3.3.3.3 erwähnt.

Trotz alledem ist eine hohe allgemeine Arbeitszufriedenheit zu verzeichnen, die im wesentlichen mit den Befunden anderer Autoren übereinstimmt. Dabei ist festzustellen, daß die Krankenschwestern und –pfleger der Gruppe A mit ihrer Arbeitssituation zufriedener sind, als diejenigen, der Gruppe B. Mehr Fortbildungen besucht zu haben wirkt sich demnach positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse kann man zu dem Ergebnis kommen, daß die Arbeitssituation das Weiterbildungsverhalten der Krankenschwestern und –pflegern beeinflußt.

#### **4.2.6 Zusammenhänge einzelner Variablen**

Die bisherigen Ergebnisse beruhen auf einer vorwiegend quantitativen Auswertung und Interpretation des Fragebogens. Um qualitative Aspekte dieser Untersuchung zu beleuchten, habe ich einzelne Fragen miteinander korreliert und einige Trends feststellen können. Aufgrund der geringen Fallzahl können allerdings keine allgemeingültige Aussagen getroffen werden.

#### **Fortbildungshindernisse und Berufsbild**

Liest man die einzelnen Fragebögen durch, so stellt man mit Verwunderung fest, daß zwischen den Gründen, die an einer Teilnahme an Fortbildung hindern, gewisse Widersprüche zu dem Berufsbild des Einzelnen zu verzeichnen sind. Dies bewegte mich dazu die Frage 1.4. mit der Frage 1.8.<sup>136</sup> zu korrelieren. Insbesondere interessierten mich diejenigen Befragten, welche die fehlende Anerkennung (n=8) und/oder die mangelnden Aufstiegsperspektiven (n=6) als Hinderungsgrund angaben (n=11). Für

---

<sup>136</sup> Frage 1.4. Welche Gründe hindern Sie daran an Fortbildungen teilzunehmen?  
Frage 1.8. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen? – siehe Fragebogen im Anhang

drei der Befragten galten beide Kriterien (4, 12, 15)<sup>137</sup>. Diese 3 Befragten stimmen allen Aussagen in Frage 1.8. zu, d.h. sie interessieren sich für Berufspolitik, erachten regelmäßige Fortbildungen als notwendig, stehen der Pflegeforschung offen gegenüber, erachten Pflegende und Ärzte als gleichberechtigt kompetente Partner und finden den Pflegeprozeß als Qualitätsinstrument notwendig.

Auffallend ist, daß 2 dieser 3 Befragten noch recht jung (21 und 22 Jahre) und noch nicht lange im Beruf sind (bis 3 Jahre; bis 5 Jahre).

Dies bedeutet für mich, daß die „jungen Pflegekräfte“ ein verändertes Bild der Krankenpflege erkennen lassen – weg von einem caritativen Leitbild hin zu einem eigenen professionellen Berufsbild. Die Entwicklungen im Pflegeberuf (siehe 3.2) spiegeln sich in ihren Antworten der Frage 1.8. wieder. Es ist allerdings festzustellen, daß sie ein defensives Fortbildungsverhalten aufweisen, d.h. ihre Teilnahme an Fortbildungen kann vorwiegend durch äußere Einflüsse aktiviert werden (z.B. durch Vorschlag von Vorgesetzten oder durch materiellen Anreiz).

Die Gruppe derer, die sich nicht außerhalb des Dienstes mit beruflichen Dingen beschäftigen möchten (n=6), ist vorwiegend noch nicht so lange in der Pflege tätig. Die Frage 1.8. haben auch sie mit überwiegendem Interesse für die beruflichen Belange beantwortet, so daß die oben angezeigte Tendenz einer defensiver Weiterbildungsmotivation hier eine Bestätigung findet.

Betrachtet man die Krankenschwestern und Krankenpfleger, die davon ausgehen „das Erlernte nicht in der Praxis umsetzen zu können“ und aus diesem Grund nicht an Weiterbildungen teilnehmen (n=7), stellt man bei ihnen eine überdurchschnittlich lange Berufsausübung fest. Ihr Interesse an den beruflichen Belangen ist nicht mehr so ausgeprägt wie bei denjenigen, die eine kurze Berufstätigkeit aufweisen. Diese Tendenz ist für mich ein Zeichen der Resignation.

