Zur Professionalisierung und Berufssituation von PflegewirtInnen mit generalistischer Ausbildung

– Diskutiert anhand von Ergebnissen der AbsolventInnenbefragung der Fachhochschulen Darmstadt, Frankfurt und Fulda zwischen 1997 und 2000

Marianne Brieskorn-Zinke, Ulrike Höhmann, Christina Reckmann, Elvira Stocker

Die akademische Professionalisierung generalistisch ausgebildeter PflegewirtInnen zeigt sowohl innovative Möglichkeiten als auch strukturelle Barrieren im Berufsfeld auf. Diese werden anhand von Ergebnissen einer Befragung der ersten AbsolventInnenjahrgänge aufgezeigt und diskutiert.

Engl. abstract – The professionalization of nurses with a general academic qualification shows innovative opportunities as well as structural barriers in the different fields of nursing practice. These findings are described and discussed by the results of a questionnaire study of the first nurses with a Dipl. Pflegewirt degree.

Übersicht:

- Zur Akademisierung der Pflege
- Studiengänge, Professionalisierung und Berufsfeldentwicklung
- Forschungsinteresse und Untersuchungsplanung
- Ausgesuchte Ergebnisse
- Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zur Akademisierung der Pflege

Vor cirka zehn Jahren wurde mit der Akademisierung der Pflege in der BRD begonnen. Diese war berufs- und bildungspolitisch seit langem gefordert worden. Allgemeines **berufspolitisches Ziel** war es, Anschluss an den europäischen und außereuropäischen akademischen Standard der Pflege zu finden und ein antiquiertes berufliches Ausbildungssystem zu verbessern. **Die inhaltlichen Ziele** der Akademisierung waren auf die Konstituierung einer eigenständigen Disziplin Pflegewissenschaft auch in der Bundesrepublik Deutschland gerichtet. Dabei sollte es vor allem darum gehen, „jenen inhaltlichen und methodischen Zugang zu identifizieren, welcher die Pflege von anderen Handlungssystemen im Gesundheits- und Sozialwesen – insbesondere ärztlichen, physio-, psycho- und soziotherapeutischen, aber auch gesundheitspädagogischen und sozialfürsorgerischen Ansätzen – spezifisch unterscheidet. Berufsgruppen, deren definierender Kern personenbezogene Pflege ist,... sollen ihr professionelle Identität daraus ableiten können" (Robert Bosch Stiftung 1996, S.1). Allerdings gab es neben den berufs- und bildungspolitischen Begründungen auch ebenso wichtige **gesundheitspolitische Absichten**, die mit der Akademisierung der Pflege verfolgt wurden. Pflegebedürfnisse werden immer komplexer und setzen in Verbindung mit der zunehmenden Verlagerung von Pflege aus dem stationären in den ambulanten Bereich neue Prämissen und verlangen Umorientierungen und die Erschließung neuer Aufgabenfelder wie Qualitätssicherung im pflegerischen Handeln, Gesundheitsförderung, Beratung von Angehörigen, Zusammenarbeit mit Laien, Kompetenzen im Umgang mit Alltagsproblemen und Rehabilitationsaufgaben sowie die Koordinierung von Leistungen unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitsdienste. Um diese hochgesteckten Ziele erreichen zu können, war es erforderlich, Ausbildungsvorausset-zungen dafür zu schaffen, dass berufs- und arbeitsplatzübergreifende Aufgaben übernommen werden können (vgl. Rennen-Allhoff 2000, Görres et al. 2000).

So wurde die Etablierung von Studiengängen von ermutigenden Prognosen in Bezug auf den Bedarf begleitet. Beispielhaft seien hier die Bedarfsschätzungen des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover genannt, welche dieses im Jahre 1994 vorlegte. Diese Bedarfsschätzung wurde im Auftrag einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Kultusministerkonferenz / GMK, erweitert um ASMK durchgeführt, welche sich mit den Möglichkeiten der Einrichtung von Studiengängen im Tätigkeitsfeld Gesund-

heitswesen befasste. Für herausgehobene Funktionen in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Behindertenpflege wurde der allgemeine Bedarf an AbsolventInnen universitärer und Fachhochschulgänge Pflege insgesamt auf zwischen 17.700 und 18.830 Beschäftigte mit einer dieser Qualifikationen benannt. Aus dieser Bedarfsschätzung wurden in unterschiedlichen Varianten die Zahl der Studienplätze für StudienanfängerInnen berechnet. Die Robert Bosch Stiftung legte sogar eine weitaus höhere Bedarfsrechnung vor (Ausbildung von ca. 60 000 PflegeakademikerInnen), mit Blick auf die Entwicklungen in einigen westeuropäischen Nachbarländern, in denen bis zu 10% aller Pflegekräfte über einen Hochschulabschluß verfügen (Robert Bosch Stiftung 1992, S.169). Diese rein quantitativen Bedarfsanalysen stellten eine weitere wichtige Begründung für die Einrichtung der Pflegestudiengänge dar.

So sieht der Stand der Akademisierung heute folgendermaßen aus:

- An einigen wenigen Universitäten gibt es Studiengänge für Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik.
- An cirka 30 Fachhochschulen gibt es Studiengänge mit den drei unterschiedlichen Studienrichtungen Pflege (Pflegewissenschaft), Pflegemanagement, Pfle-gepädagogik. In der Regel wurde bisher hier nicht grundständig im Sinne einer akademischen Primärqualifikation studiert, sondern als „Aufbaustudium" nach einer Berufsausbildung. Den wenigen primärqualifizierten Akademikern in der Pflege fehlt bisher noch die berufsrechtliche Anerkennung.
- Es gibt postgraduierte Aufbau-Studiengänge z.B. in Public Health, Gesundheitsökonomie aber auch in Pflegewissenschaft. Daraus ergeben sich entsprechend Promotionsmöglichkeiten an den Universitäten.

