

# **Pflegen lernen in Afghanistan**

## **- Qualifizierungspraktiken und Bildungsziele -**

### **Master-Thesis**

zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Arts

im Studiengang: Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe

Modul 11 „Masterabschlussmodul“

Vorgelegt von:

Katrin Arianta, B.Sc.

SoSe 2016

Erst-Gutachterin: Frau Dr. Dieterich

Zweit-Gutachterin: Frau Prof. Dr. Clement

Kassel, den 05.09.2016

*Ich bin ein Kind aus Afghanistan,  
das keinen Vater hat.*

*Als ich drei war flohen wir in den Iran,  
wir wollten nur leben und glaubten daran,  
dort fände die Zukunft statt.*

*Die Zukunft währte zehn Jahre lang,  
war nicht arm, aber schlecht genährt.  
Ein Leben am Rande im Abgesang.  
Wir flohen erneut, denn uns wurde bang,  
dass uns was widerfährt.*

*Doch wohin? Wohin? Wer nimmt uns auf?  
Wo finden wir Sicherheit?  
Die Heimat ist im Ausverkauf.  
Die Taliban haben freien Lauf.  
Zum Frieden ist's noch weit.*

*In Deutschland soll es sicher sein.  
Da soll es Bildung geben.  
Da gibt es Schulen und Büchereien  
und Arbeit und Essen und kein Schwein  
trachtet dir nach dem Leben.*

*Saïd Alï Eftekhari (2015)*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung und Hinführung zur Problemstellung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Die internationale Perspektive in der Berufsbildungsforschung .....</b>	<b>5</b>
2.1 Der Vergleich in der internationalen Berufsbildungsforschung .....	5
2.2 Paradigmen und Methodik der international vergleichenden Berufsbildungsforschung .....	7
<b>3 Ordnungsschemata zur Kennzeichnung beruflicher Qualifizierungspraktiken .</b>	<b>11</b>
<b>4 Pflegebildung auf internationalem Terrain .....</b>	<b>13</b>
4.1 Den Blick schärfen für die Pflegebildung im Ausland .....	13
4.2 Forschungsstand zu internationalen Länder- und Vergleichsstudien in der Pflegebildung.....	14
4.3 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflegefachberuf und bei Hebammen der WHO .....	19
4.4 International Council of Nurses Nursing Education Network .....	21
<b>5 Vom Input zum Outcome in der beruflichen Bildung.....</b>	<b>22</b>
<b>6 Formales, nicht-formales und informelles Lernen .....</b>	<b>24</b>
<b>7 Forschungskonzeption .....</b>	<b>25</b>
7.1 Methodologische Forschungsrichtung und Differenzierung der Fragestellung ...	25
7.2 Methodenwahl und allgemeiner Forschungsablauf .....	28
7.3 Feldzugang.....	31
7.4 Beschreibung der Grundgesamtheit .....	32
7.4.1 Dokumentenanalyse .....	32
7.4.2 Experteninterviews.....	38
7.5 Bestimmung des Erhebungsinstrumentes für die Experteninterviews .....	40
7.6 Durchführung der Experteninterviews .....	42
7.7 Bestimmung des Analyseverfahrens.....	43
7.7.1 Dokumentenanalyse .....	43
7.7.2 Experteninterviews.....	46

<b>8</b>	<b>Pflegen lernen in Afghanistan - Darstellung und kontextuelle Einbettung der Ergebnisse.....</b>	<b>49</b>
8.1	Afghanistan - ein Land im Umbruch? .....	49
8.1.1	Geographie .....	49
8.1.2	Bevölkerungs- und Sozialstruktur .....	49
8.1.3	Religion .....	51
8.1.4	Politische und ökonomische Entwicklungen seit den 1970er Jahren .....	52
8.1.5	Bildungswesen .....	54
8.1.6	Gesundheitswesen.....	58
8.2	Formales nicht-akademisches Pflegenlernen.....	61
8.2.1	Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung .....	61
8.2.2	Rechts- und Verwaltungsrahmen .....	64
8.2.3	Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden.....	66
8.2.4	Lehrende.....	67
8.2.5	Bildungsziele .....	69
8.2.6	Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken.....	72
8.2.7	Lehr-Lern-Arrangements .....	74
8.2.8	Evaluationspraktiken .....	76
8.3	Formales akademisches Pflegenlernen .....	76
8.3.1	Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung .....	76
8.3.2	Rechts- und Verwaltungsrahmen .....	77
8.3.3	Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden.....	77
8.3.4	Lehrende.....	78
8.3.5	Bildungsziele .....	79
8.3.6	Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken.....	80
8.3.7	Lehr-Lern-Arrangements .....	81
8.3.8	Evaluationspraktiken .....	82
8.4	Nicht-formales und informelles Pflegenlernen.....	82
8.4.1	Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung .....	82
8.4.2	Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden.....	84
8.4.3	Lehrende.....	85

8.4.4	Bildungsziele .....	86
8.4.5	Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken.....	86
8.4.6	Lehr-Lern-Arrangements .....	87
8.4.7	Evaluationspraktiken .....	87
8.5	Kontextuelle Interpretation .....	88
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>92</b>
9.1	Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Kontext.....	92
9.2	Bedeutung der Ergebnisse für die berufliche Integration afghanischer Pflegerkräfte in Deutschland .....	93
9.3	Kritische Methodenreflexion.....	96
<b>10</b>	<b>Fazit und Forschungsdesiderata.....</b>	<b>99</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
	<b>Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>XIX</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>i</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ACTD</b>	Afghanistan Center for Training and Development
<b>AK DQR</b>	Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen
<b>AKU</b>	Aga Khan University
<b>AKU-SON</b>	Aga Khan University School of Nursing
<b>ANM</b>	Auxiliary Nurse-Midwife
<b>B.Sc.</b>	Bachelor of Science
<b>BAMF</b>	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
<b>BHC</b>	Basic Health Center
<b>BMBF</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>BPHS</b>	Basic Package Health Sector
<b>BQFG</b>	Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz
<b>CBE</b>	Competency Based Education
<b>CE</b>	Comparative Education
<b>CEC</b>	Kommission der Europäischen Gemeinschaft
<b>CEDEFOP</b>	European Centre for the Development of Vocational Training
<b>CHC</b>	Comprehensive Health Center
<b>CHN</b>	Community Health Nurse
<b>D</b>	Dokument

---

<b>DESTATIS</b>	Statistisches Bundesamt
<b>DH</b>	District Hospital
<b>DIE</b>	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
<b>DIE</b>	Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
<b>Dpa</b>	Deutsche Presse-Agentur
<b>DVPA</b>	Demokratische Volkspartei Afghanistan
<b>EPHS</b>	Essential Package of Hospital Sector
<b>EQR</b>	Europäischer Qualifikationsrahmen
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>FNS</b>	Frontier Nursing Service
<b>GIHS</b>	Ghazanfar Institute of Health Sciences
<b>GIZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
<b>HNTPO</b>	HealthNettpo
<b>HP</b>	Health Post
<b>HSSP</b>	Health Service Support Project
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>ICNEN</b>	International Council of Nurses Nursing Education Network
<b>IHBB</b>	Internationales Handbuch der Berufsbildung
<b>IHS</b>	Institute of Health Sciences

---

<b>IMC</b>	International Medical Corps
<b>IMEI</b>	Intermediate Medical Education Institute
<b>IOM</b>	International Organization for Migration
<b>IP(en)</b>	Interviewperson(en)
<b>IW</b>	Institut der deutschen Wirtschaft Köln
<b>KIHS</b>	Kandahar Institute of Health Sciences
<b>KMK</b>	Kultusministerkonferenz
<b>KMU</b>	Kabul Medical University
<b>KrPfiAPrV</b>	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
<b>KrPfiG</b>	Krankenpflegegesetz
<b>MCH</b>	Mother and Child Health Program
<b>MDGs</b>	Millenium Development Goals
<b>MHE</b>	Ministry of Higher Education in Afghanistan
<b>MoPH</b>	Ministry of Public Health of Afghanistan
<b>NATO</b>	North Atlantic Treaty Organization
<b>NETNEP</b>	International Nurse Education Conference
<b>NGO</b>	Non-Governmental Organization
<b>NLN</b>	National League for Nursing
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung



---

<b>PABiS</b>	Pflegeausbildungsstudie Deutschland
<b>PH</b>	Provincial Hospital
<b>RH</b>	Regional Hospital
<b>S.</b>	Seite
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>TBA</b>	Traditional Birth Attendant
<b>UdSSR</b>	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken, Sowjetunion
<b>UH</b>	University Hospital
<b>UN</b>	United Nations
<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur
<b>USA</b>	Vereinigte Staaten von Amerika, United States of America
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VBBF</b>	Vergleichende Berufsbildungsforschung
<b>VE</b>	Vergleichende Erziehungswissenschaft
<b>VN</b>	Vereinte Nationen
<b>WHO</b>	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
<b>Z.</b>	Zeile
<b>ZEFP</b>	Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen

Abbildung 1 Skizze des Forschungsablaufes .....	30
Abbildung 2 Aufbau des afghanischen Gesundheitswesens.....	60
Abbildung 3 Bildungswesen in Afghanistan .....	xx

## Tabellen

Tabelle 1 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflege- und Hebammenberuf der WHO .....	i
Tabelle 2 Übersicht der analysierten Dokumente .....	xix

# 1 Einleitung und Hinführung zur Problemstellung

Bereits Georg Simmel thematisierte in seinem „*Exkurs über den Fremden*“ (1908) das der in ein anderes Land Wandernde ein Fremder ist und auch wenn er bleibt das Fremdsein ihn begleitet. Er gehört dazu und doch gehört er nicht dazu.

*„Der Fremde ist ein Element der Gruppe selbst, nicht anders als die Armen und die mannigfachen >>inneren Feind<< - ein Element, dessen immanente und Gliedstellung zugleich ein Außerhalb und Gegenüber einschließt.“ (Simmel 1908, S. 509)*

Mecheril (2010, S. 12 ff.) beschreibt dieses Phänomen als symbolische Grenze der Zugehörigkeit, die durch Migration zum Thema der Gesellschaft wird. Diese Grenze scheidet das Wir vom Nicht-Wir, wobei das Wir entscheidet, wer ihm zugehören darf und wer dem äußeren Kreis des Nicht-Wirs angehört (vgl. ebd.). Er fordert mit seinen theoretischen Ausführungen die Mehrheitsgesellschaft (das Wir) auf, diese von ihr selbst konstruierte Grenze verschwimmen zu lassen, indem es über die eigenen Strukturen die Fremden in ihren Kreis des Wirs eindringen lässt (vgl. ebd.). Integration ist das Schlagwort, um das es hierbei geht.

Im Zuge der in den letzten Jahren massiv gestiegenen Zahl der nach Deutschland migrierenden Flüchtlinge (vgl. BAMF 2015, S. 7 ff.) ist genau dies in den Mittelpunkt des aktuellen gesellschaftlichen Diskurses gerückt. Es ist zum politischen und gesellschaftlichen Ziel geworden die Integration der geflüchteten Menschen mit Bleibeperspektive voranzutreiben (vgl. Bundesregierung Deutschland 2012). Diehm und Radtke (1999, S. 125 ff.) verdeutlichen, dass für ein harmonisches Miteinander der verschiedenen Kulturen zunächst die strukturellen Barrieren beseitigt werden müssten (vgl. Diehm & Radtke 1999, S. 156 f.). Dies schließe unter anderem auch mit ein, den Menschen den Zugang zur Arbeitswelt zu ermöglichen und sie in diesem Sinne zu integrieren. Kühne (2009, S. 253) konstatiert, dass die Möglichkeit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der entscheidende Faktor erfolgreicher sozialer Integration sei. Erwerbstätigkeit erfülle im Sinne der Integration eine ökonomische und psychologische sowie sozial-emanzipative Funktion (vgl. ebd.). Am sinnvollsten erscheint es dabei den Migrantinnen und Migranten Zugang zur Ausübung ihres Ursprungsberufes zu ermöglichen. Zur Realisierung dieser Forderung ist am 01.12.2012 das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz BQFG) in Kraft getreten. Ziel dieses Gesetzes soll die *„bessere Nutzung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen für den deutschen Arbeitsmarkt [sein], um eine qualifikationsnahe Beschäftigung zu ermöglichen.“* (§ 1 BQFG). Neben dem Effekt der Integration stellt dieses Gesetz zudem für Mangelberufe Potential zur Gewinnung von Fachkräften dar.

Pflegeberufe zählen entsprechend der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (2014) zu den Berufen, die den größten Mangel in Deutschland aufweisen. Der Pflegenotstand ist ein aktuelles Thema im gesellschaftlichen Diskurs, da aufgrund dessen die ausreichende pflegerische Versorgung der stetig steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen nicht mehr nachhaltig gesichert ist (vgl. DESTATIS 2008). Nach den Einschätzungen von Afentakis und Maier (2010, S. 994) werden im Jahr 2025 etwa 265.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Die Möglichkeit geflüchtete Pflegekräfte in Deutschland in ihren Ursprungsberuf zu bringen, unterstützt somit nicht nur die Integration der Flüchtlinge, sondern ist gleichzeitig ein Instrument, um dem Pflegenotstand zu begegnen.

Seit dem 01.01.2014 haben ausgebildete Pflegekräfte aus dem Ausland in Deutschland die Möglichkeit ihre im Ausland erworbene Pflegeausbildung anerkennen zu lassen. Dies ist in § 2 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) sowie im § 20 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) geregelt. Pflegekräfte mit einem Ausbildungsnachweis aus einem Drittstaat müssen jedoch nach § 20b KrPflAPrV einen Anpassungslehrgang oder eine Kenntnisprüfung absolvieren, insofern *„ihre Ausbildung wesentliche Unterschiede zu der deutschen Ausbildung aufweist, die [...] nicht durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden konnten, die die Antragsteller im Rahmen ihrer nachgewiesenen Berufspraxis oder durch lebenslanges Lernen [...] erworben haben.“* (§ 20b Abs. 1 Satz 1 KrPflAPrV) Die Anträge werden nach § 20 Abs. 1 KrPflG von den zuständigen Behörden des Landes bearbeitet. Wird nach der Antragsprüfung den Antragstellerinnen und Antragstellern von der Behörde die Auflage der Absolvierung eines Anpassungslehrgangs oder einer Kenntnisprüfung erteilt, können sich diese an Bildungsinstitutionen, wie Krankenpflegesschulen, wenden, die diese Qualifizierungs- und Prüfungsmaßnahmen anbieten. Bislang gibt es noch keine konkreten Anhaltspunkte für deren curriculare Ausgestaltung. Es wäre wünschenswert, wenn die Anpassungsmaßnahmen an dem individuellen Bedarf der ausländischen Pflegekräfte ausgerichtet werden. Hierfür ist es mitunter entscheidend, Informationen über die Ausbildung zu haben, die die ausländische Pflegekraft in ihrem Heimatland absolviert hat. Ein Vergleich mit der Pflegebildung in Deutschland könnte folgend aufzeigen, welche Anteile gleich, ähnlich oder unterschiedlich sind. Die Ergebnisse könnten dann als Ausgangspunkt für curriculare Entscheidungen herangezogen werden.