### **Weiterbildungsteilnahme und gesellschaftliche Anerkennung**

---

<sup>137</sup> Die kursiv gesetzten Zahlen geben den numerierten Fragebogen an, der als Grundlage dient.

Wie in 3.3.1 beschrieben sind Einkommen, Verantwortung und Aufstiegschancen Kriterien für die gesellschaftliche Anerkennung. Diese wurden als Gründe für die Teilnahme an Weiterbildung in Frage 1.3.<sup>138</sup> abgefragt. Folgende 8 Befragte (4, 5, 11, 15, 24, 34, 39, 50) wurden in eine Gruppe zusammengefaßt, da sie mindestens 2 der 3 folgenden Gründe zur Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme angaben - „um mehr Verantwortung tragen zu können“ (n=9), „um mehr Geld zu verdienen“ (n=7), „um beruflich voranzukommen“ (n=23). Diese Frage wurde mit der Frage 2.1.<sup>139</sup> in Beziehung gesetzt:

Auffallend ist, daß die Hälfte dieser Befragten (n=4) männlich ist, und drei von ihnen eine überdurchschnittlich lange Berufstätigkeit aufweisen. Für alle vier ist die gesellschaftliche Situation durch unangemessene Bezahlung und nicht ausreichende Aufstiegschancen beschrieben.

Es scheint eine Tendenz zu geben, daß Männer an Fortbildungen teilnehmen um gesellschaftliche Anerkennung zu erhalten. Gleichzeitig jedoch stellen für drei der besagten Krankenpfleger mangelnde Aufstiegsperspektiven und fehlende Anerkennung ein Hinderungsgrund für die Teilnahme an Weiterbildung dar. Diese widersprüchliche Haltung ist Ausdruck einer geringen Hoffnung, durch Fortbildung ein erhöhtes gesellschaftliches Ansehen des Pflegeberufes zu erlangen.

### **Weiterbildungsteilnahme und Erschwernisse im Arbeitsalltag**

Um einen Zusammenhang zwischen der Weiterbildungsteilnahme und den Arbeitsbelastungen aufzuzeigen, habe ich mir die Gruppe der Befragten angeschaut, die gesundheitliche Probleme und/oder psychische Belastungen bei der Frage 2.3.<sup>140</sup> ankreuzten (n=20). Betrachtet man die Gründe dieser Personen an einer Weiterbildungsmaßnahme teilzunehmen, so stellt man fest, daß nur 5 von ihnen angeben dies zu tun, um physische Belastungen einzuschränken (n=1) oder um psychischen Belastungen gewachsen zu sein (n=4). Bemerkenswert dabei ist, daß diese Krankenschwestern bis zu 10 Jahre (n=3) oder bereits mehr als 15 Jahre (n=2) in der Pflege tätig sind. Somit läßt sich die Tendenz aufzeigen, daß mit zunehmend langer Pflege-

---

<sup>138</sup> Frage 1.3. Aus welchen Gründen nehmen bzw. würden Sie an einer Fortbildung teilnehmen?

<sup>139</sup> Frage 2.1. Wie beurteilen Sie die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs?

<sup>140</sup> Frage 2.3. Welche Faktoren erschweren ihren Alltag besonders? – siehe Fragebogen im Anhang

tätigkeit die Weiterbildung als eine Möglichkeit gesehen wird, den Erschwernissen im Alltag zu begegnen.

Auffällig ist, daß Krankenschwestern, die aus den oben genannten Gründen an einer Weiterbildung teilnehmen und keine physischen oder psychischen Erschwernisse im Alltag verspüren (n=5), noch nicht lange in der Pflege tätig sind. Mutmaßlich sind sich diese Pflegenden der beruflichen Belastungen bewußt und sehen Weiterbildung als gesundheitsförderndes Element.

## 5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, das Fort- und Weiterbildungsverhalten von Krankenpflegekräften zu betrachten, um Aufschluß über Faktoren zu bekommen, die diese Grundhaltung beeinflussen. Das Forschungsinteresse galt dabei dem Weiterbildungsverhalten, der Einstellung zu den beruflichen Entwicklungen, der Arbeitssituation sowie den Wahrnehmungen bezüglich der Transparenz der Weiterbildungsmöglichkeiten.

Nachfolgend werden kurz einige ausgewählte Ergebnisse und deren Bedeutung für die Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege aufgeführt.