Fazit: Die Pflege in der BRD ist in bedeutendem Umfang eine Ausbildungsberuf geblieben. Die Akademisierung geschah bisher schwerpunktmäßig aufbauend auf eine Berufsausbildung. Da bildungspolitisch und berufspolitisch die Bedingung eines Berufsabschlusses für ein Hochschulstudium auf Dauer unhaltbar ist, werden mittlerweile an den Fachhochschulen Modellstudiengänge konzipiert, in denen Pflege primärqualifizierend studiert werden kann (z.B. mit der Möglichkeit nach berufsrechtlicher Anerkennung auf der Basis der EU-Richtlinien, z.B. in Fulda).

Studiengänge, Professionalisierung und Berufsfeldentwicklung

Die Studienrichtungen Pflegepädagogik und Pflegemanagement qualifizieren für traditionelle Berufsfelder in der Pflege, wie PflegelehrerIn oder PflegedienstleiterIn. Die Berufsfeldentwicklung soll dagegen vornehmlich vom pflegewissenschaftlichen Studium ausgehen. „Es sind PflegeexpertInnen, die mit dem Studium das Ziel verfolgen, maßgeblich den Theorie-Praxis-Transfer zu gestalten und somit stimulierend in die pflegerische Praxis einzugreifen: zum Beispiel bei der Qualitätssicherung, bei der Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsformen, bei der Einführung neuer Pflegekonzepte und Organisationsmodelle, bei der Beratung sowie bei der betrieblichen Fort- und Weiterbildung und der fachlichen Supervision" (Robert Bosch Stiftung 1996, S.19). Um solchen Anforderungen gerecht zu werden, ist die Ausrichtung dieses Pflegestudiums generalis-tisch, d.h. sie richtet sich an alle Altersgruppen (es gibt keine Unterteilung in Kinder- Alten- und Krankenpflege) und sie richtet sich auf alle Institutionen (keine Teilung zwischen ambulanter und stationärer Pflege). In einem generalistischen Studiengang werden entsprechend umfassende pflegewissenschaftlich fundierte Qualifikationen erworben, die die Absolventen befähigen sollen, den veränderten pflegerischen Anforderungen im Gesundheitswesen auf allen unterschiedlichen Ebenen gerecht zu werden. Sie sollen sowohl managementbezogene als auch forschende, lehrende und beratende Tätigkeiten in der Pflege übernehmen können, um

1. als sogenannte „change agents" den gesamte Beruf auf eine professionelle Basis zu stellen und

2. neue übergreifende berufliche Handlungsfelder der Pflege zu erschließen (auch außerhalb der traditionellen Pflege-Patient-Interaktion).

Diese Erwartungen werden akklamatorisch von außen an die AbsolventInnen gerichtet oder sie machen sich diese im Rahmen persönlicher Aufstiegshoffnung auch selbst zu eigen. Der Zeitpunkt zu dem dies geschieht, birgt Chancen auf Verwirklichung dieser ehrgeizigen Pläne, denn auf der Grundlage von Strukturveränderungen im Gesundheitssystem, die von Differenzierungs- und Spezialisierungstendenzen begleitet sind, geht es auch darum, Berufsrollen und Berufskompetenzen neu aufzuteilen und zu ordnen. Unter den allgemeinen Bedingungen von Ressourcenknappheit und einer sich stärker auf Care-Bedarfe hin orientierenden Bedarfslage der Bevölkerung hat die Berufsgruppe der Pflegenden hier durchaus zentrale Zukunftspotentiale anzubieten (vgl. Schaeffer/ Moers 1994, Weidner 1995, Bartholomeyczik 1997, Höhmann 1999).

Abgesehen von diesen hoffnungsvollen Spekulationen müssen wir uns allerdings auch die Frage stellen, was Professionalisierung in der Pflege konkret bedeutet. Geht es doch darum, einen Entwicklungssprung von einem mehr oder weniger schlecht qualifizierten Heil- und Hilfsberuf, vielfach immer noch ein religiös-humanistisch motivierter Dienst von Frauen, hin zu einer qualifizierten autonomen Berufstätigkeit zu vollziehen. Um die Anforderungen an einen solchen Entwicklungssprung zu verdeutlichen, ist eine kurze Hinwendung zu gängigen Professionalisierungstheorien hilfreich.

Im soziologischen Sinne werden zu den professionalisierten Berufen vor allem diejenigen Dienstleistungsberufe gezählt, „die ein systematisch entwickeltes wissenschaftliches Wissen auf Praxisprobleme anwenden, die von herausragender Bedeutung, sowohl für die betroffenen KlientInnen als auch für die Gesellschaft sind. Beim Vollzug dieser treu-

händerisch für die KlientInnen und die Gesellschaft übernommenen verantwortungsvollen Aufgaben unterliegen die Professionsangehörigen ausschließlich der Kollegialitätskontrolle" (Merten, Olk 1999, S. 956). Diese Definition trifft am ehesten für Geistliche, Ärzte und Juristen zu. Obwohl die Pflege durchaus Dienstleistungen von „zentraler Bedeutung für die KlientInnen als auch für die Gesellschaft„ anzubieten hat, ist sie als Beruf noch weit von der hier beschriebenen Autonomie entfernt. Dieses am ehesten als machttheoretisch zu bezeichnendes Professionskonzept ist auch nicht unwidersprochen geblieben. Gerade mit der Expansion des Dienstleistungssektors, mit der Entwicklung neuer Tätigkeits- und Aufgabenfelder wurde vor allem von Interessenträgern immer wieder auf dessen begrenzte Reichweite verwiesen. Man bezog sich jetzt vielmehr auf Parsons, dessen „funktionalistischer„ Ansatz andere Akzente setzte: für ihn zeichnen sich gerade Professionen des Dienstleistungssektors dadurch aus, dass sie sich entgegen den sonst herrschenden Werten der Wirtschaftsgesellschaft an einem „Dienstideal" orientieren und versuchen, diesem gerecht zu werden. Während also bei der machttheoretischen Perspektive die Vorrechte und Kontrollchancen von Professionen im Zentrum stehen (z.B. Larson 1977, Daheim 1982), ist der funktionalistische Denkansatz auf die Erfüllung eines Dienstideals ausgerichtet. Als einen Beitrag zu dieser Debatte entwickelte Etzioni (1969) das Konzept der semiprofessions, denen er SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, und Krankenpflegepersonal zuordnete. Auf diese Berufe – so seine Argumentation – träfen eben nur Teile der oben genannten Statusmerkmale zu.