Für die Entscheidung, ob sich die Ausbildung in dem Drittstaat wesentlich von der Pflegeausbildung in Deutschland unterscheidet, ziehen die Behörden von den Antragsstellern beigebrachte Ausbildungsnachweise mit einer Aufstellung von Fächern und Stunden heran (vgl. Kraus 2016). Bei geflüchteten Menschen liegen solche Ausbildungsnachweise in den meisten Fällen jedoch nicht vor (vgl. ebd., Dpa 2016). In diesem Falle müssen sich die

Behörden auf verlässliche Informationen über die Ausbildung von Pflegekräften in dem jeweiligen Drittstaat stützen. Nach Auskunft des Regierungspräsidiums Darmstadt, die nach § 20 Abs. 1 KrPflG zuständige Landesbehörde in Hessen, lägen solche jedoch für die Herkunftsländer der Flüchtlinge nicht bzw. nur unzureichend vor (vgl. Kraus 2016). Die Beurteilung der Anträge scheint somit nur bedingt möglich zu sein. Eine umfassende Darstellung der Praktiken beruflicher Qualifizierung von Pflegekräften in diesen Ländern und ein Vergleich mit der deutschen Pflegebildung sind daher dringend geboten. Die vorliegende Arbeit soll hierzu einen ersten Grundstein legen.

Zur Konkretisierung des Ziellandes ist es zunächst erforderlich zu klären, aus welchen Herkunftsländern Menschen nach Deutschland flüchten. Unter Betrachtung der aktuellen Asylgeschäftsstatistik (Stand Juli 2016) des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden im Jahr 2016 die meisten Erstanträge auf Asyl von Flüchtlingen aus den Ländern Syrien, Afghanistan und dem Irak gestellt (vgl. BAMF 2016, S. 2). Es ist festzustellen, dass die Anzahl von Asylanträgen bei afghanischen Flüchtlingen im Vergleich zu syrischen oder irakischen Menschen aktuell am stärksten zunimmt (vgl. BAMF 2016, S. 3). Afghanistan ist seit Mitte der 1980er Jahre nahezu immer eines der zehn zugangsstärksten Herkunftsländer der Asylbewerber und Asylbewerberinnen in Deutschland gewesen (vgl. BAMF 2015, S. 15). Knapp 50% der nach Deutschland geflüchteten afghanischen Flüchtlinge können nach aktuellen Daten des BAMF in Deutschland bleiben (vgl. BAMF 2015, S. 37; BAMF 2016, S. 7). Aufgrund der langfristig hohen Anzahl nach Deutschland migrierender afghanischer Flüchtlinge mit Bleibeperspektive, wird für diese Arbeit Afghanistan als Zielland bestimmt. Aktuelle Zahlen zur beruflichen Qualifikation afghanischer Flüchtlinge liegen nicht vor. Es wird allerdings angenommen, dass sich unter den afghanischen Migrantinnen und Migranten auch Pflegekräfte befinden, die potentiell über den § 20b KrPflAPrV in den Pflegeberuf einmünden könnten. Dies wird darin begründet, dass im Jahr 2004 Pflegekräfte zu den häufigsten Berufsgruppen afghanischer Migrantinnen und Migranten in Diasporage-meinden<sup>1</sup> in Deutschland zählten (vgl. Baraulina et al. 2006, S. 21).

Ziel dieser Arbeit ist es, die nationalen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan zu beschreiben und vor dem Hintergrund des gesamtgesellschaftlichen Kontextes zu interpretieren. In diesem Rahmen soll auch eruiert werden, inwieweit Bildungsziele identifiziert werden können. Dies bietet erste Einblicke in die Pflegebildung in dem für

---

<sup>1</sup> Diasporen sind Gemeinschaften, 1) deren Mitglieder sich von einem zentralen Ort an mindestens zwei andere, außerhalb dieses Zentrums liegende Orte zerstreuten, 2) die gemeinsame Visionen, Erinnerungen und Mythen ihres Herkunftslandes teilen, 3) die davon überzeugt sind, dass sie im Gastland keine vollständige Akzeptanz erfahren, 4) die ihr Heimatland als ihre wahres und ideales Zuhause betrachten und als den Ort, an den sie evtl. zurückkehren würden, wenn die Bedingungen dies zulassen, 5) die bestrebt sich an der Aufrechterhaltung sowie Wiederherstellung ihrer Heimat zu beteiligen und 6) die weiterhin in einer gewissen Art und Weise direkt oder indirekt Beziehungen zu ihrem Heimatland haben. (vgl. Safran 1991, S. 83 f.) Punkt 4 wird allerdings von einigen Kritikern als überholt betrachtet (vgl. Mayer 2005, S. 10).

uns fremden südasiatischen Land. Sie können als Grundlage für einen systematischen Vergleich mit der Pflegeausbildung in Deutschland verstanden werden, der nicht in seiner Gänze Gegenstand der hier dargestellten Untersuchung ist (s. Kapitel 7.1).

Zum Verständnis der Vorgehensweise bei internationalen Vergleichen von beruflichen Qualifizierungspraktiken wird in Kapitel 2 die internationale Perspektive der Berufsbildungsforschung dargestellt. Dabei wird die international vergleichende Berufsbildungsforschung einschließlich deren Paradigmen und Methoden näher betrachtet. Folgend werden im Kapitel 3 Ordnungsschemata vorgestellt, die zur Kennzeichnung beruflicher Qualifizierungspraktiken herangezogen werden können. In Kapitel 4 wird ein Blick auf die Pflegebildung im Ausland geworfen. Hierbei wird zunächst geklärt, weshalb dieser gewinnbringend ist. Anschließend wird der Forschungsstand zu internationalen Länder- und Vergleichsstudien in der Pflegebildung dargelegt, bevor international geltende Standards für die Pflegebildung erläutert und die Arbeit des International Council of Nurses Nursing Education Network (ICNEN) vorgestellt werden. Ausgehend von den aufgezeigten Studien, die zumeist einen Fokus auf das Outcome der Pflegebildung in den verschiedenen Ländern legen, wird in Kapitel 5 der Trend von der Input- zur Outcomeorientierung in der beruflichen Bildung erörtert. Unter der Prämisse, dass berufliche Bildung auf das Outcome ausgerichtet ist, spielt heute neben dem formalen auch das nicht-formale und informelle Lernen eine größere Rolle. Gerade in Ländern, in denen es kein Berufsbildungssystem gibt, sind nicht-formale und informelle Lernprozesse üblich. Die Begrifflichkeiten des formalen, nicht-formalen und informellen Lernens werden somit in Kapitel 6 definiert. Abgeleitet aus den theoretischen Darlegungen wird in Kapitel 7 die methodologische Forschungsrichtung dargestellt und eine Differenzierung der Fragestellung vorgenommen. Die gewählte methodenplurale Forschungsstrategie, die eine Dokumentenanalyse mit Experteninterviews und einer Literaturrecherche verknüpft, wird folgend beschrieben und begründet. In Kapitel 8 werden die Ergebnisse der Analysen anhand eines aus bereits erfolgten Vergleichsstudien abgeleiteten und auf das Entwicklungsland Afghanistan zugeschnittenen Kategoriensystems präsentiert. Nachdem der geographische, kulturelle, politische und ökonomische Kontext sowie das Bildungs- und Gesundheitswesen Afghanistans beschrieben wurden, wird auf die formalen, nicht-formalen und informellen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften sowie deren Bildungsziele eingegangen. Am Ende des 8. Kapitels erfolgt die Interpretation der dargestellten Ergebnisse vor dem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund. Es schließt sich Kapitel 9 an, in dem die Ergebnisse in den internationalen Kontext eingeordnet werden und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die berufliche Integration von afghanischen Flüchtlingen diskutiert werden. Kapitel 9 schließt mit einer kritischen Methodenreflexion ab. Am Ende wird in Kapitel 10 ein Fazit gezogen und weiterer Forschungsbedarf identifiziert.

## 2 Die internationale Perspektive in der Berufsbildungsforschung

### 2.1 Der Vergleich in der internationalen Berufsbildungsforschung

Die Erkenntnisse dieser Arbeit sollen als Basis für Entscheidungsprozesse im Rahmen der beruflichen Integration afghanischer Pflegekräften verwendet werden. Für eine begründete und fundierte Einschätzung, inwieweit die Rekrutierung und Anerkennung afghanischer Pflegekräfte in Deutschland möglich und sinnvoll ist und in welcher Form Qualifizierungsmaßnahmen auf sie zugeschnitten sein müssen, ist es entscheidend die Qualifizierungspraktiken beider Ländern näher zu betrachten und in Beziehung zueinander zu setzen. Zur Erfassung der Beziehungsmuster sei eine Unterscheidbarkeit der Pflegebildung in Afghanistan und Deutschland Voraussetzung (vgl. Frommberger & Reinisch 1999, S. 2). Eine solche schließe nicht ausschließlich Andersartiges sondern gleichermaßen Gleiches und Ähnliches mit ein (vgl. Hilker 1962, S. 101). Abgesicherte Informationen würden sich hierbei nur über einen systematischen Vergleich erschließen (vgl. Rothe 2001, S. 5).

Die Resultate der Vergleichsziehung leiten unser Urteilen und Handeln in allen Lebensbereichen (vgl. Oldemeyer 2001, S. 35). In der Wissenschaft sei er heute ein anerkanntes Mittel zur Generierung von Erkenntnissen (vgl. Frommberger & Reinisch 1999, S. 2). Oldemeyer (2001, S. 40) beurteilt das wissenschaftliche Vergleichen als eine der *„wichtigsten – und zugleich optimal überprüfbaren – heuristischen Funktionen.“* Systematische Vergleiche seien die Basis für weitere kognitive Überlegungen, die auf eine Bewertung der Vergleichsgegenstände und einer sich anschließenden Handlungsempfehlung und -entscheidung abzielen (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist der Vergleich ein Weg, um den verfestigten Vorstellungen über das eigene System zu entkommen und einen fremden Blick auf das Vertraute einzunehmen. Bereits Dilthey konstatierte im Jahr 1900, dass durch den Vergleich des Eigenen mit dem Fremden das Selbstverständliche der eigenen Lebenswelt besser verstanden werden könne (vgl. Dilthey 1900/1990, S. 317).

Im Kontext der Internationalisierung und Globalisierung der Bildungspolitik hat der Bedarf an vergleichenden Untersuchungen im Bildungssektor in der letzten Zeit enorm zugenommen (vgl. Mitter 1995, S. VGL-17; Lauterbach 2000, S. VGL-124 f.; Allemann-Ghionda 2004, S. 31 ff.). Werden Bildungsstrukturen verschiedener Länder miteinander verglichen, könne ein besseres gegenseitiges Verständnis sowie eine größere Akzeptanz bei auftretenden ökonomischen, politischen oder gesellschaftlichen Problemen erzielt werden (vgl. Mitter 1995, S. VGL-13). Vergleichen als grundlegende Methode vieler wissenschaftlicher Disziplinen habe daher auch in allen Bereichen der Erziehungswissenschaft Anwendung

gefunden (vgl. Mitter 1995, S. VGL-14). Es hat sich hieraus ein konkretes Forschungsfeld der Vergleichenden Erziehungswissenschaft (VE) im deutschen Sprachraum und der Comparative Education (CE) im amerikanischen Kontext entwickelt (vgl. Lauterbach 2003, S. 47). Ursprünglich hatten die beiden Disziplinen ein unterschiedliches Wissenschaftsverständnis (vgl. ebd.). Die VE verfolgte stets das hermeneutische Konzept der Geisteswissenschaft (vgl. ebd.). Die CE zählte sich hingegen zur Sozialwissenschaft. Heute werden sie aber als synonym betrachtet, da sie mittlerweile beide sozial- und geisteswissenschaftliche Ansätze miteinbeziehen (vgl. ebd.). Die kontroverse Theoriebildung innerhalb der VE und der CE sind daher aus diesen Ursprüngen heraus zu erklären (vgl. Mitter 1995, S. VGL-15 f.). Im Fokus beider Disziplinen steht die Frage nach der Variation der Erziehungssysteme bzw. der Erziehungsprozesse im internationalen Vergleich (vgl. ebd.).

Als Teildisziplin der VE bzw. CE wird die Ausländerpädagogik verstanden (vgl. Lauterbach 2003, S. 49). Sie richtet sich ausschließlich auf die Erforschung der pädagogischen Systeme und Institutionen des Auslands (vgl. ebd.). Erkenntnisse der Ausländerpädagogik können daher als deskriptive Grundlage für einen weiteren Vergleich im Rahmen der VE bzw. CE herangezogen werden (vgl. ebd.).