1. Es scheint eine recht hohe Weiterbildungsbereitschaft beim Krankenpflegepersonal vorzuliegen. Diese steigt mit zunehmendem Alter sowie mit zusätzlicher pflegerischer Qualifikation. Veränderungen zu bewirken sowie pflegerisches Wissen zu erweitern werden dabei als vorrangige Weiterbildungsmotive angegeben. Dieses Potential sollte genutzt werden, um die Bestrebungen der Krankenpflege nach mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu unterstützen.

2. Als wichtigstes Weiterbildungshindernis hingegen zeigte sich die mangelnde Anerkennung von Fortbildungen. Es müßte näher untersucht werden, welche Form der Anerkennung von den Pflegenden am meisten erwünscht wird, ob Lob des Vorgesetzten, finanzielle oder gesellschaftliche Anerkennung eine höhere Weiterbildungsbereitschaft nach sich ziehen würden.

3. Es zeigt sich eine Tendenz, daß die in der Pflege schon lange Tätigen die Fort- und Weiterbildung dazu nutzen, den Erschwernissen im Arbeitsalltag zu begegnen. Ein Hinderungsgrund für diese Gruppe an der Teilnahme von Fortbildungen ist die mangelnde Umsetzung von der Theorie in die Praxis. Ein stärkerer Praxisbezug müßte deshalb in die weitere Entwicklung von Fortbildungskonzepten einfließen. Eine Möglichkeit hierfür wäre z.B. der verstärkte Einsatz von Mentoren.

4. Die Gruppe der „jungen Pflegekräfte“ (bis zu 5 Jahren in der Pflege tätig) zeichnet sich aus durch ein hohes Interesse an beruflichen Belangen. Gleichzeitig sind sie nicht bereit, sich außerhalb der Arbeit mit berufsbezogenen Dingen zu beschäftigen und betrachten das Fortbildungsangebot als unübersichtlich. Sie weisen ein defensives Fortbildungsverhalten auf, d.h. sie müßten durch äußere Anreize zur Fort- und Weiterbildung bewegt werden. Auch hier müßten entsprechende Konzepte entwickelt und in naher Zukunft auf den Weg gebracht werden. Die daraus entstehende höhere Arbeitszufriedenheit und die Minimierung der beruflichen Belastungen könnten dabei eine geringere Berufsflucht zur Folge haben.

5. Die Tatsache, daß eine höhere Arbeitszufriedenheit derer festgestellt wurde, die mehr Bildungsengagement aufzeigen, muß für die Verantwortlichen bedeuten ihre Mitarbeiter gezielt zu Fort- und Weiterbildungen zu schicken.

6. Eine kompetente Beratung durch Vorgesetzte könnte künftig eine Möglichkeit sein, der mangelnden Anerkennung und Unübersichtlichkeit von Fort- und Weiterbildung entgegenzuwirken, was auch eine positive Personalentwicklung nach sich ziehen würde. Die daraus entstehende höhere Transparenz der Weiterbildungsmöglichkeiten käme vor allem den „jüngeren“ Pflegekräfte zugute.

### **Ausblick**

Diese Untersuchung hat gezeigt, daß die Pflegenden eine Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung haben. Es lassen sich nach wie vor Belastungen im Arbeitsalltag erkennen, die einer Abhilfe bedürfen. Der Wille der Pflegekräfte, durch Fort- und Weiterbildung Veränderungen in Gang zu setzen, läßt auf eine Bereitschaft vor allem der jüngeren Pflegekräfte schließen, an der Gestaltung der eigenen Arbeitssituation mitzuwirken. Das größere Interesse an der Berufspolitik derer, die ein höheres Bildungsengagement an den Tag legen, zeigt die Notwendigkeit, Pflegenden zu ermuntern sich fortzubilden, da ein ausgeprägteres Fortbildungsverhalten sich positiv auf die Interessen der Pflege auswirken könnte.

Für die Verantwortlichen in der Pflege muß es Ziel sein, ein Fortbildungskonzept zu entwickeln, welches vor allem jüngere Pflegekräfte dazu animiert, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen und den Altgedienten eine Perspektive bei der Umsetzung in die Praxis zu geben.