Wiederum oft abgelehnt, weil zu eingeschränkte Aspekte berücksichtigend, wurde auch diese Konzept für unbefriedigend erklärt: Unter Zur-Hilfe-Nahme Parsonscher Ideen formulierte Oevermann (1978, 1981) eher handlungstheoretische Professionsmerkmale. Er stellt die folgenden Elemente professionellen Handelns in den Vordergrund:

- es gibt eine widersprüchliche Einheit von wissenschaftlichem Regelwissen und fallbezogenen Handlungserfordernissen,
- Interventionen erfolgen oft zwangsläufig ohne vorherige eingehende wissenschaftliche Begründung, daraus ergibt sich quasi zwangsläufig
- die Achtung vor der Autonomie der KlientInnen und
- dass keine vollständigen Handlungsstandards vorliegen können.

Aus diesen Charakteristika ergeben sich wohl die konkretesten Entwicklungserfordernisse im Professionalisierungsprozess der Pflege: im Studium müssen Kompetenzen vermittelt und erworben werden, damit in komplexen Situationen unter Abwägung sehr unterschiedlicher Erfordernisse angemessene Entscheidungen gefällt werden können oder, auf den Punkt gebracht: Qualifizierung in der Pflege muss darauf ausgerichtet sein, Entscheidungssituationen zu meistern.

So versuchen die generalistisch ausgelegten Pflegestudiengänge mit einer möglichst breiten Wissensbasis den inhaltlichen Anforderungen eines solchen Professionalisierungskonzeptes gerecht zu werden. Dabei geht es neben der Wissensbasis, die mehrheitlich sozialwissenschenschaftlich ausgerichtet ist, um die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen, also Fähigkeiten, die über das rein handwerkliche hinausgehen und zu komplexeren Sicht- und Handlungsweisen befähigen. Dies bezieht sich nicht nur auf den Umgang mit PatientInnen und ihren Angehörigen, ebenso gemeint sind damit Befähigungen zu veränderten Formen der kollegialen Zusammenarbeit, der Entwicklung einer fachlichen Austausch- und Diskussionskultur, sowie zum kompetenten Umgang mit Organisationsfragen. Für das Studium bedeutet dies, daß es hier um die Vermittlung selbstreflexiver und analytischer Fähigkeiten, ebenso wie Organisations- und Verhandlungsgeschick oder auch Moderations- und Kommunikationsfähigkeiten geht. In unterschiedlicher Schwerpunktsetzung sind die Studiengänge also darauf ausgerichtet:

- Fach- und Methodenkompetenz
- Managementkompetenz
- Pädagogische und beratende
- Kompetenzen
- Berufspolitische Kompetenzen
- Psychosoziale Kompetenz

zu vermitteln.

Aus der Betrachtung von Professionalisierungsversuchen anderer Berufsgruppen, zum Beispiel der SozialarbeiterInnen (Peters 1970) wissen wir jedoch sehr genau, dass die neuen Qualifikationen und die Anwendung professioneller Methoden allein sich noch längst nicht in einem „mehr" an Berufsprestige oder externer Kompetenzzuschreibung niederschlagen. Im Sinne einer intentionalen Professionalisierung (Peters 1970) können zwar Ausbildungsinhalte und -güte angehoben und aus den praktischen Berufsvollzügen weitgehend ausgelagert werden. Damit ist aber noch längst nicht sichergestellt, dass die Brauchbarkeit der erlernten Methoden und Kompetenzen in einem weitgehend tradi-tional geprägten Berufsfeld Anerkennung findet. Damit dies geschehen kann, sind gewöhnlich berufsstrukturelle Veränderungen erforderlich, wie zum Beispiel eine relativ strikte Differenzierung der Tätigkeitsfelder und des Gehaltsgefüges in direkter Abhängigkeit zum Ausbildungsniveau. Das bedeutete für die Pflege eine Entwicklung, gegen die sich gerade berufsständische Vertretungen sehr lange (erfolgreich) gewehrt haben.

Die AbsolventInnen, gerade generalistisch ausgerichteter Studiengänge stehen damit oft vor einer paradoxen Situation: persönlich gut qualifiziert, Hoffnungsträger intentionaler, auf Prestige und erweiterte Kompetenzen ausgerichteter Professionalisierungsforderungen, kommen sie in eine Praxissituation, in der sich die Widersprüchlichkeiten der ehemaligen Forderungen nach Kompetenzzuwachs der Berufsgruppe gegen sie zu richten droht. Verständlichweise lassen sich die traditionell ausgebildeten Pflegenden nur ungern mit den für sie oft bedrohlichen nicht-intendierten Folgen ihrer ehemals eigenen Qualifikationsforderungen konfrontieren: vorläufig als weitgehende „Modernisierungsverlierer" entwickeln sie zum Teil Schließungsstrategien gegen Neuqualifizierte, wie sich zum Beispiel im Rahmen neu formulierter Zugangs-

bedingungen für bestimmte Leitungstätigkeiten zeigen lässt. So werden pflegerische Leitungspositionen in Kliniken weitgehend nur noch für Studienabsolventinnen ausgeschrieben, die traditionelle Weiterbildungsqualifikation wird hier nur noch selten genannt (Müller-Mundt 1999).

Diese Entwicklung war Anfang der 90 er Jahre so noch nicht absehbar. Als die ersten AbsolventInnen der Studiengänge Pflegewissenschaft 1997 in die Praxis zurückkehrten, waren Lehrende, Studierende und PraxisvertreterInnen gleicherweise gespannt darauf, wie sich die ersten Pflegewirtinnen beruflich verorten würden. So brachten die ersten Bewerbungsgespräche teilweise die nüchterne Erfahrung, dass der neue Ausbildungsweg in verschiedenen Praxisfeldern nicht einmal bekannt war (siehe Brieskorn-Zinke 1997). Mittlerweile sind weitere Absolventenjahrgänge „auf dem Markt". Unserer Schätzung nach dürften inzwischen cirka 200 PflegewirtInnen mit generalistischer Ausbildung in der Praxis tätig sein. Einen Teil von ihnen haben wir über eine schriftliche Befragung zu ihrem beruflichen Verbleib erreichen können.