Die berufliche Bildung wurde bei internationalen Vergleichen der Bildungssysteme innerhalb der VE bzw. CE immer als ein Teil des Ganzen mituntersucht (vgl. Lauterbach 2003, S. 319). International wurde bislang keine eigenständige Disziplin eröffnet (vgl. ebd.). In Deutschland entwickelte sich hingegen aus den Basiswissenschaften VE bzw. CE die Vergleichende Berufsbildungsforschung (VBBF). Lauterbach (2003, S. 334) postuliert in seinem Resümee zur Frage nach einer eigenständigen VBBF, diese sehr junge Disziplin weiter voranzutreiben. Mit der VBBF könnten ethnozentristische Sichtweisen aufgebrochen werden (vgl. Lauterbach 2000, S. VGL-127). Diese seien häufig in einem Informationsdefizit begründet (vgl. ebd.). Werden die Berufsbildungssysteme verschiedener Länder in vergleichenden Studien transparent gemacht, wird der eigene Horizont erweitert. Um wieder auf Dilthey (1900/1990) zurück zu kommen, ist dadurch erst der fremde Blick auf das eigene Berufsbildungssystem möglich. Letztlich wird auch ein höheres Maß an Offenheit gegenüber dem Anderen erzeugt. Durch die Ablösung von den eigenen Strukturen wird es möglich zu akzeptieren, dass das eigene System nicht das Maß aller Dinge ist.

Da die berufliche Qualifizierung der Pflegekräfte in dieser Arbeit im Mittelpunkt steht, ist sie forschungstheoretisch übergeordnet in die VBBF einzuordnen. Aufgrund der Beschränkung auf das Ausland ist eine Einordnung in die Teildisziplin Ausländerpädagogik ebenfalls zutreffend.

Die Grundsätze einer Forschungsdisziplin sind wesentliches Kriterium für alle Entscheidungen im Forschungsprozess. Schließlich sind der Forschungsgegenstand und die jeweilige



Fragestellung unmittelbar mit dem konzeptionellen Forschungsdesign verwoben. Daher werden im Folgenden Paradigmen und Methoden der VBBF beleuchtet.

## **2.2 Paradigmen und Methodik der international vergleichenden Berufsbildungsforschung**

In der VE bzw. CE und auch der VBBF ist seit ihren Anfängen ein Kampf der Paradigmen zu verzeichnen (vgl. Mitter 1995, S. VGL-14). Wie in Kapitel 2.1 angesprochen, haben sich die VE und die CE anfangs hinsichtlich ihrer Wissenschaftsorientierung stark voneinander abgegrenzt. Heute findet diese Abgrenzung innerhalb der Forschungsdisziplinen statt. Es gibt Vertreterinnen und Vertreter, die ein hermeneutisches Verständnis als das einzig Wahre zu Klärung von Fragen der VE sehen. Auf der anderen Seite steht der phänomenologische Ansatz. Beide Zugänge gründen auf einem ‚Verstehen-Wollen‘ lebensweltlicher Gegebenheiten. Allerdings ist der Bezugspunkt ein anderer. Die Phänomenologie stützt sich auf die holistische Interpretation des Forschungsgegenstandes wohingegen die Hermeneutik verstärkt den historischen Kontext einbezieht (vgl. Lauterbach 2000, S. VGL-158).

Andere Forscherinnen und Forscher verfolgen hingegen einen völlig konträren Ansatz. Sie betrachten einen empirisch-analytischen Zugang als erfolgsversprechend. Empirisch-Analytische Forschungen seien in der VBBF immer mit größter Vorsicht zu interpretieren, da der statistische Vergleich anhand verschiedener Indikatoren schnell zu falschen Schlussfolgerungen führen könne (vgl. Lauterbach 1995a, S. VGL-28). Lauterbach (1995a, S. VGL-28) stellt im Internationalen Handbuch der Berufsbildung (IHBB) hervor, dass beispielsweise die OECD-Indikatoren für manche Länder falsch seien und es schnell zur Bildung von Stereotypen komme, da weitere Hintergründe nicht bekannt seien. Robinsohn (1973, S. 325) ist dagegen der Auffassung, dass eine Kombination der verschiedenen Forschungsansätze erfolgsversprechend sei. Adick (2008, S. 179) konstatiert, dass es nicht möglich sei etwas von innen heraus zu verstehen und im gleichen Zuge die Zusammenhänge der kulturellen und nationalen Besonderheiten mit der Bildung und Erziehung im idiographischen Sinne zu erklären. Sie fordert dazu auf, die hermeneutisch entstandenen Vorannahmen über die Interdependenzen im Weiteren empirisch zu validieren und theoretische Erklärungen zu entwickeln. So ist es heute in der VBBF gängig qualitative und quantitative Ansätze miteinander zu verzahnen (vgl. Mitter 1996, S. 641 ff.).

Vergleichen bedeutet in anschaulicher Art und Weise zu analysieren und zu ordnen (vgl. Hilker 1962, S. 99). Das wissenschaftliche Vergleichen sollte immer systematisch erfolgen. Hierfür sei neben den beiden Vergleichsgegenständen ein gemeinsames Drittes zu finden, das sog. Tertium Comparationis (vgl. Georg 2006, S.187, Hilker 1962, S. 99). Dieses diene als Vergleichsmaßstab (vgl. Georg 2006, S.187). Der Rückgriff auf die Begrifflichkeiten und

Konzepte nur eines Bildungssystems, ende bei einem Vergleich mit dem Bildungssystem eines anderen Landes in einer Sackgasse (vgl. Waterkamp 2006, S. 194). Es müssten neutrale Kategorien gewählt werden, so dass es beim Einordnen nicht dazu käme, dass die untersuchten Objekte verzerrt oder verkürzt werden (vgl. ebd.) Zur Konkretisierung des Dritten im Vergleich, gibt es wiederum zwei verschiedene Ansätze. Beim deduktiven Ansatz wird vor der Untersuchung ein Kategoriensystem definiert. Hierfür wird sich auf vorangegangenen Vergleichsstudien bezogen. Beim induktiven Ansatz werden die Variablen aus der Gegenstandsanalyse abgeleitet (vgl. Lauterbach 2000, S. VGL-163). Waterkamp (2006, S. 195) konstatiert, dass die Kategorien für den Vergleich ein grundlegendes Verständnis beider Vergleichsobjekte voraussetzen würden. Insofern sei die Konzeption des Tertium Comparationis immer ein hermeneutischer Vorgang. Er spricht sich dafür aus, dass die gewählten Kategorien nicht von anderen Untersuchungen übernommen werden dürften, da die zugrundeliegenden Problemstellungen meist nie die gleichen seien, wie in der eigenen Vergleichsstudie. Das Dritte im Vergleich, bestünde aus Kategorien, die beide Vergleichsobjekte übergreifen. Keinesfalls dürfe es einem Vergleichsobjekt entnommen werden. Vielmehr müsse es konstruiert werden. Dadurch würde eine Distanzierung vorgenommen werden, die verhindert, dass das eine am anderen gemessen würde. Waterkamp (2006, S. 194 ff.) distanziert sich somit deutlich von der Möglichkeit des deduktiven Vorgehens. Nach ihm sei es erforderlich das Tertium Comparationis im Verlauf des Vergleichs zu bilden, da es Verstehensprozesse über beide Objekte voraussetzt. Er geht so weit, dass er das Dritte im Vergleich als Zielpunkt der Komparation betrachtet. Seine Kategorien würden schließlich aufzeigen, in welchen Bereichen Unterschiede und Ähnlichkeiten bestünden. Die Entwicklung eines vollständigen Kategoriensystems für den Vergleich der Pflegebildung in Deutschland und Afghanistan kann daher nicht am Ende dieser Arbeit stehen. Dieses kann erst konstruiert werden, wenn das deutsche Pflegebildungssystem in seinen Besonderheiten systematisch beschrieben, in den gesamtgesellschaftlichen Kontext eingebettet und neben die Ergebnisse dieser Untersuchung gestellt wird. Erst mit dieser Gegenüberstellung können neutrale Vergleichskategorien konstruiert werden.

Mitter (1995, S. VGL-13) verdeutlicht im IHBB, dass eine nüchterne Beschreibung der Formen von Berufsbildung in verschiedenen Ländern allein nicht für ein Verständnis derer ausreichen würde. Es müsse in jedem Fall eine Einbettung in den historischen, wirtschaftlichen und ideologischen Kontext des jeweiligen Gesellschaftssystems erfolgen. Auf diese Weise wurden auch Bildungssysteme verschiedener Länder im IHBB dargestellt (vgl. Grollmann et al. 2014). Dieses liegt als Loseblattsammlung vor und wird kontinuierlich erweitert. Das afghanische Bildungssystem ist bislang noch nicht erfasst worden. Entsprechend dem von Mitter (1995, S. VGL-13) vorgeschlagenen Vorgehen beim Vergleich und den Ausführungen im Internationalen Handbuch für Berufsbildung (vgl. Grollmann et al. 2014) sollen die

Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan in dieser Arbeit nicht nur beschrieben, sondern ebenfalls vor dem gesamtgesellschaftlichen System interpretiert werden.

Der Vergleich kann verschiedene Ziele verfolgen. Dient der Vergleich der Deskription und Explikation anderer Bildungssysteme, in deren einmalig historischen Kontexten, wird von einer ideographischen Funktion des Vergleichs gesprochen. Die melioristische Funktion stellt eine Erweiterung der ideographischen Funktion dar. Sie setzt die verschiedenen Bildungssysteme miteinander in Beziehung. Aus dem Vergleich sollen schließlich Anregungen für die Optimierung der Bildungspraxis im eigenen Land abgeleitet werden. Sollen Ähnlichkeiten mehrerer Bildungssysteme erörtert und länderübergreifende Entwicklungstrends entdeckt werden, steht die evolutionistische Funktion des Vergleichs im Zentrum. Des Weiteren gibt es den experimentellen Ansatz. Mit diesem werden durch die Analyse von Ähnlichkeiten allgemeingültige Hypothesen generiert und überprüft (vgl. Hörner 1993, S. 6 ff.).

Hilker (1962) hat eine Methodik des Vergleichens entwickelt. Sein Ablaufschema sei bis heute noch in den vergleichenden Wissenschaften anerkannt (vgl. Adick 2008, S. 144). Die ersten beiden Schritte des Vergleiches nach Hilker (1962, 107 ff.) finden prinzipiell im Vorfeld der eigentlichen Komparation statt. Zunächst erfolge die Deskription der Vergleichsobjekte. Die zu vergleichenden Phänomene seien mit großer Sorgfalt gänzlich zu beschreiben. Es würde somit eine Bestandsaufnahme vorgenommen werden. Hierfür solle der Forschende literarisches, dokumentarisches sowie empirisches Material erheben. Letzteres sei, wenn möglich, durch Feldstudien zu gewinnen. Zum literarischen Material zählt Hilker (1962, S. 109 ff.) Jahrbücher, Berichtswerke, Wörterbücher, Übersichtswerke und Zeitschriftenaufsätze. Das dokumentarische Material bezieht sich auf gesetzliche Bestimmungen, Finanz- und Haushaltspläne, Verordnungen und Erlasse, amtliche Statistiken, Lehrpläne, Richtlinien, Stundenpläne, Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie internationale oder interregionale Vereinbarungen, Bücher, Zeitschriften, Broschüren und Gelegenheitsveröffentlichungen. Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) sowie das Internationale Erziehungsbüro in Genf werden von Hilker (1962, S. 110 f.) explizit als Anlaufstellen benannt. Da pädagogischen Phänomene komplex und mehrdeutig sind, sei eine umfassende Analyse der Bedingungen, mit denen sie entstehen von großer Bedeutung. Der zweite Schritt, der im Rahmen einer Vorstudie zu leisten ist, sei daher die Interpretation. Hilker (1962, S. 113 ff.) nennt hierfür einige wichtige Faktoren, die dabei berücksichtigt werden sollten. Zum einen sind dies Traditionen und historisch bedingte Veränderungen im (Berufs-)Bildungssektor. Zum anderen gehören wirtschaftliche, technische, politische, und staatliche Rahmenbedingungen sowie kulturelle und gesellschaftliche Aspekte hinzu. Erst nach diesen beiden Schritten komme es zum eigent-

lichen Vergleich, der aus weiteren zwei Schritten besteht. Zunächst erfolge ein Nebeneinanderstellen aller beschriebenen und interpretierten Phänomene beider Länder. Hilker (1962, S. 121) bezeichnet dies als Juxtaposition. Das Nebeneinanderstellen könne zunächst tabellarisch erfolgen und folgend qualitativ zusammengefasst werden. *„Indem die Geschehnisse und ihre Veränderung in mehreren Jahren waagrecht und senkrecht in Tabellen festgehalten werden, entsteht ein Bild von zunehmenden, gleichbleibenden und zurückgehenden Bewegungen, die in ihrer Gesamtheit den Charakter der pädagogischen Entwicklung in der Welt darstellen.“* (Hilker 1962, S. 124) Für die beschriebene Juxtaposition sei die Bildung eines Tertium Comparationis unerlässlich. Im Laufe des Vergleichs könne dieses immer wieder angepasst werden. Das Nebeneinanderstellen hat nach Hilker (1962, S. 121 ff.) eher quantitativen Charakter. Da es aber um die Klärung qualitativer Fragen gehe, müsse sich noch ein weiterer Schritt anschließen: Die Komparation. Dies sei die höchste Form des Vergleiches. Das Verfahren ginge an dieser Stelle weg von einem Messen, hin zu einem Erwägen und Werten. Es erfolge eine *„hypothetische Setzung eines übergeordneten Wertes, unter den die einzelnen Merkmale subsumiert werden können.“* (Hilker 1962, S. 124) An dieser Stelle könnten zwei verschiedene Wege eingeschlagen werden. Es könne entweder Allgemeingültiges in phänomenologischer Vorgehensweise herausgearbeitet werden oder Hypothesen aufgestellt werden, die an den einzelnen Fällen überprüft werden. Die Komparation stelle somit den Übergang von der Empirie zur theoretischen Generalisierung dar. Diese Stufe könne kaum von einer Einzelperson erfolgreich begangen werden. Hilker (1962, S. 125) empfiehlt hier die Zusammenarbeit in einer Gruppe von Forschenden. Diese Forderung stellt grundsätzlich auch Robinsohn (1973).

Nachdem ein ausländisches Berufsbildungssystem bzw. Teile davon dargestellt wurden, sollten die Ergebnisse aufgearbeitet und systematisiert werden (vgl. Frommberger & Reinisch 1999, S. 9 f.). Hierdurch wird einerseits eine Übersicht hergestellt und andererseits eine Beurteilung der ausländischen Praktiken sowie deren Potential der Nostrifizierung möglich. Im Folgenden wird daher darauf eingegangen, wie berufliche Qualifizierungsformen in der Berufsbildungsforschung kategorisiert bzw. geordnet werden können.