## Literatur

**Alt, Christel:** Berufliche Weiterbildung in Deutschland: Strukturen und Entwicklungen; Bericht nach Artikel 11 (2) des EG-Ratsbeschlusses vom 29. Mai 1990 über das FORCE-Aktionsprogramm. Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Der Generalsekretär. Bielefeld: Bertelsmann, 1994

**Badura, Bernhard:** Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993

**Bartholomeyczik, Sabine:** Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift – Beilage Dokumentation Aus- u. Fortbildung, Heft 1, 1987, S.1-9

**Bartholomeyczik, Sabine:** Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993

**Bartholomeyczik, Sabine:** Strukturverbesserungen in der Krankenpflege durch den Einsatz von Stationsassistentinnen. Eschborn: DBfK-Verlag 1993a

**Baumann, Manfred/ Zell, Ulrich:** Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. In: Prognos (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise?: Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Berlin: Ed. Sigma Bohn, 1992, S. 41-65

**Betz, Georg:** "Mehr Fortbildung" gegen den Frust. Versuch einer ersten Konkretisierung. In: Deutsche Krankenpflege - Zeitschrift 9/1991

**Betz, Georg:** Krankenpflege im Wandel. Konsequenzen für die berufliche Bildung.

In: Auf dem Weg aus der Pflegekrise?: Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Prognos (Hrsg.), Berlin 1992

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (Hrsg.):** Bildungskonzept Pflege 2000. Eschborn 1997

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (Hrsg.):** Berufsbild Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Krankenpflegehilfe. Druckerei Heinrich, Frankfurt am Main. 1995

**Elkeles, Thomas:** Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 5. Auflage, 1994

**Friedrichs, Jürgen:** Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 14. Auflage, 1990

**Francois-Kettner, Hedi:** Wie verändert das Selbstbewußtsein das Berufsbewußtsein. In: Die Schwester/Der Pfleger, 32 (1993) 4 S.275-280

**Güntert, Bernhard et al.:** Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung: Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Stuttgart, Toronto: Huber Verlag, 1989

**Henning, Anita, Kaluza, Jens:** Rollenambivalenz verursacht Streß. In: Pflege Aktuell, 10/94, S.610-612

**Huneke, Michael J.:** Innerbetriebliche Fortbildung – ein Stützpfiler für Professionalität. In: Krankenpflege 5/93, Eschborn. S.302-304

**Huneke, Michael J.:** Innerbetriebliche Fortbildung als Beratungsauftrag. In: Pflege Aktuell 7-8/97, Eschborn. S. 444-447

- ICN-Resolution:** Erleichterung des Zugangs zur Fortbildung. In: Pflege Aktuell 6/98, Eschborn. S. 322
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.):** Pflege als Beruf. Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven des Personals in der Kranken- und Altenpflege. MatAB 1/95.
- Jehle, Doris/ Schaffenth, Gerta:** Die Krankenpflege im therapeutischen Prozeß - Analyse der Probleme im Pflegebereich der Krankenhäuser und Schritte zur Überwindung des Pflegenotstandes. FEST Heidelberg 1993
- Juchli, Liliane:** Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege. 4. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1983
- Karl, Christine:** Motivationsforschung: Probleme und Ergebnisse der Erforschung von Weiterbildungsmotivation. In: Siebert, H. (Hrsg.): Taschenbuch der Weiterbildungsforschung. Baltmannsweiler, 1979
- Lamnek, Siegfried:** Prestige. In: Endruweit, G., Trommsdorff, G. (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: dtv/Enke, 1989
- Meyer, Claudia:** Die Veränderung der Arbeitssituation in der Krankenpflege: Interesse und Bereitschaft Pflegenden zur Mitgestaltung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1996
- Müller, Kurt R.:** Lernen in der Weiterbildung. In: Arnold/Lipsmeier (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. Leske und Budrich, Opladen 1995
- Münk, Dieter:** Berufliche Weiterbildung: Grundlagen und Perspektiven im nationalen und internationalen Kontext. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 1997
- Oelke, Uta:** Fort- und Weiterbildungsinteressen von Beschäftigten im Gesundheitswesen. ÖTV-Kreisverwaltung Göttingen (Hrsg.). Göttingen 1988