Zusammenfassend lassen sich die allgemeinen Fragestellungen, die uns zu Beginn der Studie im Hinblick auf die Professionalisierung und Berufsfeldentwicklung beschäftigten, wie folgt beschreiben:

Welche Einsatz- und Handlungsfelder ergeben sich aus der generalistisch angelegten breiten Qualifikation? Können derart weitreichende Vorstellungen, wie sie oben beschrieben wurden, in der Praxis des Gesundheitswesens Fuß fassen? Gelingt es den AbsolventInnen sich als change agents einzubringen und dabei zu helfen, die traditionell medizinabhängige Pflege auf eigene Füße zu stellen? Ist die pflegerische Praxis offen für sie? Werden pflegespezifische Aufgabenfelder mit Hilfe von akademischen Pflegefachkräften autonom reorganisiert? Können sich die Absolventinnen neue Berufs- und Handlungsfelder erschließen? Ist das Gesundheitswesen offen für eine Berufsfeldentwicklung auch außerhalb der klassischen Pflege-Patient-Interaktion? Finden PflegewirtInnen Positionen mit Vergütungen, die ihrem Studium angemessen sind?

Forschungsinteresse und Untersuchungsplanung

Ausgehend von den oben genannten pflegespezifischen Problemstellungen haben wir uns zunächst auch mit allgemeinen Fragestellungen bisheriger Berufseinmündungsstudien auseinandergesetzt, um langfristig auch Vergleiche zur Entwicklung der Berufseinmündung vergleichbarer Studiengänge zu ermöglichen. Dazu kam das fachhochschulspezifische Interesse der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (EFHD) auch einer Teilverantwortung der Ausbildungsstätte für die berufliche Verortung ihrer AbsolventInnen gerecht werden zu wollen. Die genannten drei Motive beeinflussten das Forschungsinteresse und strukturierten letztlich die Themenbereiche, mit denen sich die Studie befasste:

- berufliche Einmündung der AbsolventInnen
- mögliche Berufspositionen und Tätigkeitsfelder der PflegewirtInnen
- ausgewählte Determinanten, die die berufliche Einmündung beeinflussen
- Aussagen über die Zufriedenheit mit der neuen Berufssituation
- Aussagen zur Bewerbungssituation von PflegewirtInnen
- Aussagen zur Stellenfindung
- Verwertungsgehalt pflegewissenschaftlich relevanter Studieninhalte in der Praxis

Die Untersuchung war um die Erfassung möglichst aller AbsolventInnen der Studiengänge Pflegewissenschaft an den Fachhochschulen Darmstadt, Fulda und Frankfurt bemüht. Die Befragung erfolgte innerhalb der Jahre 1998, 1999 und 2000 jeweils ein Jahr nach Abschluß des Diploms. Sie umfasst also insgesamt die StudienabgängerInnen aus den ersten 3 Jahrgängen.

Zur Datengewinnung wurde die Methode der schriftlichen Befragung gewählt.

Der speziell für diese Verbleibstudie erarbeitete Fragebogen enthält in der Regel geschlossene Fragen mit Antwortvorgaben. Die wenigen offenen Fragen werden bei der Darstellung der Ergebnisse kenntlich gemacht.

Ausgewählte Ergebnisse

Unsere Ergebnisse beziehen sich also auf 107 Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen, die wir nachfolgend immer mit ST abkürzen werden.

Die folgende Darstellung ausgewählter Ergebnisse haben wir nach neun für die Professionalisierungsentwicklung interessierenden Fragestellungen unterteilt.

1. Welche berufliche Vorbildung brachten die ST für das Studium mit?

2. Welche Tätigkeiten haben die ST in ihrem praktischen Studiensemester ausgeführt?

3. Wie ist die berufliche Einmündung verlaufen?

4. In welchen Einrichtungen und Tätigkeitsfeldern sind die ST tätig?

5. Wie sehen die Beschäftigungsverhältnisse aus?

6. In welche Berufspositionen sind die ST eingemündet?

7. Wie sieht es mit der Arbeitszufriedenheit aus?

8. Welche Merkmale stehen im Zusammenhang mit den Positionen, in die die ST eingemündet sind?

9. In welchen Zusammenhängen steht die Zufriedenheit der ST?

Die Rücklaufquote unserer schriftlichen Befragung liegt bei ca. 58% (107 von 186 Fragebögen wurden zurückgeschickt).

Studienort	Zahl der Fragebögen	Rücklauf	%
EFH Darmstadt	66	43	66%
FH Frankfurt	72	43	59%
FH Fulda*	45	21	46%

*In der Fachhochschule Fulda konnten zu Beginn der ersten Befragungsrunde die ersten AbsolventInnen nicht rechtzeitig über die Studie informiert werden.

Männer: 18.7%
Frauen: 81.3%..
Alter: range. 23 - 57 Jahre (84% zwischen 26 und 40 Jahren)

Damit ist in den Antworten in etwa das Geschlechterverhältnis des Berufsfeldes repräsentiert. Der hohe Altersdurchschnitt ergibt sich zum einen aus der Struktur des Qualifikationsweges zum anderen werden darüber Anforderungen an eine erwachsenengerechte Gestaltung des Studiums deutlich, in der zum großen Teil auf erhebliche Vorerfahrungen zurückgegriffen werden kann, die aber andererseits stets auch geprägt ist vom Erfordernis der Studierenden, ihren Lebensunterhalt zu sichern.

1. Frage: Welche berufliche Vorbildung brachten die ST für das Studium mit?

Mit Berufsabschluss vor Studium: (n=107)
93,5% der ST gaben an, vor dem Studium bereits eine Berufausbildung absolviert zu haben. Das war in der Regel eine pflegerische Berufsausbildung. Diese hohe Zahl der ST mit Pflegeausbildung ist für die ersten Jahrgänge typisch, da eine Ausbildung in den ersten Jahrgängen zum Teil noch als Pflichtvoraussetzung für das Studium galt.

Art des Berufsabschlusses vor dem Studium: (n=100, wobei 10% der ST über zwei Berufsabschlüsse verfügte.)