### 3 Ordnungsschemata zur Kennzeichnung beruflicher Qualifizierungspraktiken

Frommberger und Reinisch (1999, S. 18 ff.) sind der Auffassung, dass ein geeignetes Kategoriensystem zur Kennzeichnung beruflicher Bildungssysteme ethnozentristische Einflüsse möglichst kontrollieren und supprimieren sollte. Ein Modell, welches diese Forderung gänzlich erfüllt, hätte bis dato noch nicht existiert (vgl. ebd.) und wurde bis heute noch nicht evolviert. Dennoch gibt es Ordnungsschemata, die Offenheit suggerieren und für Länder- und Vergleichsstudien geeignet sind. Folgend werden zwei Ordnungsschemata vorgestellt, die ethnozentristische Annahmen weitestgehend in den Hintergrund stellen und für den Vergleich von Berufsbildungssystemen verschiedener Länder herangezogen werden können.

Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) konzipierten ein Klassifikationssystem, in dem sie die Leitkategorie Lernort mit der Leitkategorie Rolle des Staates verbinden und betonen, dass Berufsbildungssysteme nie nur nach einem einzigen Kriterium beschrieben werden könnten. Sie verdeutlichen, dass es notwendig sei Berufsbildungssysteme aus verschiedenen Blickwinkeln und auf verschiedenen Ebenen zu betrachten. Nach ihnen seien folgende Ebenen bei einer Systematisierung auf der Makroebene zu betrachten: *Trägerschaft/Zuständigkeit/Verantwortung*, *Lernorte der Ausbildung* und *Lerntypus*. Hinzu käme die Präzisierung der Mikroebene. Sie stützen sich in ihren Ausführungen auf Wiemann (1994, S. 108 ff.), der das Zusammenspiel von Mikro- und Makroebene als entscheidend ansieht. Während auf der Makroebene übergeordnete Strukturen und Funktionen, wie z. B. die Verteilung der Macht, Zuständigkeiten sowie rechtliche und finanzielle Aspekte, eine Rolle spielen, würden auf der Mikroebene die Organisation und Evaluation von Lernprozessen, die Auswahl und Verknüpfung von Lerninhalten sowie eingesetzte Lernhilfen betrachtet werden müssen (vgl. Wiemann 1994, S. 108 f.). Sie sehen in ihrer Mehrebenenarstellung die Chance internationale berufliche Ausbildungssysteme vor dem Hintergrund des jeweiligen einzigartigen kulturellen Kontextes in knapper Form darstellen zu können und sie damit leicht diskutierbar zu machen (vgl. Meier & Spreth 2003, S. 15). Mit ihren Schemata ist es möglich die Berufsbildungssysteme umfassend darzustellen. Die Kategorien sind dabei sehr offen, indem sie sich beispielsweise nicht am dualen System orientieren.

Eine offene und an Luhmanns (1984/2015) Systemtheorie orientierte Konzeption wurde von Clement (1996, S. 618 ff.) vorgenommen. Sie setzt an dem Verstehenwollen der fremden Strukturen an, indem sie nach dem sozialen Sinn fragt (vgl. Clement 1996, S. 617). Daran könne sich eine Ausdifferenzierung und Stabilisierung des eigenen Systems anschließen (vgl. ebd.). Sie unterscheidet drei sinnstiftende Kategorien: *Bildungserwerb*, *Beschäftigung* und *Beruflichkeit*. Der *Bildungserwerb* als sinnstiftende Kategorie beziehe sich auf

das humanistische Bildungsverständnis und ziele auf den Erwerb eines möglichst hohen Bildungsgrades ab, der häufig an den allgemeinbildenden Schulen nicht erreicht werden könne (vgl. Clement 1996, S. 619 f.). Das Ziel der Berufsbildung sei es für jeden einen „*adäquaten Bildungsabschluß zu ermöglichen*“ (Clement 1996, S. 620). *Beschäftigung* als sinnstiftende Kategorie meint die Bestrebung, mit Ausbildung eine möglichst hohe unmittelbare funktionale Verwertbarkeit zu erreichen. Ausbildung bereite in diesem Sinne lediglich auf die Aufgaben vor, die in der späteren Arbeitstätigkeit benötigt werden. Die Sinnkategorie *Beruflichkeit* beziehe sich auf die gesellschaftlichen Bestrebungen der Professionalisierung (vgl. Clement 1996, S. 621 f.). Der Berufsstatus sei hierbei die sinnstiftende Komponente. Im Vordergrund stünden die gesellschaftliche Positionierung, das berufliche Selbstverständnis sowie Verwertungsmöglichkeiten im Hinblick auf die eigene Berufsbiographie (vgl. ebd.). Frommberger und Reinisch (1999, S. 16) begrüßen dieses Ordnungsschema, da es durch die Frage nach der sinnstiftenden Kategorie die Einzigartigkeit der Kultur mit ihrem jeweils tradierten Berufsbildungsverständnis der Gesellschaft des Ziellandes beachtet.

Sowohl Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) als auch Clement (1996, S. 618 ff.) nehmen das duale System nicht mehr als eigenständige Kategorie mit auf und entfernen sich damit von den zuvor sehr ethnozentristisch ausgerichteten Klassifizierungssystemen. Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) erfüllen zudem den von Frommberger und Reinisch (1999, S. 19) gestellten Anspruch Modelle bereitzustellen, welche die „*gesellschaftsspezifische Logik der Beziehungen von Traditionen, Strukturen und Funktionen [...] [berücksichtigen] und damit ausgewählte Problemfelder bearbeitbar machen.*“ (Frommberger & Reinisch 1999, S. 19). Trotzdem fehlt bei Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) noch der von Frommberger und Reinisch (1999, S. 19) geforderte historische Bezug, den Clement (1996) wiederum berücksichtigt. Frommbergers und Reinischs (1999, S. 19) dritte Forderung richtet sich an die Einbeziehung des Weiterbildungsbereiches. Durch das sinnorientierte Klassifikationsschema von Clement (1996, S. 618 ff.) ist der Weiterbildungsbereich implizit bedacht, da sich das „Weiterbildungsverhalten“ eines Landes auch in dem jeweilig vorhandenen Sinnverstehen von Berufsbildung spiegelt.

Es ist beschrieben worden, welchen Nutzen ein Vergleich der beruflichen Qualifizierungsformen verschiedener Länder erfüllt und wie die VBBF operiert sowie ihre Ergebnisse präsentiert. Die Berufsbildung wurde bislang in ihrer Gesamtheit betrachtet. Im Weiteren soll der Blick auf die internationale Pflegebildung gerichtet und das Potential einer vergleichenden Pflegebildungsforschung herausgestellt werden.

## 4 Pflegebildung auf internationalem Terrain

### 4.1 Den Blick schärfen für die Pflegebildung im Ausland

Im Sinne der zunehmenden Globalisierung ist es auch in der Pflegebildung erforderlich den Blick über den eigenen Tellerrand zu heben und mit größtmöglicher Offenheit in das Ausland zu richten (vgl. Morin 2011, S. 363). Dies ist wesentlich, da Deutschland zum Einwanderungsland geworden ist und neben pflegebedürftigen Personen auch immer mehr ausländische Pflegekräfte Mitgestalter des deutschen Gesundheitswesens sind (vgl. Buchinger 2013, S. 246 ff.). Eine bundesweite Statistik über die Ethnizität von Pflegekräften in deutschen Pflegeeinrichtungen liegt bislang noch nicht vor. Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) führte im Jahr 2005 eine quantitative Umfrage in 113 Altenpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen durch und zeigte auf, dass ca. 30% aller Pflegenden einen Migrationshintergrund aufwiesen (vgl. Friebe 2006, S. 11). Es wurde zudem herausgestellt, dass bei diesen häufig sprachliche Defizite vorliegen würden, die der Ansicht der Einrichtungsleitungen nach, einer erfolgreichen Integration im Wege stünden (vgl. Friebe 2006, S. 17). Gleichwohl ist die Sprache nur ein erster Stolperstein. Auch das berufliche Selbstverständnis und Kulturverständnis wird von den Leitungen als Hemmnis betrachtet (vgl. ebd.). Dies geht sogar so weit, dass den ausländischen Pflegekräften unterstellt wird, sie hätten ein unzureichendes Pflegeverständnis (vgl. ebd.). Es wird durch die Studie von Friebe (2006) ersichtlich, dass die Schuld der mangelnden Integration häufiger bei den ausländischen Pflegekräften gesucht und ihnen wenig Verständnis entgegengebracht wird. Letztlich bleiben auch viele der Arbeitsmigrantinnen und -migranten nicht lange in deutschen Pflegeeinrichtungen. Zu anders und fremd war ihnen das deutsche Verständnis vom Pflegen (vgl. Merten 2014, S. 68), was sich auch mit der Wahrnehmung der Einrichtungsleitungen in der Studie von Friebe (2006, S. 17) deckt. Das jeweils fremde Pflegeverständnis scheint daher der Schlüssel für die Integrationsproblematik zu sein. Wenn wir wissen würden, welches Pflegeverständnis im Ausland der beruflichen Qualifizierung von Pflegenden zu Grunde liegt, wie das Pflegen gelehrt und gelernt wird und inwieweit und aus welchen Gründen sich dies von den deutschen Praktiken unterscheidet, könnten wir ein größeres Verständnis für die Menschen mit Migrationshintergrund und deren Perspektiven auf den Pflegeberuf entwickeln. Dies kann wiederum zu einer Verbesserung kultursensibler Pflege sowie zu einer gezielteren Integration ausländischer Pflegekräfte beitragen.

Neben diesen Gründen sei es nach Behrendt (2008, S. 1) auch mit Hinblick auf die europäische Freizügigkeit (vgl. FreizügG/EU) notwendig geworden, die Pflegeausbildung innerhalb von Europa vergleichend zu betrachten und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede hervorzustellen. Die Pflegebildung in Europa wurde seit 1977 durch zwei Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft bestimmt. Die Richtlinie 77/452/EWG regelte dabei

die Anerkennung der Berufsqualifikationen. Die Richtlinie 77/453/EWG stellte Mindestanforderungen an die europäische Pflegeausbildung. Die Richtlinien wurden 2005 durch die Richtlinie 2005/36/EG abgelöst, welche fortan die Anerkennung der Pflegeausbildungen europaweit regelte. Unmittelbare Folge hiervon ist, dass die innereuropäische Arbeitsmigration der Pflegekräfte im Trend liegt. Das statistische Bundesamt (DESTATIS) gab für das Jahr 2010 an, dass die Mehrheit der Arbeitsmigrantinnen und -migranten im Pflegesektor aus dem EU-Raum stammte (vgl. Afentakis & Maier 2014, S. 177). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit das Pflegen und Pflegen lernen im europäischen Ausland näher zu betrachten.

Neben der Pflegebildung in den Ländern Europas ist auch das Pflegen lernen im außereuropäischen Raum von großer Bedeutung. Schließlich sind bereits seit den 1960er Jahren auch immer mehr Pflegende aus den Philippinen, Korea und Indien als Arbeitsmigrantinnen und -migranten nach Deutschland gekommen (vgl. Diakonie Deutschland 2014; S. 4, Fischer 2014). Die Zuwanderung von Pflegekräften aus Drittstaaten, wie Bosnien-Herzegowina und Serbien, nehme in den letzten Jahren zudem zu (vgl. Diakonie Deutschland 2014, S. 4; Mayer 2013). Dies könnte von der verstärkten Anwerbung der dort ausgebildeten Pflegenden der letzten Jahre zur Kompensation des Pflegemangels in Deutschland (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014; Bundesagentur für Arbeit 2013) herrühren.

Wie im Eingangstext dieser Arbeit beschrieben wurde, ist auch die berufliche Integration der nach Deutschland zugewanderten Flüchtlinge mit Bleibeperspektive und pflegerischen Background relevant. Somit ist auch das Pflegeverständnis und die Pflegebildung in den Herkunftsländern eingewanderter Flüchtlinge zu ergründen<sup>2</sup>.

Nachdem die Wichtigkeit der Erkundung der Pflegebildung im Ausland hervorgehoben wurde, wird im folgenden Kapitel dargestellt, inwieweit Länder- und Vergleichsstudien im europäischen und nicht-europäischen Raum bereits durchgeführt wurden. Für die Konzeption dieser Untersuchung ist es interessant das konzeptionelle Vorgehen sowie die jeweils gebildeten Kategorien der Studien in den Blick zu nehmen.

## **4.2 Forschungsstand zu internationalen Länder- und Vergleichsstudien in der Pflegebildung**

Bereits 1996 wurde der erste Vergleich der Pflegebildung in Europa von Dielmann (1996) unternommen. Er verglich die Länder unter evolutionistischer Perspektive anhand der Kategorien *Zugangsvoraussetzung*, mit den Subkategorien *Lebensalter* und *Schulbildung* sowie der Kategorien *Ausbildungsdauer* und *Ausbildungsniveau/Abschlüsse*.

---

<sup>2</sup> Asylantragstellende stammten zwischen 2006 und 2015 aus Afghanistan, Albanien, Bosnien-Herzegowina, Eritrea, Indien, Irak, Iran, Kosovo, Libanon, Mazedonien, Nigeria, Pakistan, Russische Föderation, Serbien, Montenegro, Somalia, Syrien, Türkei und Vietnam (vgl. BAMF 2015, S. 16)



Im Jahr 2000 folgte eine Studie von Rennen-Allhoff und Bergmann-Tyacke, die sie in Zusammenarbeit mit dem Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe durchführten, um das Besondere in Bezug auf die Ausbildungsstandards der EU-Mitgliedsstaaten hervorzustellen (vgl. Rennen-Allhoff & Bergmann-Tyacke 2000). Im Mittelpunkt der Untersuchung stand der europäische Vergleich der Lehrenden in den Pflegeberufen. Daneben untersuchten sie auch die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Berufsstrukturen im Pflegebereich sowie der Erstausbildungen mit besonderem Fokus auf die Ausbildungsorganisation (vgl. ebd.).