- Pilgram, Martina:** Fortbildung zur Erhaltung und Steigerung des Pflegefachwissens. In: Pflege - Qualität jetzt: Realität, Entwicklung, Perspektiven, Hrsg. Projektgruppe: Qualität in der Pflege. Köln, Bibliomed, Melsungen 1995
- Priester, Klaus:** Schichtarbeit im Krankenhaus. Oder: Gibt es die Rückkehr ins normale Leben? In: Hilmar Dahlem, Alfred L. Lorenz (Hrsg.) Total Normal. Neue Arbeitszeiten im Pflegedienst. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 1993
- Pröll, U/Streich, W.:** Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Forschungsbericht Nr.386 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1984
- Reimann, Renate:** Berufs- und Fortbildungsentwicklung in den letzten 20 Jahren. In: Krankenpflege 7-8/1990. Eschborn. S.380-383
- Reuter, Remy:** Innerbetriebliche Fortbildung in der Krankenpflege. Versuch einer Bestandsaufnahme in bundesdeutschen Krankenhäusern. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 10/1988 S.749-754
- Riedel, Wolfgang/ Steininger Siegfried:** Der Arbeitsmarkt für Krankenpflegeberufe. Bestimmungsfaktoren, zukünftige Entwicklungen und Lösungsansätze. In: Prognos (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise?: Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Berlin: Ed. Sigma Bohn 1992, S. 17-40
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.):** Pflege braucht Eliten: Denkschrift zur Hochschul- ausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher, 1992
- Schlüter, Gabriele:** Berufliche Belastungen in der Krankenpflege: eine empirische Untersuchung. Melsungen: Bibliomed, 1992
- Schnieders, Bernhard:** Krankenpflege – Ein Berufsbild im Wandel: eine qualitative Studie über den beruflichen Alltag in der Pflege und dessen Veränderungsmöglichkeiten. Frankfurt am Main: Mabuse –Verlag, 1994

**Seidel, Christoph:** Motive und Weiterbildungsbedarf. Zum Zusammenhang von Lernmotivation und Weiterbildungsverhalten. Opladen: Leske Verlag + Budrich GmbH, 1983

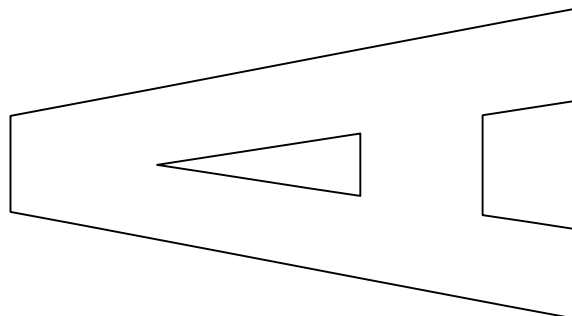
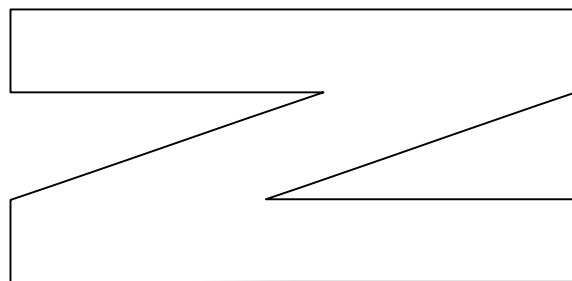
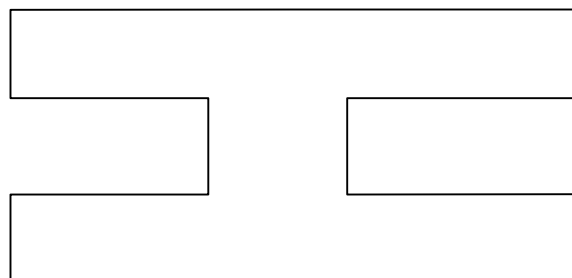
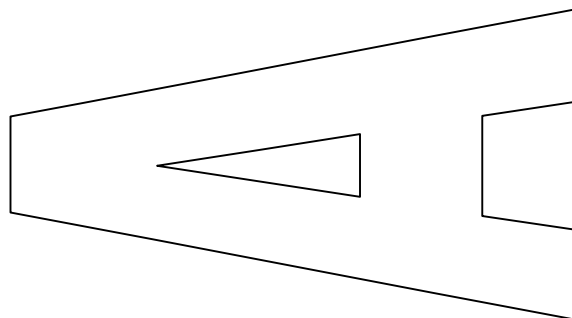
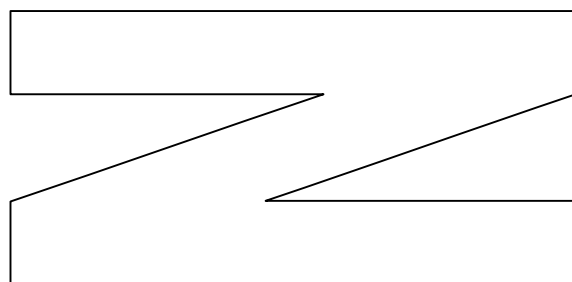
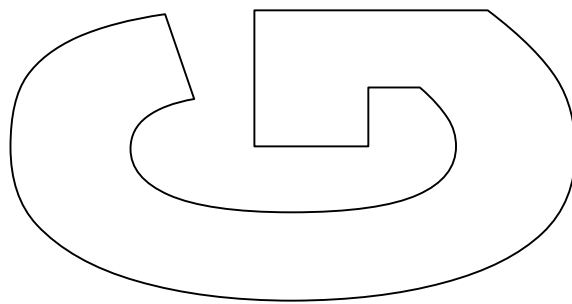
**Taubert, Johanna:** Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal Hrsg. Robert Bosch Stiftung Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 1987