Der überwiegende Teil (85%) der Studierenden kam aus der Krankenpflege, nur 6% aus der Kinderkrankenpflege und noch weniger aus der Altenpflege (3%). Letzteres ist sicherlich auf die Studienvoraussetzung eines Hochschulabschlusses zurückzuführen, der in der Altenpflege eher eine Ausnahme ist. 10% der ST hatten vor dem Studium medizinische oder pflegerische Hilfsberufe wie Rettungssanitäter oder Pflegehelferin gelernt. Weitere 3% hatten bereits ein anderes Studium absolviert.

Von den ST, die bereits einen Abschluss in der Pflege mitbrachten hatten 35% zusätzlich noch eine Weiterbildung abgeschlossen. Diese waren jedoch mehrheitlich nicht in entsprechenden Positionen tätig.

2. Frage: Welche Tätigkeiten haben die ST in ihrem praktischen Studiensemster ausgeführt? (n= 103, Mehrfachantworten= 160)

Das praktische Studiensemester hat im Hauptstudium eine zentrale Funktion: es dient der Berufsfelderkundung, der Möglichkeit, gelernte Inhalte in der Praxis anzuwenden, eigene Stärken und Schwächen und Vorlieben zu erkennen aber auch sich möglicherweise ein Tätigkeitsfeld für die Zeit nach dem Studienabschluss „zu schaffen". In der Regel werden im praktischen Studiensemester ein oder zwei Aufgabenstellungen aus der Praxis theoriegeleitet bearbeitet. Die Einsatzfelder im praktischen Studiensemester deuten stark auf eine neue Orientierung der Pflegewirte hin und gleichermaßen auf eine sehr hohe Erwartungshaltung seitens der Praxis: die Studierenden geben an, zu ca. einem Drittel in die Mitarbeit an systemischen empirischen Erhebungen eingebunden gewesen zu sein, zu jeweils einem Fünftel im Bereich Qualitätsentwicklung und Konzeptentwicklung, sowie zu 15% in den Bereichen Fortbildung und Beratung sowie dem neuen Feld der Gesundheitsförderung. Darüber hinaus gab es viele Einzelbereiche, die jedoch nur vereinzelt genannt wurden, zu jeweils ca. 5%: Controlling, EDV; Pflegebegutachtung; Literaturarbeiten; praktische Pflege.

Unter dem Blickwinkel, dass die Arbeiten des praktischen Studiensemesters von den Studierenden häufiger als „Vorarbeiten" zu Diplomarbeiten genutzt werden, wird hier der konzeptionelle Anspruch der Arbeit der PflegewirtInnen deutlich. Sie wählen Einsatzbereiche und Themen, um neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Inhalte in die Praxis der pflegerischen Arbeit einzubringen.

3. Frage: Wie ist die berufliche Einmündung ein Jahr nach Abschluss des Examens verlaufen:

Einmündungsquote: (n=98)
92% der ST hatten ein Jahr nach Abschluss des Studiums einen Arbeitsplatz. Dabei ist es wichtig anzumerken, dass diese Frage zunächst nur allgemein nach beruflich eingemündet oder beruflich nicht eingemündet gestellt war. Die ST entschieden selbst, ob sie sich beruflich angemessen ihres Ausbildungsstandes verortet fühlen oder nicht.

Nicht eingemündet: (n=9)
8% der ST gaben an, ein Jahr nach Abschluss nicht beruflich eingemündet zu sein. Die Gründe hierfür waren sowohl Familienpause (3 Angaben) als auch kein geeigneter Arbeitsplatz (5 Angaben).

Einmündungszeit:
Der Median der Einmündungszeit liegt bei zwei Monaten, d.h. 50% haben innerhalb von zwei Monaten ihre erste Arbeitsstelle angetreten. Die durchschnittliche Einmündungszeit lag innerhalb der ersten drei Monate nach Abschluss. Diese Übergangszeit zwischen Studium und Beruf ist im Verhältnis zur Übergangszeit nach anderen Studienabschlüssen kurz. Laut einer kürzlich durchgeführten Umfrage des Wissenschaftlichen Zentrums für Berufs-

und Hochschulforschung der Universität Kassel (veröffentlicht im Spiegel Nr. 46/ 13.11.2000) liegt die durchschnittliche Übergangszeit in der BRD bei 5,5 Monaten (im Vergleich: Sozialarbeit-/pädagogik: 3.3 Monate, BMBf, 2000, S. 76). Nur Studierende des Bauingineurwesens (FH) hatten eine geringere durchschnittliche Übergangszeit (2,5 Monate) als die Studierenden der Pflegewissenschaft.

4. Frage: In welchen Einrichtungen und Tätigkeitsfeldern sind die ST tätig?

In unserer Befragung haben wir zunächst nach den Institutionen, in denen die ST arbeiten gefragt und erst dann nach den pflegewissenschaftlich relevanten Inhalten bzw. Tätigkeiten, die in den unterschiedlichen Institutionen ausgeführt werden. Bei beiden Fragen waren mehrere Antworten möglich, da einige ST auch parallel in unterschiedlichen Institutionen arbeiten und selbstverständlich PflegewirtInnen immer mehrere Tätigkeiten in einem Arbeitsbereich durchführen.

Institutionen, in denen ST tätig sind: (n=95 / Mehrfachnennungen möglich)

Die traditionellen stationären Arbeitsorte der Pflege, Krankenhaus (51%) und Altenheim (26%) machen auch für diplomierte PflegewirtInnen die überwiegenden Einsatzorte aus. Im ambulanten Bereich dagegen sind sie noch wenig vertreten, denn nur 18% arbeiten in einer Sozialstation, obwohl die Anzahl ambulanter Pflegedienste in den letzten Jahren rasant zugenommen hat. Weitere 18% arbeiten in Bildungs-/Forschungsinstitutionen. Neue Felder wurden vereinzelt erschlossen in öffentlichen Einrichtungen, Verbänden, Industrie und Verlagen insgesamt mit 20%.

Pflegewissenschaftliche Tätigkeiten, die die ST in den Einrichtungen ausführen: (n= 93 / es waren Mehrfachnennungen möglich)

Im Durchschnitt gaben die ST zwei bis drei Tätigkeitsbereiche an. Der Hauptanteil fiel auf die Felder Qualitätsentwicklung (72%), Management (50%) und Beratung (41%).