Weiterhin wurde von Landenberger et al. (2005) ein systematischer Vergleich der Pflegeausbildungen in Europa durchgeführt. Sie stellten zunächst Länderstudien von Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich vor und setzten diese dann komparativ in ein Verhältnis, um Anhaltspunkte für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und im Besonderen für Berlin zu erhalten. Ihr Vergleich hat somit melioristische Funktion. Sie verglichen die Pflegebildungssysteme der Länder anhand der Kategorien *Ausbildungsform und -struktur* sowie *Ausbildungsinhalte*. Unter die Kategorie *Ausbildungsform und -struktur* fassten sie die Subkategorien

- *Grundtypen von Pflegeausbildung und -studium,*
- *Integration/Generalisierung versus getrennte Ausbildungen in Fachgebietsorientierung/Spezialisierung,*
- *Stufung der Pflegeausbildung nach definierten, unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und Hochschulabschlüssen ohne oder mit Berufszulassung,*
- *Durchlässigkeit,*
- *Zugangsvoraussetzungen,*
- *Dauer der Ausbildung,*
- *Lehrerqualifikation und*
- *Finanzierung.*

Die Kategorie *Ausbildungsinhalte* schlüsselten sie nach den Subkategorien

- *Übergeordnete Bildungsziele,*
- *Ausbildungsinhalte und Didaktik mit Ziel des Kompetenzerwerbes,*
- *Theorie-Praxis-Transfer,*
- *Fort- und Weiterbildung,*
- *Qualitätssicherung der Pflegeausbildungen durch Evaluierung sowie*
- *Öffentliche Bildungspolitik und professionelle Selbstorganisation im Bereich der Pflege und Gesundheitsberufe auf.*

Die länderspezifische Regelung der Ausbildung in Deutschland machte ebenfalls eine Bestandsaufnahme der nationalen Pflegeausbildungspraxis notwendig. Mit der PAbiS-Studie

(vgl. Blum et al. 2006) wurde diese Lücke geschlossen und gezeigt, welchen Stand die Pflegeausbildung in Deutschland im Verhältnis zum restlichen Europa einnimmt (vgl. Behrendt 2008, S. 95).

Behrendt (2008, S. 149 ff.) stellte in ihrer Analyse und dem Vergleich der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern ca. ein Jahrzehnt später fest, dass die Pflegebildung in den europäischen Ländern in ihren Strukturen und Funktionen Gemeinsamkeiten aber auch immer noch zahlreiche Unterschiede aufweisen. Dabei betrachtete sie wie Dielmann (1996, S. 3 ff.) ausschließlich die Erstqualifizierung. Der Vergleich zielt auf eine Trendanalyse der europäischen Pflegebildung ab und hat damit ebenfalls evolutionistische Funktion. Sie führte zu einer Befragung in Form von Expertengesprächen und Fragebögen mit (politischen) Entscheidungsträgern auf europäischer und nationaler Ebene durch und analysierte zum anderen Curricula der verschiedenen Länder. Die Forscherin führte den Vergleich anhand folgender Kategorien durch:

- *Rechts- und Verwaltungsrahmen* (Subkategorien: *Anerkennung der Diplome/Befähigungsnachweise, Zulassungsvoraussetzungen, Dauer der Ausbildung, Ausbildungsreform, Aufsichtführende Behörde, Ausbildungsinstitutionen, Lehrpersonal*)
- *Administrative Ebene* (Subkategorien: *Bildungsträger resp. Auftraggeber, Autoren, Geltungsbereich und -dauer, Zielgruppen, Verbindlichkeit*)
- *Zielsetzung und Umfang* (Subkategorien: *Zielvorstellungen, Umfang*)
- *Angaben von Kompetenzen und Lernzielen*
- *Struktur und Inhalte* (Subkategorien: *Lehrplantypen, Gliederung, Abfolge der Wissensbereiche*)
- *Lernorganisation* (Subkategorien: *Lernaufgabenbeschreibungen, Didaktisch-methodische Hinweise, Hinweise auf Lernkontrollen und Leistungsmessung*)
- *Evaluationskonzept*
- *Programmkonzept*

Im Auftrag der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa führten Waldhausen et al. (2014, S. 7 ff.) einen Vergleich der Pflegeausbildungen in Europa mit dem Fokus auf den Altenpflegebereich durch. Ziel der Vergleichsstudie war es überblicksartig die Berufsprofile sowie die pflegerischen Tätigkeiten im Altenpflegebereich verschiedener EU-Mitgliedstaaten darzustellen. Der Aufbau der Studie ist allerdings irritierend, da die Autorinnen mit der ländervergleichenden Analyse beginnen und danach die Beschreibung der Qualifizierungsformen von Pflegenden im Altenpflegebereich und der berufspolitische Kontext in den untersuchten Ländern folgen. Zum methodischen vorgehenden Vorgehen werden keine Angaben gemacht. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass

die Deskription der Ausbildungssituation sowie die jeweiligen Kontexte durch eine Literaturrecherche sowie Experteninterviews durchgeführt wurden. Eine kontextuelle Interpretation der beschriebenen Qualifizierungsformen wird nicht gegeben. Der Vergleich ist grundlegend quantitativ ausgerichtet und erfolgt anhand der Kategorien

- *Das Verhältnis von professioneller Pflege zur Pflege von Angehörigen,*
- *Die Qualifizierung zur Pflegefachkraft,*
- *Qualifizierungen unterhalb der Pflegefachkraft,*
- *Akademisierung und*
- *Personalstruktur in der Altenpflege.*

Eine weitere komparative Analyse der Pflegebildung im europäischen Raum wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2014 durchgeführt (vgl. Lehmann et al. 2014, S. 15 ff.). Die Forschenden begrenzten sich dabei nicht nur auf den Pflegeberuf, sondern betrachteten auch 16 weitere Gesundheitsfachberufe und führten eine international vergleichende Studie zu den Ausbildungen einschließlich der erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen und deren Verwertbarkeit und Anschlussfähigkeit durch (vgl. Lehmann et al. 2014, S. 15). Sie entwickelten für die Dokumentenanalyse von bestehenden gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen sowie Richtlinien der Ausbildungsgänge ein Analyseraster, mit dem sie eine Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen durchführten (vgl. Lehmann et al. 2014, S. 19 f.). Das Analyseraster bestand aus den Kategorien:

- *Kurzporträt des Berufs (Subkategorien: Berufsbezeichnung(en), Anerkennung als Gesundheitsberuf/Heilberuf, Berufszulassender Abschluss),*
- *Zentrale gesetzliche Regelungen (Subkategorien: Gesetzliche Regelung des Berufs, Berufliche Registrierung, Schutz der Berufsbezeichnung und eigens ausgewiesene vorbehaltene Aufgabenbereiche),*
- *Kompetenzprofil (Subkategorien: Zentrale Ausbildungsinhalte, Kernkompetenzen, Begrenzung des Kompetenzbereichs, Fortbildungspflicht) und*
- *Ausbildung (Subkategorien: Zugangsvoraussetzungen, Bildungssystematische Zuordnung, Ausbildungsmerkmale, Prüfungen).*

Zudem führten sie mit Hilfe von Befragungen von Berufsmigrantinnen und -migranten und Berufsangehörigen sowie einer Stellenanzeigenanalyse und Expertenbefragungen länderspezifische Qualifikationsanalysen durch. Kritisch anzumerken ist, dass die vergleichende Studie von Lehmann et al. (2014, S. 15 ff.) insgesamt sehr quantitativ ausgerichtet ist und die Unterschiede, Gleichheiten und Ähnlichkeiten zwar beschrieben werden, jedoch kein tiefergehend hermeneutisches Verständnis dieser erzeugt wird. Auf dieses sollte hingegen

aufgrund der Komplexität der Gesundheitssysteme, einschließlich der Pflegebildung, nicht verzichtet werden.

Kraus et al. (2004, S. 27 ff.) konzentrierten sich in ihrem Vergleich auf die Grenzregion Deutschland-Luxemburg, wobei sie sich nicht nur auf die Pflegebildung, sondern auf alle Gesundheitsberufe bezogen. Sie wählten methodisch ebenfalls Expertengesprächen und Dokumentenanalysen (vgl. Kraus et al. 2004, S. 27). Bei Letzteren fokussierten sie Gesetzestexte und Curricula. Ihre Studie führten sie vor dem Hintergrund bestehender Fragen zum grenzüberschreitenden Arbeitsmarkt durch. Aufgrund dessen sei es für sie auch entscheidend gewesen, neben den Grundausbildungen, den Weiterbildungsbereich in den systematischen Vergleich zu integrieren. Den Vergleich führten sie nach der Methodik von Bereday (1964, S. 18 ff.) durch, die stark dem Vorgehen von Hilker (1962, S. 106 ff.) ähnelt. Sie stellten zunächst die historische und aktuelle Situation der Gesundheitsberufe in Deutschland dar. Dabei gingen sie auf die Ausbildungen sowie auf die Berufe im Allgemeinen ein. Es folgt eine kurze Beschreibung der Qualifizierungspraxis in den Gesundheitsberufen in Luxemburg. Eine Interpretation vor dem Hintergrund politischer, geschichtlicher, ökonomischer und gesellschaftlicher Entwicklungen, wie sie von Bereday (1964, S. 18 ff.) eingefordert wird, wird nur am Rande vorgenommen. Die Gegenüberstellung der Länder führten sie dann anhand folgender Kategorien durch:

- *Rechtliche Zuständigkeiten* (Subkategorien: *Bundes-/Nationalebene, Landesebene*)
- *Gesetzliche Grundlagen*
- *Teilnehmer/innen* (Subkategorien: *Status, Vergütung, Zugangsvoraussetzungen*)
- *Ausbildungsstruktur* (Subkategorien: *Umfang, Inhalt, Lernort*)
- *Lernort Schule* (Subkategorien: *Umfang, Gewichtung, Form, Inhalt, Lehrkräfte*)
- *Lernort Praxisstelle* (Subkategorien: *Umfang, Gewichtung, Form, Inhalt, Lehrkräfte*)
- *Abschluss* (Subkategorien: *Beruflich, Schulisch*)
- *Bezug zur Region* (Subkategorien: *Schulanzahl, Schulturnus, Schülerzahl*)

Kritisch anzumerken ist, dass bei den von Kraus et al. (2004, S. 126 ff.) gewählten Kategorien einige Subkategorien kein gemeinsames Drittes darstellen und daher die Anforderungen eines Tertium Comparationis nicht in allen Teilen erfüllt werden.

Bislang wurden keine systematischen Vergleichsstudien der Pflegebildung in Deutschland und nicht-europäischer Herkunftsländer der Arbeitsmigrantinnen und -migranten durchgeführt. Es liegen lediglich Studien vor, welche die Pflegebildung verschiedener nicht-europäischer Länder miteinander oder mit anderen europäischen Ländern vergleichen (vgl. Deng

2015; Nardi & Gyurko 2013) oder als reine Länderstudien konzipiert sind (vgl. Wang et al. 2016). Die Bundesagentur für Arbeit führte zudem, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), eine Curriculumanalyse der Pflegeausbildung der Philippinen sowie in Bosnien durch und stellte die Ergebnisse der hessischen Pflegeausbildung gegenüber (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2013). Dabei handelt es sich nicht um einen systematischen Vergleich. Des Weiteren existiert eine historisch vergleichende Untersuchung, welche die Pflegeausbildung in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) von 1900 bis heute beschreibt (vgl. Scheckel 2009).

Zur Pflegebildung in den Herkunftsländern nach Deutschland migrierender Flüchtlinge liegen bisher keine systematischen Vergleichsstudien vor. Länderstudien wurden nur für Teile Afrikas (Nigeria, Südafrika, Äthiopien) durchgeführt (vgl. Dolamo & Olubiyi 2013).

Es wurde hervorgehoben, dass das deutsche Pflegebildungssystem bislang ausschließlich im Verhältnis zu den Pflegeausbildungen in anderen europäischen Ländern systematisch komparativ betrachtet wurde. Die Richtlinie 2005/36/EG versucht die Pflegeausbildung im europäischen Raum möglichst einheitlich zu regeln. Trotzdem liegen noch zahlreiche Unterschiede vor. Wenn der europäische Raum nun verlassen werden soll und die nationalen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan mit der deutschen Pflegebildung verglichen werden sollen, dann gilt es zunächst zu klären, inwiefern es globale Richtlinien gibt, an denen die Qualität der Qualifizierung von Pflegekräften bemessen wird. Morin (2011, S. 363 f.) sieht in solchen weltweiten Standards die Chance der zunehmenden Arbeitsmigration im Pflegesektor zu begegnen. In den folgenden Kapiteln werden daher global geltende Standards für die Qualifizierung von Pflegenden vorgestellt, durch die eine qualitative Beurteilung der Qualifizierungspraxis in den verschiedenen Ländern möglich wird.