**Weißert-Horn, Margit/ Landau, Kurt:** Belastungen und Beanspruchungen in der Krankenpflege. In: Pflege aktuell, Heft 2, 1995, S. 116-118

**Zimbardo, Philip G.:** Psychologie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1992



Anhang



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der ständige Fortschritt in der Medizin, die zunehmende Spezialisierung der verschiedenen Arbeitsbereiche und das Streben der Pflege nach mehr Eigenständigkeit erfordern eine ständige Aktualisierung pflegerischen Wissens. Fortbildungen sollen dazu beitragen, die Qualität der Pflege zu erhalten, zu sichern und die Arbeitsbelastungen des Einzelnen zu minimieren.

Im Rahmen meiner Magisterarbeit an der Universität Heidelberg untersuche ich das Fort- und Weiterbildungsverhalten von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Der Fragebogen, der Ihnen vorliegt, soll mir Aufschluß über fördernde bzw. hemmende Faktoren zur Weiterbildungsbereitschaft, und somit Hinweise und Anregungen für die Gestaltung von Weiterbildung geben.

Der Fragebogen ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil geht es um Fragen zur Weiterbildungsmotivation, im zweiten Teil um Fragen zur Arbeitssituation. Der dritte Teil befaßt sich mit rein statistischen Angaben zur Person. Selbstverständlich werden Ihre Angaben alle anonym bearbeitet. Das Ausfüllen des Fragebogens wird Sie nicht mehr als etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Für Ihre Mitarbeit möchte ich mich bereits im voraus bedanken.

Mit freundlichem Gruß,

Cornelia Mahler

## **TEIL 1 - Fragen zur Weiterbildungsmotivation**

1.1. Haben Sie schon mal an einer Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen?

- ja  
 nein (wenn nein, dann bitte weiter mit Frage 1.3.)

1.2. Wenn ja, von wem war(en) die Maßnahmen veranstaltet?  
(Mehrfachnennungen möglich)



- IBF (Innerbetriebliche Fortbildungen)
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege)
- BfW (Berufsbildungswerk)
- Andere \_\_\_\_\_

1.3. Aus welchen Gründen nehmen bzw. würden Sie an einer Fort-/Weiterbildung teilnehmen?  
(Bis zu drei Nennungen, der wichtigsten Gründe, sind möglich)

- um in ein anderes Fachgebiet zu wechseln
- um meine pflegerischen Erkenntnisse zu erweitern
- um beruflich voranzukommen
- um mehr Verantwortung tragen zu können
- um mehr Geld zu verdienen
- um mehr Anerkennung zu bekommen
- um physische Belastungen einzuschränken
- um psychischen Belastungen gewachsen zu sein
- um Veränderungen zu bewirken
- Sonstiges \_\_\_\_\_