Forschung (20%) und Begutachtung (9%) erhalten ebenfalls Bedeutung. Der Politikbereich dagegen (Öffentlichkeitsarbeit, Interessenvertretung) nimmt noch kaum AbsolventInnen auf (3,2% der Angaben).

Interessant erscheint uns, dass 20% der ST angeben, weiterhin auch in der direkten Pflege tätig zu sein. Da dies bei den hier Antwortenden nicht mit höherer Unzufriedenheit mit der aktuellen Tätigkeit verbunden ist, könnte hier ein Hinweis liegen, daß PflegewirtInnen auch in der direkten Pflegepraxis in als change agents wirken können. Diese Interpretation bleibt anhand der derzeitigen Datenlage allerdings Spekulation, da die Arbeit in der direkten Pflege auch ganz andere Gründe haben kann.

5. Frage: Wie sehen die Beschäftigungsverhältnisse aus?

Bei der Frage nach „angestellt" oder „freiberuflich" (n=98, Mehrfachnennungen) gaben 87 ST an, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten und 15 ST freiberuflich. Einige ST, die Teilzeit angestellt sind , arbeiten gleichzeitig freiberuflich. Von den 25 FreiberuflerInnen sind 60% in Qualitätsentwicklungsprojekten und 20% in der Bildung beschäftigt.

Bei der Frage nach befristeten bzw. unbefristeten Arbeitsverhältnissen (n=87) gaben nur 58% der ST an, unbefristete Arbeitsverträge zu haben und von diesen wiederum nur 2/3 in Vollzeit. Für PflegewirtInnen gilt wohl mittlerweile ebenfalls das, was auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich wird: der Anteil befristeter Stellen und Teilzeitarbeitsverhältnisse ist relativ hoch und Freiberuflichkeit gewinnt an Bedeutung.

6. Frage: In welche Berufspositionen sind die ST eingemündet? (n= 94 Mehrfachnennungen möglich)

Die Berufspositionen wurden durch eine offene Frage erhoben, d.h. die ST haben die Positionsbezeichnungen selbst gewählt. Dabei wurde Position häufig mit Berufsbezeichnung bzw. Tätigkeit gleichgesetzt. Wir haben mit unseren Codierungen versucht so nahe wie möglich an dieser Realität zu bleiben und dabei doch etwas näher an den Positionsbegriff heranzurücken. 24% gaben an, in der Position einer PflegemanagerIn /PDL zu arbeiten. Dieser relativ hohe Anteil zeigt, dass es auch PflegewirtInnen mit generalistischer Ausbildung ins Management zieht und diese Posten nicht nur den AbsolventInnen der Pflegemanagementstudiengänge vorbehalten sind. 21% der ST arbeiten als BeraterIn in Qualitätsentwicklung und Bildung. Wie weit sich die Position der Beraterin von der einer Stabs-/Projektstelle, die zu 18% angegeben wurde unterscheidet, können wir anhand der Angaben nicht unterscheiden. Weitere 12% bezeichneten sich als AusbilderInnen bzw. DozentInnen, was wiederum sehr nahe an der BeraterIn für Bildung liegt. 11% arbeiten als Krankenschwestern. Das lässt unter den gegebenen Bedingungen Rückschlüsse auf möglicherweise nicht erfüllte Aufstiegshoffnungen zu.

21% der ST arbeiten in Positionen, die bisher von Pflegenden nicht besetzt waren, wie ReferentIn (4 ST), wissenschaftliche MitarbeiterIn (4 ST), GutachterIn (2 ST), ControllerIn (2ST) , InsititutsleiterIn (2 ST) und jeweils eine/einer als Autorin, VerkäuferIn, EDV-SpezialistIn und in pflegefremder Arbeit

Vergütung:

Die Bandbreite der Gehaltangaben ist groß und bewegt sich zwischen KR 11 und KR 5 und entsprechend zwischen BAT III und BAT VI. Der Durchschnitt liegt bei KR 8 und KR 7 und im BAT-Bereich bei BAT IV b. Von den FreiberuflerInnen bekommen 1/3 als Vollzeitbezahlung 5.500,00 DM und mehr. Die Angaben zum Stundenlohn bewegen sich zwischen 90,00 DM und 150,00DM (4 Angaben) und zwischen 40,00 DM und 89,00 DM (4 Angaben).

7. Frage: Wie sieht es mit der Arbeitszufriedenheit aus? (n=90

Über 80% der ST bezeichnen sich als sehr bzw. eher zufrieden mit ihrer Tätigkeit , 18% als unzufrieden bzw. eher unzufrieden. Wie wir aus anderen Arbeitszufriedenheitsforschungen wissen, ist bei solchen direkten Befragungen die Tendenz zur positiven Antwort immer rela-

tiv hoch und damit nur begrenzt aussagefähig.

Wir haben zusätzlich nach den Gründen der Zufriedenheit/Unzufriedenheit gefragt und dabei unterschiedliche Antwort-vorgaben gemacht.

Gründe für Zufriedenheit: (n=73/ Mehrfachantworten möglich)

Zufriedenheit mit Tätigkeit	59%
Zufriedenheit mit pflegewissenschaftlicher Relevanz	52%
Zufriedenheit mit Aufstiegsmöglichkeiten	25%
Zufriedenheit mit Arbeitszeiten	59%
Zufriedenheit mit dem Verdienst	30%
Zufriedenheit mit der Entfernung vom Wohnort	43%
Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Kollegen	75%
Zufriedenheit mit Selbständigkeit/Einflussmöglichkeit	33%
Interessanter Arbeitsplatz	18%
Sonstiges	16%

Die Angaben von Zufriedenheitsgründen beziehen sich relativ gleichgewichtig auf Tätigkeitsmerkmale, auf die Rahmenbedingungen der Arbeit und auf atmosphärische Merkmale. Auffällig ist die häufige Angabe zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den KollegInnen (75%). Das lässt durchaus Rückschlüsse auf eine zumindest persönliche Akzeptanz der PflegewirtInnen bei Ihren traditionell ausgebildeten KollegInnen zu.