### **4.3 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflegefachberuf und bei Hebammen der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete im Jahr 2001 die Resolution WHA54.12, in der sie ihre Mitgliedstaaten zur Stärkung der Pflege- und Hebammenberufe verpflichtet (vgl. WHO 2001), um die Millennium Development Goals (MDGs) für Gesundheit der Vereinten Nationen (VN) bis 2015 erreichen zu können (vgl. UN 2000, UN 2016). Zur Umsetzung der Resolution wurde das Strategiepapier „*Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2002-2008*“ (WHO 2002) auf den Weg gebracht. Aus der weiteren Resolution WHA59.23 im Jahr 2006 (vgl. WHO 2006) entstanden die „*Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*“ (WHO 2009) (s. Anhang 1). Diese gelten als verpflichtende qualitative Mindestanforderung an die

Grundausbildung im Pflegefachberuf und bei Hebammen und leisten einen Beitrag zur Stärkung der Pflege- und Hebammenberufe (vgl. WHO 2009, S. 8). Den Bedarf an diesen Mindestanforderungen sieht die WHO insbesondere in der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsleistungen, der immer bedeutungsvoller werdenden intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit und der Notwendigkeit allen Menschen Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung zu ermöglichen begründet (vgl. WHO 2009, S. 8). Bislang seien Pflegende und Hebammen in den verschiedenen Ländern der Welt auf höchst unterschiedlichen Niveaus ausgebildet worden (vgl. ebd.). Die globalen Standards sollen zukünftig eine einheitliche und qualitativ hochwertige Grundausbildung in den Mitgliedsstaaten sicherstellen. Afghanistan ist eines dieser Mitgliedstaaten (vgl. UN 2013, S. 1) und damit ebenso verpflichtet die Globalen Standards umzusetzen. Die Globalen Standards gelten als zukünftiges Ziel, das in die Gesundheitsprogramme der Länder aufzunehmen ist (vgl. WHO 2009, S. 9 ff.). Dabei fordert die WHO explizit die Pflege- und Hebammenbildung zukünftig an den Universitäten anzusiedeln (vgl. ebd.). Sie bemerkt zugleich, dass hierfür in vielen Ländern die Hochschulbildung zunächst weiter ausgebaut werden müsse. Mit den globalen Standards seien evidenzbasierte und kompetenzorientierte Bildungskriterien und -ziele festgelegt worden, die lebenslanges Lernen ermöglichen sollen und die Qualifizierung kompetenter Pflegefachkräfte und Hebammen garantieren, welche eine professionelle Pflege sicherstellen und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen (vgl. ebd.). Des Weiteren würden sie einen Maßstab darstellen, um, vor dem Hintergrund der zunehmenden Globalisierung, Bildung weltweit kompetenz- und outcomeorientiert zu gestalten (vgl. ebd.). Die WHO stellt hervor, dass sie auch für die Entwicklung der Ausbildung in anderen Gesundheitsberufen als Richtwert dienen sollten (vgl. ebd.). Die Globalen Standards sollten als Leitfaden für die Curriculumentwicklung der Pflege- und Hebammenausbildung weltweit herangezogen werden (vgl. ebd.). Fünf Schlüsselbereiche werden in den Globalen Standards thematisiert, die bei kompetenzorientierten Ausbildungsprogramme grundsätzlich berücksichtigt werden müssten:

- *Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungsprogramme* (Subkategorien: *Outcomes, Merkmale der Absolventinnen und Absolventen*)
- *Ausbildungsprogrammentwicklung und -revision* (Subkategorien: *Führung, Akkreditierung, Infrastruktur, Kooperationen*)
- *Curricula der Ausbildungsprogramme* (Subkategorien: *Gestaltung des Lehrplans, Kerncurriculum, Kooperationen beim Lehrplan, Beurteilung der Lernenden*)
- *Lehrpersonal* (Subkategorien: *akademisches Lehrpersonal, klinisches Lehrpersonal, berufliche Entwicklung des Lehrpersonals*)
- *Zugangsvoraussetzungen* (Subkategorien: *Zulassung und Auswahl, Studierendentypus und Aufnahme*)

#### 4.4 International Council of Nurses Nursing Education Network

Der International Council of Nurses (ICN) ist eine Vereinigung von mehr als 130 nationalen Pflegeverbänden (vgl. ICN 2012). Dessen Aufgaben sind die Gewährleistung qualitativer Pflege, die Sicherung einer soliden weltweiten Gesundheitsversorgung, die Weiterentwicklung des Wissensfundus der Pflege sowie die Sorge für Zufriedenheit beim Pflegepersonal (vgl. ebd.). Aufgrund der zunehmenden internationalen Migration in Verbindung mit dem größer werdenden Pflegenotstand in vielen Ländern, sei es wichtiger geworden einen Blick auf die internationale Ausbildung von Pflegenden zu werfen (vgl. ebd.). Daher gründete der ICN im Jahr 2009 gemeinsam mit der National League for Nursing (NLN) das ICN Nursing Education Network (ICNEN) (vgl. ICN 2010; ICN 2012). Dieses setzt sich mit den weltweiten Entwicklungen der Pflegebildung auseinander (vgl. ebd.). Die Mitglieder des Forums fokussieren die Rolle der Lehrenden im Pflegesektor, die Qualität der Pflegeausbildung, die Chancen und Herausforderungen der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung sowie den Mangel an internationalen Pflegefakultäten (vgl. ebd.). Es werden regelmäßig Konferenzen organisiert, in denen aktuelle Themen zur internationalen Pflegebildung diskutiert werden (vgl. ICN 2010). Die sechste International Nurse Education Conference (NETNEP 2016) fand im April 2016 in Australien statt (vgl. NETNEP 2016). Hier wurde unter anderem thematisiert, inwiefern Entwicklungsländer heute in dem Ausbau der Hebammenausbildung ausreichend unterstützt werden. In den vergangenen Jahren wurde auch explizit über den Stand der Stärkung der Pflege- und Hebammenausbildung in Afghanistan referiert (vgl. NETNEP 2010; NETNEP 2014). Mit dem Ausbau eines internationalen Netzwerks erhofft sich der ICNEN die Qualität der Pflegebildung weltweit zu verbessern (vgl. McAdams-Hones 2015). Mit einem solchen Netzwerk könnten Erfahrungen ausgetauscht (vgl. ebd.) und die Umsetzung der globalen Standards erleichtert werden.

Die Ausführungen dieses Kapitels haben gezeigt, dass die internationale Zusammenarbeit in der Pflegebildung seit einigen Jahren zunehmend vorangetrieben wird, um die Pflegequalität weltweit zu verbessern. Unter Betrachtung der zu diesem Zweck im Jahr 2009 implementierten globalen Standards der WHO (s. Anhang 1) sowie der Entwicklung der Vergleichsstudien in den letzten Jahren wird ein zunehmender Fokus auf das Outcome ersichtlich. Wohingegen die anfänglichen Studien noch vermehrt die Steuerung und die Inhalte der Pflegebildung verschiedener Länder verglichen, spielt heute der Ertrag der Ausbildung eine zunehmende Rolle. Diese Entwicklung ist auch insgesamt in der Pflegebildung zu verzeichnen und ist in der Konzeption dieser Forschungsarbeit zu berücksichtigen. Daher wird im folgenden Kapitel der Wandel von der Input- zur Outcomeorientierung in der beruflichen Bildung dargelegt.

## 5 Vom Input zum Outcome in der beruflichen Bildung

Mit den Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe im Jahr 1996 (vgl. KMK 2011) ist die Handlungsorientierung zum Leitziel beruflicher Bildung geworden (vgl. Tenberg 2006, S. 24). Dadurch erfolgte eine Abwendung vom fächerorientierten und Zuwendung zum handlungsorientierten Unterricht (vgl. ebd.). Ebenso drängte die europäische Bildungspolitik mit der Implementierung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zur Förderung der Mobilität und des lebenslangen Lernens im Jahr 2008 zu einem Umdenken in der Gestaltung beruflicher Bildung (vgl. Europäisches Parlament & Rat 2008). Anhand von Lernergebnissen sollten fortan Qualifikationsniveaus von Bildungsgängen länderübergreifend verglichen werden können (vgl. Blings 2012, S. 9 f.; KMK 2016). Lernergebnisse *„bezeichnen das, was Lernende wissen, verstehen und in der Lage sind zu tun, nachdem sie einen Lernprozess abgeschlossen haben.“* (AK DQR 2011, S. 9) Es vollzog sich somit ein paradigmatischer Wechsel von der Input- zur Outcomeorientierung. In diesem Sinne war es nicht mehr vordergründig in den Blick zu nehmen, welche fachlichen Inhalte unterrichtet würden und wie dies methodisch umzusetzen sei, sondern welcher Unterrichtsertrag resultiere (vgl. Ziener 2008, S. 36 f.). Die Orientierung am Input stellte die Regulierung von Curricula, Didaktik, Ressourcen und Rahmenbedingungen, wie Lernzeiten, in den Mittelpunkt (vgl. Bohlinger 2007, S. 43 ff.; Bohlinger 2006; Sloane 2005, S. 486), wohingegen bei der Outcomeorientierung Lernergebnisse fachlicher sowie überfachlicher Art festgelegt wurden (vgl. Bohlinger 2007, S. 43 ff.; Bohlinger 2006). Bohlinger (2006) spricht von einer *„Verschiebung von der Lehrorientierung [...] zur Fokussierung des Lernens und der Lernenden“* (Bohlinger 2006). Damit sei die Frage was die Absolventinnen und Absolventen eines Bildungsganges können müssten in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und nicht mehr die Frage danach, was die Teilnehmenden eines Bildungsganges lernen müssten (vgl. ebd.). Wesentliches Merkmal der Outcomeorientierung sei zudem, dass neben den Ergebnissen formalen Lernens auch solche non-formaler und informeller Lernprozesse berücksichtigt werden würden (vgl. ebd.).

Die Begriffe Outcome und Output werden in einigen Abhandlungen ohne weitere Erklärungen gleichgesetzt (vgl. Ziener 2008, S. 37). Sloane (2005) stellte in seinem Modell zur Regulierung von Unterricht und Schule hervor, dass diese Begrifflichkeiten differenziert werden müssten. Der Outputbegriff knüpfe an die Ergebnisse des Unterrichts an. Er betreffe daher den Lernerfolg und die Lernziele. Mit dem Begriff Outcome würde die *„Anwendung des Gelernten in Anwendungsfeldern außerhalb der Schule“* (vgl. Sloane 2005, S. 486) und somit die erfolgreiche berufliche Handlung fokussiert werden. Er zeige die nachhaltigen Wirkungen der Bildungsprozesse auf (vgl. Kurz 2006, S. 428). Regulierungsinstrumente,



die sich auf das Outcome beziehen, seien Standards und Lernfeldcurricula (vgl. Sloane 2005, S. 486). Diese würden Kompetenzen in den Mittelpunkt stellen. Es gilt zu beachten, dass im Rahmen der Outcomefokussierung der Begriff Kompetenzen auf das competencies-Konzept bezogen ist, da dieses anstelle des Lernprozesses dessen Resultate beschreibt (vgl. Clement 2003). Umgesetzt wird dieses in dem Ansatz der Competency Based Education (CBE), das aus den USA stammt und in England und Schottland weiterentwickelt wurde (vgl. Wolf 2013, S. 98; Clement 2003, S. 139 f.). Äquivalent zu den Deskriptoren des EQR spielen hierbei Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten eine Rolle, die an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes ausgerichtet sind und über die die Lernenden am Ende der Ausbildung verfügen soll (vgl. Wolf 2013, S. 100). Wolf (2013, S. 99) stellt hervor, dass dieses Konzept besonders für Schwellen- und Entwicklungsländer, in denen wenig systematische Ausbildungsstrukturen vorhanden sind, geeignet sei und dort zunehmend Anwendung fände. Der Staat könnte damit allen ausbildenden Akteuren Qualifizierungsstandards vorgeben und eine Einheitlichkeit der Qualifizierungspraxis erzielen.

Der beschriebene Paradigmenwechsel habe dazu geführt, dass sich durch die Outcomeorientierung und die daran anknüpfenden lernfeldorientierten Lehrpläne Bildungsziele vollkommen verändert hätten (vgl. Riedl & Schelten 2010, S. 179). Unter Bildungsziele sind „*allgemeine normative Vorgaben [...], die beliebig präzisiert werden können*“ (Sloane 2007, S. 33) zu verstehen. Im Sinne der Outcomeorientierung erfolge heute eine Konkretisierung der Bildungsziele anhand von Kompetenzen (vgl. ebd.).

Windelband et al. (2014, S. 304 ff.) konstatieren, dass trotz der Fokussierung auf das Outcome, der Kontext beruflicher Bildung nicht völlig vernachlässigt werden dürfe. So ginge es in der Berufsbildung immer auch um die Kontrolle von Prozessabläufen und intuitives Handeln in unerwarteten Situationen. Dies könne nicht über Lernergebnisse abgebildet werden. Die Ausgestaltung kompetenzorientierter Konzepte dürfe sich daher nicht ausschließlich auf die Lernergebnisse fixieren. Ebenso spiele die Gestaltung und Unterstützung der Lernprozesse, die auf Situationen in der Arbeitswelt vorbereiten sollen, eine Rolle. Dehnbostel (2011, S. 6) konkretisiert dies, wie folgt: „*Die Ausblendung der Input- und Prozessorientierung stellt eine perspektivische Verengung dar, die die Vorzüge geordneter beruflicher Entwicklungswege, Sozialisationsprozesse und Lernförderung offensichtlich ebenso unterschätzt wie die Notwendigkeit, die normative Ebenen der Bildungsdimension über verbindliche Ziel- und Inputorientierungen zu sichern.*“ (Dehnbostel 2011, S. 6) Des Weiteren führe eine ausschließliche Fokussierung auf das Outcome zu einer Orientierung der Ausbildung an den Bedarfen der Wirtschaft. Dies könne dazu führen, dass deren Interessen die Entwicklungen der beruflichen Ausbildung steuern (vgl. Windelband et al. 2014, S. 305). Entsprechend sollten stets Kontext und Wirkung in alle Überlegungen zur Ausgestaltung beruflicher Bildung einbezogen werden.

## 6 Formales, nicht-formales und informelles Lernen

Im vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, dass Lernen nicht nur formal, sondern auch nicht-formal und informell erfolgen kann und dies bei der Outcomeorientierung berücksichtigt wird. In einigen Ländern, in denen es ein wenig ausdifferenziertes Hauptbildungssystem gibt, spielen die letzteren beiden Lernformen eine größere Rolle (vgl. OECD 2016). Unter der Prämisse, dass Afghanistan zu solchen Ländern zählen könnte, soll im Folgenden geklärt werden, wie sich das formale vom nicht-formalen und informellen Lernen abgrenzt.

Die Abgrenzung dieser drei Lernformen wurde in der Vergangenheit nicht einheitlich vollzogen. Einige Autoren differenzierten die drei Lerntätigkeiten (vgl. u. a. OECD 2016; CEC 2000, S. 9 f.). Andere fassten das nicht formale und informelle Lernen in einem Begriff zusammen (vgl. u. a. Dohmen 2001, S. 25; Bjørnåvold 2000, S. 11). Eine weitere Gruppe plädierte dafür das formale und nicht-formale Lernen begrifflich nicht zu trennen (vgl. u. a. Bohlinger 2013, S. 22; Wittwer 2005, S. 62 f.). Für diese Arbeit wird sich für die Definition der Kommission der Europäischen Gemeinschaft (CEC) entschieden. In deren Verständnis werden die drei Begriffe wie folgt unterschieden.