1.4. Welche Gründe hindern Sie daran an Fortbildungen teilzunehmen?  
(Bis zu drei Nennungen möglich)

- Ich weiß nicht, an wen ich mich wenden soll.
- Ich brauche keine Fortbildung - ich bin fachkompetent.
- Ich möchte mich nicht außerhalb des Dienstes mit beruflichen Dingen beschäftigen.
- Ich gehe davon aus, das Erlernte nicht in der Praxis umsetzen zu können.
- Ich bekomme dafür keine Anerkennung.
- Ich will keine "Karriere" machen.
- Es gibt keine Aufstiegsperspektiven für mich.
- Sie sind mit meiner Familie nicht vereinbar.
- Sonstiges \_\_\_\_\_

1.5. Lesen Sie eine Pflegefachzeitung?

- ja, regelmäßig
- ja, manchmal
- nein (wenn nein, dann bitte weiter mit Frage 1.7.)

1.6. wenn ja, wieso?

- Ich möchte mich fachlich weiterbilden.
- Ich interessiere mich für die Stellenangebote.
- Ich interessiere mich für berufspolitische Themen.
- Mich interessieren neue pflegerische Erkenntnisse.
- Sonstiges \_\_\_\_\_

1.7. Wie beurteilen Sie das Fortbildungsangebot für Pflegekräfte?

- zu gering  
 ausreichend  
 unübersichtlich  
 sehr gut

1.8. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht
- Berufspolitische Themen interessieren mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eine regelmäßige Pflicht zur Fortbildung finde ich notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pflegeforschung trägt dazu bei das Ansehen der Pflege zu erhöhen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ärzte und Pflegende sind gleichberechtigte Kompetente Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Das Arbeiten nach dem Pflegeprozess erhöht die Qualität der Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teil 2 - Fragen zur Arbeitssituation

2.1. Wie beurteilen Sie die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes?

	trifft zu	trifft nicht zu
- Die Bezahlung der Arbeit ist angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Aufstiegschancen im Pflegeberuf sind ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Meine Arbeit wird von meiner Familie und meinen Freunden anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.2. Wie sehen Sie den Stellenwert der Pflege im Gesamtsystem Krankenhaus?

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht
- Die drei Bereiche - Verwaltung, Medizin und Pflege - sind alle gleichberechtigt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen klappt reibungslos. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Die Kompetenzen des Pflegepersonals sind klar definiert. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Meine Vorgesetzten (PDL, Stationsleitung) stehen neuen Vorschlägen offen gegenüber. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. Welche Faktoren erschweren Ihren Arbeitsalltag besonders?  
(Bis zu zwei Nennungen möglich)

- Schichtdienst
- Arbeitsklima
- gesundheitliche Probleme (z.B. Kopf-, Rückenschmerzen)
- Müdigkeit etc.
- psychische Belastungen
- Personalmangel
- zu wenig Zeit für pflegerische Aufgaben
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## 2.4. Sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation zufrieden? (bitte ankreuzen)

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr<br>zufrieden        | zum Teil<br>zufrieden    | weniger<br>zufrieden     | gar nicht<br>zufrieden   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Teil 3 - Persönliche Daten

Zum Schluß habe ich noch einige Fragen zu Ihrer Person

Ihr Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Ihr Geschlecht

männlich   
weiblich

Ihr Familienstand:

ledig  
 verheiratet  
 in Lebensgemeinschaft lebend  
 verwitwet  
 geschieden oder dauernd getrennt

Haben Sie Kinder?

ja  
 nein

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

Ihre Schulausbildung:

Hauptschulabschluß  
 Realschulabschluß  
 Abitur  
 Fachhochschulabschluß  
 Hochschulabschluß

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Krankenschwester/-pfleger (dreijährige Ausbildung)  
 Krankenpflegehelfer/-in (ein oder zweijährige Ausbildung)  
 Krankenschwester/-pfleger mit Fachweiterbildung  
 andere Zusatzqualifikation im Pflegebereich, nämlich

\_\_\_\_\_  
andere Berufsausbildung, nämlich  
\_\_\_\_\_

Wieviele Jahre sind Sie bereits in der Pflege tätig (inklusive Ausbildungszeit)?

- bis 3 Jahre
- bis 5 Jahre
- bis 7 Jahre
- bis 10 Jahre
- bis 15 Jahre
- mehr als 15 Jahre

Gehören Sie einem Berufsverband an?

- ja
- nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Den verbleibenden Platz können Sie gerne noch für Anmerkungen oder Ergänzungen nutzen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---