Gründe für Unzufriedenheit: (n=15, Mehrfachantworten möglich)

Aufstiegsmöglichkeiten	60%
Verdienst	67%
Zusammenarb. mit Kollegen	67%
Pflegewissenschaftl. Relevanz	40%
Handlungsspielraum	27%

Die angegebenen Unzufriedenheitsgründe deuten auf strukturelle Blockaden hin wie mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten und mangelnder Verdienst. Die schlecht bewertete Zusammenarbeit mit den KollegInnen in Verbindung mit ungenügender pflegerischer Relevanz der Tätigkeit interpretieren wir als einen Aspekt mangelnder Akzeptanz der neuerworbenen Kompetenzen in der Praxis.

8. Frage: Welche Merkmale stehen im Zusammenhang mit den Positionen, in die die ST eingemündet sind?

In weiteren Fragestellungen haben wir nach Zusammenhängen zwischen einzelnen Merkmalen betrachtet wie z.B, ob ST in bestimmten Einrichtungen auch spezifische Tätigkeiten durchführen. Hier haben sich keine Tätigkeiten als einrichtungsspezifisch herauskristallisiert.

Des weiteren sahen wir nach Zusammenhängen zwischen erlangten Positionen und z.B. Berufsausbildung bzw. Weiterbildung vor dem Studium, Examensnote, Tätigkeiten im Praxissemester, Geschlecht. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Vorbildung und höherer bzw. niedrigerer Berufsposition. Das ist ein Hinweis darauf, dass es das Studium und / oder die Tätigkeit im praktischen Studiensemester war, die den Ausschlag für die Einstellung gegeben hat. Auch die Bedeutung der Abschlussnote erwies sich im Hinblick auf bestimmte Positionen als nicht relevant.

Bei der Bedeutung der Praxissemester allerdings sind wir fündig geworden. Die Tätigkeiten im Praxissemester haben wohl in unterschiedlicher Hinsicht Einfluss auf die spätere Berufstätigkeit. Diejenigen ST, die in Stabs- und Projektstellen und in Qualitätsberatung eingestiegen sind, haben ihr praktisches Studiensemester überwiegend in der Mitarbeit bei empirischer Forschung, Projektmitarbeit/ Konzeptentwicklung oder in Themenbereichen von Public Health absolviert. Diejenigen ST, die in neuen Bereichen, wie Pflegebegutachtung, Controlling, wissenschaftliche Mitarbeit oder EDV-Bereich eingemündet sind, haben sich gewöhnlich schon im praktischen Studiensemester mit dem Thema vertraut gemacht. Für Leitungspositionen spielte das Praxissemester allerdings keine Rolle. Diese ST haben ihre Praxissemester in unterschiedlichsten Bereichen absolviert.

Ein weiterer Zusammenhang hat sich beim Geschlecht gezeigt. Obwohl wir insgesamt eine große Ungleichverteilung zwischen männlichen und weiblichen ST haben, ergeben sich in Bezug auf die bekleideten Positionen doch einige interessante Ergebnisse: So arbeiten z.B. Männer zu 1/3 mehr im Management (31%), Frauen dagegen nur zu 21%. Im Bereich Qualitätsberatung arbeiten Frauen zu einem ungefähr doppelt so hohen Prozentsatz als Männer (21% zu 12%). Im Ausbildungsbereich als Dozentin arbeiten nur Frauen und im EDV-Bereich nur Männer. Was die Tätigkeit in der direkten Pflege anbelangt sind beide Geschlechter prozentual in etwa gleich häufig vertreten. (Frauen 11% und Männer 13%).

9. Frage: In welchem Zusammenhang steht die Zufriedenheit der ST mit der Arbeitssituation?

ST, die angegeben haben, dass sie zufrieden sind mit ihrer Tätigkeit und als Grund dafür u.a. die pflegerische Relevanz der Tätigkeit genannt haben, machen diese Aussage unabhängig von der Höhe ihres Einkommens. Sie arbeiten zu 50% im Krankenhaus, zu 26% im Altenheim und zu 21% in Bildungseinrichtungen. Das entspricht der durchschnittlichen Beschäftigungsverteilung und lässt keinen Zusammenhang zwischen Zufriedenheitsäußerungen und der Arbeit in einem spezifischen Bereich erkennen. Interessant erscheint uns allerdings doch, dass im ambulanten Bereich die Quote der Zufriedenen ungefähr auf die Hälfte sinkt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse unserer Verbleibsstudie bieten ein heterogenes Bild. Rein quanti-

tativ ist die Einmündung der generalistisch ausgebildeten PflegewirtInnen bisher sehr positiv verlaufen. Dafür sprechen die kurzen Übergangszeiten und die hohe Einmündungsquote von 92%, wobei allerdings die Rücklaufquote von 58 % mit zu beachten ist.

Es gibt eine Konzentration auf Arbeitsfelder im klinisch-stationären Bereich. Interessant erscheint hier eine Bezugnahme auf eine relativ umfangreiche Analyse des Arbeitsmarktes für akademisch ausgebildete Pflegekräfte aus den Jahren 1996-98, in der eine Auswertung von 4000 Stellenanzeigen vorgenommen wurde. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass es eine Angebotskonzentration von akademischen Pflegestellen im stationären Bereich gibt. „Hier ist der Arbeitsplatz-Hauptanbieter eindeutig das Krankenhaus und somit ist es auch die Krankenpflege, die als Einsatzgebiet für Pflegeakademiker allen anderen Subspezialisierungen weit voraus ist." (Kuhlmey et al 1998, S.87). Die Ergebnisse der Stellenanzeigenanalyse zeigen aber auch, dass der Arbeitsmarkt durchaus facettenreich auf das neue Berufsprofil Pflegewirt/ Pflegewirtin reagiert, da von den 4000 Stellenanzeigen 500 außerhalb der klassischen Arbeitsbereiche angesiedelt waren: „Dazu gehören beispielsweise pflegespezifische Organisations- und Peronalberatungsunternehmen, Verbände, Fachbuchverlage, Unternehmen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittelindustrie sowie Kommunen." (ebenda S. 89). Diese zwar zögerliche, aber durchaus vorhandene Berufsfeldentwicklung spiegeln unsere Daten ebenfalls wider.