*„**Formales Lernen** findet in Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen statt und führt zu anerkannten Abschlüssen und Qualifikationen.*

***Nicht-formales Lernen** findet außerhalb der Hauptssysteme der allgemeinen und beruflichen Bildung statt und führt nicht unbedingt zum Erwerb eines formalen Abschlusses. Nicht-formales Lernen kann am Arbeitsplatz und im Rahmen von Aktivitäten der Organisationen und Gruppierungen der Zivilgesellschaft [...] stattfinden. Auch Organisationen oder Dienste, die zur Ergänzung der formalen Systeme eingerichtet wurden, können als Ort nicht-formalen Lernens fungieren.*

***Informelles Lernen** ist eine natürliche Begleiterscheinung des täglichen Lebens. Anders als beim formalen und nicht-formalen Lernen handelt es sich beim informellen Lernen nicht notwendigerweise um ein intentionales Lernen, weshalb es auch von den Lernenden selbst unter Umständen gar nicht als Erweiterung ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten wahrgenommen wird.“ (CEC 2000, S. 9 f.)*

Mit diesen Definitionen wird es möglich das Hauptpflegebildungssystem von solchen Qualifizierungspraktiken zu unterscheiden, die zwar auch Lernprozesse bewusst intendieren, aber an anderen Lernorten stattfinden. Es zählen somit Lerngelegenheiten dazu, die den afghanischen Pflegekräften am Arbeitsplatz oder in weit von formalen Bildungseinrichtungen entfernt liegenden ländlichen Regionen angeboten werden. Trotz der Ausgliederung aus dem Hauptpflegesystem kann, nach der oben stehenden Definition, der Lernprozess mit einem Zertifikat abschließen. Zum informellen Lernen am Arbeitsplatz zählt nach dieser Definition das Erfahrungslernen, das intentional sein kann, aber nicht muss.

## 7 Forschungskonzeption

### 7.1 Methodologische Forschungsrichtung und Differenzierung der Fragestellung

Über die Pflegebildung in Afghanistan liegen noch keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vor (s. Kapitel 4.2). Selbst die Berufsbildung wurde im IHBB noch nicht beschrieben (vgl. Grollmann et al. 2014). Es ist nicht bekannt, inwieweit es überhaupt ein Pflegebildungssystem gibt und formale Ausbildungen existieren. Die Verwendung der Begriffe Pflegebildungssystem oder Pflegeausbildung könnten daher irreführend sein. Im Weiteren wird aus diesem Grund von Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan gesprochen. Dies impliziert alle möglichen Praktiken des Lernens von pflegespezifischen Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Aufgrund fehlender Erkenntnisse über die für uns fremde Sinnwelt ist ein heuristisch-hermeneutischer Zugang im Rahmen dieser Arbeit einzig sinnvoll. Es gilt die komplexen Zusammenhänge der Qualifizierung von Pflegekräften, eingebettet in ihrem gesellschaftlichen Kontext, zu entdecken und zu verstehen (vgl. Flick et al. 2009, S. 23). Paradigmen der qualitativen Sozialforschung sind daher grundlegend für die Forschungskonzeption. Die Offenheit im Forschungsprozess ist hierbei ein elementares Paradigma (vgl. Bennewitz 2010, S. 47; Lamnek 2010, S. 19 f.). Unvoreingenommenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand ist in allen Schritten des Forschungsprozesses entscheidend (vgl. Bennewitz 2010, S. 47). Dies ermöglicht es etwas Neues entdecken zu können und nicht durch die eigenen Erwartungen und Denkstrukturen blind dafür zu sein. Hypothesen werden nicht als Krönung der Fragestellung formuliert, sondern bilden sich im Laufe des Forschungsprozesses heraus (vgl. Hoffmann-Riem 1980, S. 343 ff.). Entsprechend werden in dieser Arbeit Hypothesen und Theorien über die Qualifizierungspraktiken von Pflegekräften in Afghanistan durch die Auseinandersetzung mit dem empirischen Material generiert.

Grundsatz qualitativer Forschung sei zudem das Primat der Deskription in der Analyse (vgl. Mayring 2002, S. 21). Der Forschungsgegenstand sei in einem ersten Schritt ausführlich zu beschreiben, bevor im Weiteren Erklärungen und Interpretationen folgen (vgl. ebd.). Dieses Prinzip soll auch in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden. In der VBBF wird das Vorgehen von Hilker (1962, S. 106 ff.) diesem Anspruch besonders gerecht, da er auch von einem heuristisch-hermeneutischen Grundverständnis ausgeht. Hilker (1962) verfolgt mit seiner Vergleichsmethodik melioristische und ideographische Funktionen, die hier ebenso intendiert sind, da die Qualifizierungspraxis im Rahmen der beruflichen Integration afghanischer Pflegekräfte verbessert werden soll und dafür zunächst ein Verständnis über das

Pflegenlernen in Afghanistan hergestellt werden muss.<sup>3</sup> Da bislang keine Erkenntnisse über die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan generiert wurden, ist der Ansatz von Hilker (1962) für einen Vergleich der Pflegebildung in Deutschland und Afghanistan prädestiniert. Folglich wird sich für seine Vergleichsmethodik entschieden (s. Kapitel 2.2), die auf ein Verstehen der Strukturen in ihrem gesamtgesellschaftlichen-historischen Kontext abzielt und „*pragmatische Anregungen für die Bildungspraxis*“ (Lauterbach 2003, S. 193 f.) ableiten will. Die Untersuchungen dieser Arbeit beschränken sich dabei auf die Deskription der Qualifizierungspraktiken in Afghanistan sowie deren Interpretation vor dem gesamtgesellschaftlichen Kontext. Ein systematischer Vergleich in seiner Gänze wäre ein zu umfassender Gegenstand, der im zeitlichen Rahmen dieser Master-Thesis nicht geleistet werden kann. Die hier generierten Erkenntnisse sind als Vorstufe für einen systematischen Vergleich zu betrachten. Da es nach Hilker (1962, S. 107) entscheidend ist zunächst eine Bestandsaufnahme der zu vergleichenden Länder vorzunehmen, in der jedes Land separat für sich betrachtet wird, soll diese Arbeit diesem Anspruch genügen<sup>4</sup>. Mit der Deskription und Interpretation der Pflegebildung in Afghanistan, stellt diese Studie die Vorarbeit für die eigentliche Komparation mit dem deutschen Pflegebildungssystem dar, die Grundlage der Handlungsempfehlungen für die Anerkennungspraxis in Deutschland seien soll. Im Rahmen dieser Arbeit werden lediglich Empfehlungen hypothetischer Art getroffen. Inwieweit diese tragkräftig sind, zeigt sich erst nach dem eigentlichen Vergleich beider Länder.

In der Fragestellung sollte sich das Postulat der Offenheit widerspiegeln. Sie sollte keine Einschränkungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Qualifizierungspraxis vornehmen. Eine Ausrichtung an den eigenen Maßstäben könnte zu einem Scheitern der Forschung führen. Die in die Fragestellung eingehenden Begrifflichkeiten sollten so allgemein wie möglich sein. Frommberger und Reinisch (1999, S. 19) bedauern, dass bestehende Ordnungsschemata nur die Erstausbildung berücksichtigen und die berufliche Weiterbildung oft vernachlässigt wird. In dieser Forschungsarbeit soll die Perspektive erweitert werden. Es sollen alle möglichen Praktiken der Qualifizierung von Pflegenden Berücksichtigung finden. Dies schließt zugleich formales, nicht-formales und informelles Lernen mit ein (s. Kapitel 6).

In der Phase des Feldzugangs (s. Kapitel 7.3) wurde eruiert, dass afghanische, weibliche Pflegekräfte nicht unmittelbar, nachdem sie eine Arbeitserlaubnis erhalten haben, auch arbeiten gehen wollten bzw. konnten. Entsprechend des gesellschaftlichen Bildes, dass eine afghanische Frau primär für die Kindererziehung und den Haushalt zuständig sei, sind viele Frauen erst nach dieser Lebensphase interessiert wieder in den Beruf einzusteigen. So ist

---

<sup>3</sup> In dem Kontext dieser Arbeit geht es nicht um die Übernahme der für besser befundenen Anteile der afghanischen Pflegebildung. Trotzdem soll mit den Erkenntnissen die Bildungspraxis in Deutschland verbessert werden. Vor diesem Hintergrund ist es legitim das Forschungsinteresse auch in einer melioristischen Funktion zu sehen.

<sup>4</sup> Es wird nur das Land Afghanistan betrachtet. Eine weitere Vorstudie über die Pflegebildung in Deutschland steht daher noch aus, bevor weitere Schritte des Vergleichs vollzogen werden können.

es möglich, dass afghanische Frauen, die im jungen Alter in den 1980er und 1990er Jahren nach Deutschland migrierten, erst heute an eine Anerkennung ihres Pflegeberufes denken. Diese haben sich Ende der 1970er Jahre oder in den 1980er Jahren in Afghanistan qualifiziert. Entsprechend des Zieles dieser Arbeit, ist es wesentlich die Qualifizierungspraktiken dieser Zeit nicht zu vernachlässigen. Zudem fordern Frommberger und Reinisch (1999, S.19) für die VBBF „*die Historie in die international-vergleichende Berufsbildungsforschung ,zurückzuholen‘*“ (Frommberger & Reinisch 1999, S. 19). Demgemäß soll sich die Fragestellung nicht ausschließlich auf einen fixen Zeitpunkt beziehen, sondern die Entwicklung der Qualifizierungspraktiken mit abbilden. Abgeleitet aus den vorangegangenen Überlegungen wird dieser Forschungsarbeit folgende zentrale Fragestellung zugrunde gelegt:

*Welche formalen, nicht-formalen und/oder informellen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften gibt es seit den 1970er Jahren in Afghanistan?*

Ohne die Einbettung in den gesamtgesellschaftlichen Kontext, wäre ein späterer Vergleich unvollständig und könnte zu falschen Annahmen führen (s. Kapitel 2.2). Infolgedessen soll nach der Deskription der Qualifizierungspraktiken von Pflegekräften in Afghanistan eine Kontextuierung in das gesamtgesellschaftliche System vorgenommen werden. Dies wird auch dem Anspruch qualitativer Forschung gerecht den Forschungsgegenstand ganzheitlich in seiner Historizität zu betrachten (vgl. Mayring 2002, S. 24) und in seinem natürlichen Kontext zu erforschen (vgl. Flick et al. 2009, S. 23). Da es um die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan geht, ist in diesem Zusammenhang besonders das Bildungs- und Gesundheitswesen von Interesse. Entsprechend soll folgende Frage beantwortet werden:

*Welche geographischen, politischen, ökonomischen, kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten sowie Bedingungen im Bildungs- und Gesundheitswesen haben in welcher Form Einfluss auf die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan?*

Die Interpretation des beschriebenen Forschungsgegenstandes ist immer auch durch das eigene Vorverständnis geprägt (vgl. Mayring 2002, S. 29). Dieses Vorverständnis ist vor der Analyse zu thematisieren. Es wird angenommen, dass Non-Governmental Organizations (NGOs) und Militär aus dem Ausland an dem Aufbau des zerstörten Gesundheitswesens und somit auch in der Qualifizierung der Pflegekräfte beteiligt sind bzw. waren. Dies hat Einfluss auf die Auswahl der einbezogenen Fälle (s. Kapitel 7.4). Es wurde vermutet, dass die deutsche Bundeswehr beteiligt ist, da sie bereits mehrere Jahre in Afghanistan stationiert ist. Dies wurde durch ein Gespräch mit einem Mediziner der Bundeswehr, der in der Vergangenheit viele Jahre in der Provinz Mazar-i-Sharif stationiert war, widerlegt (vgl. Most 2016). Er verwies auf NGOs, die an dem Aufbau des Gesundheitswesens beteiligt waren. Das erweiterte Vorverständnis wurde bei der Wahl der Grundgesamtheit berücksichtigt (s. Kapitel 7.4).

Eine weitere Vorüberlegung ergab sich aus dem Fokus auf das Outcome in der beruflichen Bildung. Im Sinne der Handlungsorientierung und in Zeiten des EQR stehen nicht mehr die Inhalte und der Lernprozess im Vordergrund, sondern dessen Resultat (s. Kapitel 5). Eine alleinige Fixierung auf die Inhalte und Prozesse wäre daher obsolet. Dies würde keine befriedigende Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen zur Integration afghanischer Pflegekräfte in Deutschland schaffen. Es wäre aufschlussreicher zu erfahren, auf welche beruflichen Aufgaben die Qualifizierungspraktiken vorbereiten, so dass offenbar wird, was von einer in Afghanistan qualifizierten Pflegekraft erwartet werden kann. Daher ist es sinnvoll nach den outcomeorientierten Bildungszielen der Qualifizierungsmaßnahmen zu fragen. Gleichwohl kann nicht davon ausgegangen werden, dass solche Bildungsziele tatsächlich in der Qualifizierungspraxis der Pflegekräfte in Afghanistan existieren. Demzufolge muss die Frage nach den Bildungszielen ebenso dem Paradigma der Offenheit entsprechen. Sie wird wie folgt formuliert:

*Lassen sich Bildungsziele in den Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan erkennen?*

## **7.2 Methodenwahl und allgemeiner Forschungsablauf**

Zentrales Ziel der Forschungsarbeit ist es die Praktiken der Qualifizierung von Pflegenden in Afghanistan zu beschreiben und vor dem gesamtgesellschaftlichen Kontext zu interpretieren. Vor diesem Hintergrund muss zur Generierung von Erkenntnissen auf Methoden zurückgegriffen werden, die es ermöglichen die Prozesse der Herstellung sozialer Situationen zu beschreiben. Soziale Handlungs- und Kommunikationsvollzüge werden seit Jahrtausenden in Form von Dokumenten festgehalten. Die gemeinsam geteilte Wirklichkeit wird den Gesellschaftsmitgliedern zum großen Teil über Dokumente erst zugänglich (vgl. Smith 1974, S. 257 ff.). Eine Dokumentenanalyse kann dazu verhelfen erste Entdeckungen zu machen, auf welchen Wegen afghanische Pflegekräfte ihr Handwerk lernen. Sie lässt Schlussfolgerungen über die Aktivitäten, Erwägungen und Absichten ihrer Urheber zu (vgl. Wolff 2009, S. 503). Eine Orientierung im Feld wird damit möglich.