Deutlich wird, dass eine Verortung im Krankenkassen- Pflegekassenbereich und hier speziell in der Pflegebegutachtung bislang kaum erfolgt ist. Das zeigt, dass mit Einführung der Pflegeversicherung und des Gesundheitsstrukturgesetzes zwar vermehrt pflegefachliche und gesundheitspädagogische Aufgaben an die Pflege herangetragen werden und diese auch besondere Beachtung in den Pflegestudiengängen erfahren, aber die Pflege- und Krankenkassen, wohl aus Kostengründen, keine adäquaten Stellen zur Verfügung stellen. Weiterhin erscheint uns bemerkenswert, dass trotz des starken Zuwachses ambulanter Pflegedienste in den letzten Jahren, akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte dort nicht entsprechend den Erwartungen haben Fuß fassen können. Diese Entwicklung ist um so bedauerlicher, als gerade dem ambulanten Sektor zunehmend Pflegefach-lichkeit und komplexes Versorgungsmanagement abverlangt wird. Zudem wird dem ambulanten Bereich seit Jahren von der Gesundheitspolitik Motorfunktion für die Erneuerung des Gesundheitswesen zu gesprochen. Tatsächlich aber scheinen die aktuellen Rahmenbedingungen nicht dazu geeignet, die dringend erforderlichen und neu bereitgestellten innovativen Qualifikationen auch wirklich in den ambulanten Bereich einfließen zu lassen.

Solange weiterhin solche widersprüchliche politische Impulse zu verzeichnen sind: auf der einen Seite die öffentliche Forderung nach mehr Kompetenz und Professionalisierung auf der anderen Seite restriktive Rahmenbedingung seitens der Gesetzgeber, Verbände und Kassen, dazu eine ambivalente Standespolitik, die die Geister, die sie rief, nun versucht zu ignorieren, solange wird es für die neuerworbenen Kompetenzen keine strukturell passenden Einmündungskanäle geben. Es bleibt damit in hohem Maße dem Geschick und der Findigkeit der einzelnen AbsolventInnen überlassen, angemessene Tätigkeit und z.T. auch Nischen oder Schlupflöcher zu finden.

Die Etablierung generalistisch ausgebildeter Pflegewirte wird Zeit benötigen und verlangt sowohl den Absolventinnen als auch den Verantwortlichen für die Studiengänge Geduld und Flexibilität ab, allerdings unter Wahrung einer beharrlichen Zielorientierung, die die ursprünglich angesprochene Professionalisierungsrichtung und die damit verbundene Berufsfeldentwicklung nicht völlig aus den Augen verliert.

Die hier vorgestellten Ergebnisse, die auch als Erfolgsmeldungen einzelner Akteure gewertet werden können, dürfen nicht über noch ungelöste Strukturprobleme hinwegtäuschen. Gerade in dieser Situation sind vor allem die Berufs- und Interessenvertertungen der Pflege gefordert, widersprüchliche Haltungen aufzugeben und ihre potentielle Rolle, wie Landenberger (1998) es ausdrückt, als „Innovatoren des Gesundheitssystems" auch konsequent wahrzunehmen.

Kontakt:
Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Prof. Ulrike Höhmann
Evangelische Fachhochschule
Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft,
Zweifalltorweg 12,
64293 Darmstadt

Literatur:

Brieskorn-Zinke, M. (1997) PflegewirtInnen in der Praxis. In: Pflegezeitschrift 12/97, S.727 – 729

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2000) Hochschulstudium und Beruf, BMBF, Bonn

Mühlum, A.; Bartholomeyczik, S.; Göpel, E. (1997) Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Freiburg, (bes. Kap. 1.2, 4.2)

Daheim, H.-J. (1982) Zu einer Zwischenbilanz der soziologischen Berufsforschung, in: Schmidt, G.; Braczyk, H.-J.; v.d. Knesebeck, J. (Hrsg.) Materialien zur Industriesoziologie, Opladen

Görres, S. ; Hinz, I.M.; Krippner, A.; Zerwas, M. (2000) Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland: Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven, in: Pflege, 1 (13) S. 33-41

Höhmann, U. (1999) Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege?, in: Pflege und Gesellschaft 1, (4) S. 8-13

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (1995) Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen. – Eine Bedarfsschätzung –. IES-Berichte, 112.95, Hannover

Kuhlmey, A.; Winter, M. (1998) Pflegeeliten und ihre Berufschancen. Forschungsbericht

Landenberger, M. (1998) Innovatoren des Gesundheitssystems, Bern et al.

Larson, M.; S.(1977) The rise of professionalism, Berkeley

Merten, R.; Olk, T. (1999) Soziale Dienstleistungsberufe und Professionalisierung, in: Albrecht, G.; Groenemeyer, A.; Stallberg, F. : Handbuch Soziale Probleme, Wiesbaden/Opladen

Müller-Mundt,G. (1999) Pflegemanagement: Karrierechancen und -muster. Frankfurt/Darmstadt, Manuskript

Oevermann, U. (1978) Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz. Einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsmäßiger Studiengänge für Soziologen und Politologen. Frankfurt, Manuskript

Oevermann, U. (1981) Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Berlin. Manuskript

Peters, H.(1970) Die mißlungene Professionalisierung der Sozialarbeit, in KZFSS 2, (22) S. 335-355

Rennen-Alhoff, B. (2000) Qualifikatorische Rahmenbedingungen: berufliche Bildung in der Pflege, in: Rennen-Allhoff, B. ; Schaeffer, D. (2000) Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992) Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 28; Gerlingen, Bleicher Verlag

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996) Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift, Materialien und Berichte 46

Schaeffer, D.; Moers, M. ; Rosenbrock, M. (1994) Public Health und Pflege, Berlin

Weidner, F. (1995) Professionelle Pflegepraxis, Mabuse, Frankfurt

Der DV Pflegewissenschaft im Internet
http://www.dv-pflegewissenschaft.de

Kontakt Geschäftsstelle: Info@dv-pflegewissenschaft.de

Redaktion Pflege & Gesellschaft:
Pflege-Gesellschaft@dv-pflegewissenschaft.de

Webmaster: Webmaster@dv-pflegewissenschaft.de