Was ein Dokument ist, kann auf vielerlei Weisen definiert werden. Dieser Arbeit soll ein möglichst weiter Begriff von Dokumenten zugrunde gelegt werden, da zu Beginn noch nicht klar ist, welche Arten von Dokumenten entdeckt werden können. Als Dokument gelten somit *„sämtliche gegenständliche Zeugnisse, die als Quelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens dienen können.“* (Atteslander 1971, S. 53) Prinzipiell können nach dieser Definition alle menschlichen Artefakte Dokumente sein: Texte, Homepages, Tonmaterial, Filme, Bauwerke etc.. Einzige Voraussetzung ist, dass sie interpretierbar sind und einen Schluss auf menschliches Handeln, Fühlen und Denken zulassen (vgl. Mayring 2002, S. 47).

Da das Auffinden von Dokumenten Wissen über das Forschungsfeld voraussetzt (vgl. Glaser 2010, S. 368) ist es nicht sinnvoll sie allein zur Erkundung der Qualifizierungspraktiken einzusetzen. Dies könnte dazu führen, dass die Existenz forschungsrelevanter Dokumente verborgen bliebe. Zur Überwindung dieses Dilemmas ist eine Kombination mit einer weiteren heuristisch-explorativen Forschungsmethode zielführend. Dies soll auch dem Faktum vorbeugen, dass Dokumente eine Wirklichkeit abbilden können, die zu den Alltagserfahrungen der Menschen differiert (vgl. Wolff 2009, S. 502 f.). Damit können weitere Aufschlüsse über den Forschungsgegenstand erzielt werden. Dennoch sollten die Dokumente nicht gegen anderweitig erhobene Daten ausgespielt werden (vgl. Wolff 2009, S. 511).

Als zweite Datenebene werden Experteninterviews gewählt. Wolff (2009, S. 512) verweist darauf, dass die Kontrastierung der Dokumente mit mündlichen Präsentationen über den Forschungsgegenstand verhelfen könne, sich von dem Dokument zu befremden, um den Kontext ihrer Herstellung zu erfassen. Dies sei entscheidend, da Dokumente nicht nur Informations-Container sein dürften. Vielmehr seien sie im Rahmen der Analyse als „*methodisch gestaltete Kommunikationszüge*“ (Wolff 2009, S. 511) zu verstehen.

Für die Forschungsarbeit sind die Interviews vordergründig inhaltlich von Interesse. Eine biographische Rekonstruktion des Einzelfalls ist nicht relevant. Somit fällt die Wahl auf das explorative Experteninterview (vgl. Flick 2002, S. 206). Es eigne sich sehr gut, um mit moderatem Aufwand unbekannte Felder zu erschließen und erstmals zu beschreiben (vgl. Ullrich 2006, S. 100; Bogner & Menz 2009, S. 8). Es stellt zudem eine geeignete Methode dar, Zugang zu sozialen Feldern zu erhalten, die für die Forschenden nicht erreichbar sind. Da die Forscherin mit Blick auf die derzeit verschärfte Sicherheitslage und fehlender zeitlicher Ressourcen nicht nach Afghanistan reisen kann, um in ethnographischer Manier das Feld der Qualifizierungspraxis zu erkunden, sind Expertengespräche ein probater Weg. Außerdem sind Experteninterviews eine geeignete Vorgehensweise um auch komplexe Wissensbestände zu rekonstruieren (vgl. Meuser & Nagel 2010b, S. 457), z. B. die Strukturen, Abläufe und Ziele von Qualifizierungsmaßnahmen. Es können neben Entscheidungsmaximen und Erfahrungswissen auch Wissensbestände aus Projekten gewonnen werden, die selbst noch nicht Eingang in die Strukturen gefunden haben (vgl. ebd.). Zudem kristallisieren sich oft Rahmenbedingungen heraus, die die Weiterentwicklung der Qualifizierungsmaßnahmen hemmen oder gar behindern (vgl. ebd.). Nicht zuletzt stelle das Experteninterview eine gute Möglichkeit dar Zusammenhänge zwischen den organisationalen, gesellschaftlichen und individuellen Handlungsebenen herzustellen (vgl. Meuser & Nagel 2010b, S. 458). Im Sinne der Fragestellungen ist daher das Experteninterview eine erfolgsversprechende Methode.

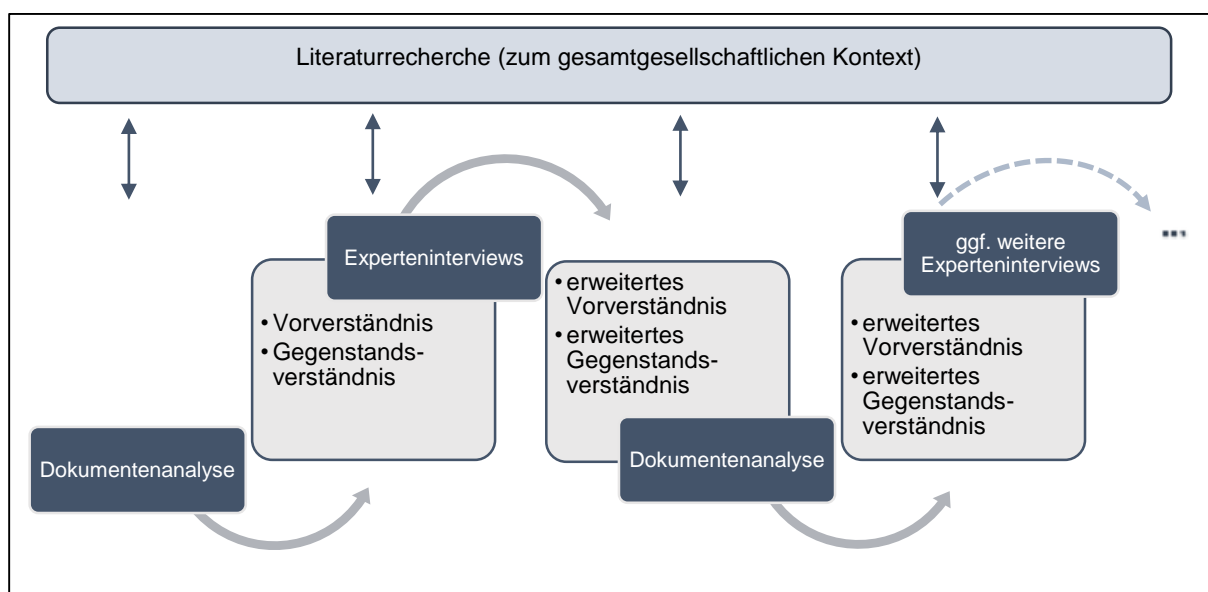
Der Beginn des Forschungsvorhabens mit der Dokumentenanalyse hat eine Orientierungsfunktion. Zudem hat die vorgeschaltete Dokumentenanalyse den Effekt, dass die Interviewende ihrer Rolle als „*Quasi-Expertin*“ (Pfadenhauer 2009, S. 106) gerecht werden kann.

Pfadenhauer (2009, S. 106) konstatiert, dass inhaltliche Grundkenntnisse über das im Fokus stehende Thema Voraussetzung für ein gelingendes Experteninterview seien. Mit der Dokumentenanalyse kann ein solches Grundwissen angeeignet werden. Erkenntnisse aus der Analyse der gefundenen und kritisch ausgewählten Dokumente (s. Kapitel 7.4.1) liefern die Grundlage für die Konzeption des Leitfadens für die Experteninterviews (s. Kapitel 7.5).

Entsprechend den Grundsätzen der Zirkularität im qualitativen Forschungsprozess (vgl. Bennewitz 2010, S. 48 f.), soll die Datenerhebung und -auswertung in Rückschleifen korrespondierend zum hermeneutischen Zirkel (vgl. Danner 2006, S. 60 ff.) erfolgen. Die ersten ausgewerteten Daten erweitern das Vorverständnis der Forschenden und haben unmittelbar Auswirkungen auf die Erhebung weiterer Daten. Damit findet nach und nach eine Annäherung an den Forschungsgegenstand statt. Nachdem die ersten Dokumente analysiert wurden, sollen daher Experteninterviews folgen. Expertinnen und Experten haben aufgrund ihres institutionalisierten Kontextes unter Umständen auch Zugang zu weiteren aussagekräftigen Dokumenten. Den einzelnen Experteninterviews folgt somit eine weitere Phase der Dokumentenanalyse. Aus den Gesprächen und den zur Verfügung gestellten Dokumenten können auch Hinweise auf weitere Expertinnen und Experten resultieren.

Zur Einbettung der Qualifizierungspraktiken der Pflegekräfte in den gesamtgesellschaftlichen Kontext, wird ergänzend auf eine Literaturrecherche zurückgegriffen. Diese erfolgt durch die Einsichtnahme von offiziellen Länderinformationsportalen im Internet und Websites von Regierungen als auch NGOs sowie über die Bibliothekskataloge der Universität Kassel (KARLA II) und der Hochschule Fulda (OPC 4 HLB). Die Ergebnisse werden gekoppelt mit Kontextinformationen, die sich aus den Dokumenten und den Expertengesprächen ergeben. Das Forschungsvorgehen stellt sich wie in Abbildung 1 demonstriert dar.

**Abbildung 1 Skizze des Forschungsablaufes**



Quelle: Eigene Erstellung



### 7.3 Feldzugang

Zugang zu einem Feld zu erhalten, das weit von der eigenen Heimat entfernt liegt, stellt ein schwieriges Unterfangen dar. Entsprechend beanspruchte der Feldzugang ein großes Zeitfenster (April bis Juni 2016). In einem ersten Schritt wurde im Internet über verschiedene Plattformen eine Suche mit den Schlagwörtern nursing, nursing education, nursing training in Kombination mit Afghanistan durchgeführt. Zusätzlich wurden die Schlagwörter in deutscher und französischer Sprache eingegeben. Es wurden zudem die Programme aller bisher stattgefundenen NETNEPs eingesehen (s. Kapitel 4.4). Die Referenzen der Rednerinnen und Redner, die über die Pflegebildung in Afghanistan referiert haben, wurden darüber ausgemacht. Mit dieser ersten Recherche wurden erste Dokumente sowie beteiligte NGOs ausgemacht. Folgend wurden die Autorinnen und Autoren sowie die NGOs angeschrieben. Die Musteranschreiben<sup>5</sup> sind den Anhängen 2 bis 4 zu entnehmen. In diesen wurde das Forschungsvorhaben dargestellt sowie um eine Zurverfügungstellung von Dokumenten und/oder, je nach Kontext der Person/Organisation, um eine Teilnahme an einem Experteninterview gebeten. Des Weiteren wurden deutsche Pflegeeinrichtungen mit interkulturellen Konzepten sowie Institutionen, die Anerkennungslehrgänge und/oder Deutschkurse für ausländische Pflegekräfte anbieten, kontaktiert. Es wurden insbesondere Einrichtungen in Städten angeschrieben, in denen Menschen aus Afghanistan geballt leben.<sup>6</sup> In diesem Anschreiben wurde um die Weitervermittlung an Pflegekräfte gebeten, die sich in Afghanistan zur Pflegekraft qualifiziert haben. Zudem wurden afghanische Vereine sowie Institutionen, die mit der beruflichen Beratung von Migrantinnen und Migranten betraut sind, um Mithilfe bei der Weitervermittlung gebeten. Abgeleitet aus der ersten Recherche und den E-Mail-Korrespondenzen wurden alle Akteure kontaktiert, die an der Pflegebildung in Afghanistan beteiligt sind bzw. hypothetisch sein könnten. Dies erstreckte sich von Bildungseinrichtungen, über verschiedene Ministerien bis hin zu Einzelakteuren, wie Lehrenden oder ehrenamtlich Helfenden. Die Verbindung zu diesen Personen eröffnete Zugang zu weiteren Kontakten. Auf diese Weise konnten nach dem Schneeballprinzip (vgl. Köhler 1992, S. 320) Expertinnen und Experten gefunden und Dokumente erhalten werden.

Insgesamt wurden 146 Personen oder Institutionen kontaktiert. Die Rücklaufquote betrug 43%, wovon 25% einem Experteninterview zustimmten, Dokumente zur Verfügung stellten oder an weitere Kontaktpersonen vermittelten konnten. Entsprechend festgelegter Kriterien (s. Kapitel 7.4) wurden relevante Dokumente sowie Expertinnen ausgewählt.

---

<sup>5</sup> Das Musteranschreiben wurde individuell an die kontaktierte Person bzw. Institution angepasst.

<sup>6</sup> Afghanen ließen sich in der Vergangenheit in Deutschland vor allen in urbanen Ballungsräumen nieder (vgl. Baraulina et al. 2006, S. 17). Diese lagen insbesondere in den Bundesländern Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Bayern. Die größte Population von Afghanen mit Migrationshintergrund lebte dabei in Hamburg (vgl. Baraulina et al. 2006, S. 18). Es wurden daher o.g. Einrichtungen vor allem in den Ballungszentren dieser Bundesländer angeschrieben.

## 7.4 Beschreibung der Grundgesamtheit

### 7.4.1 Dokumentenanalyse

Der Analyse von Dokumenten muss eine umfassende Quellenkritik vorausgehen (vgl. Glaser 2010, S. 369). Nicht jedes Dokument ist für die wissenschaftliche Analyse im Sinne der vorliegenden Fragestellung geeignet. Es gilt zunächst den Erkenntniswert der historischen Artefakte zu eruieren. Mayring (2002, S. 48) schlägt vor die Quellenkritik anhand der sechs Kriterien *Art des Dokumentes*, *Äußere Merkmale des Dokumentes*, *Innere Merkmale des Dokumentes*, *Intendiertheit*, *Nähe zum Gegenstand* und *Herkunft* vorzunehmen. Der Erkenntniswert wird anhand der folgenden Ausprägungen dieser Kriterien bestimmt:

1. *Art des Dokumentes*:

- a. Berichte in wissenschaftlichen Zeitschriften
- b. Internetpräsenzen von Institutionen, die an der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan beteiligt waren bzw. sind
- c. Curricula über Qualifizierungsmaßnahmen von Pflegenden in Afghanistan
- d. Schriftliche oder visuelle Veröffentlichungen von Institutionen oder Akteuren, die an der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan beteiligt waren bzw. sind
- e. Gesetzestexte und Richtlinien
- f. Reiseberichte von Pflegepädagogen, die Einblick in die Qualifizierungspraxis von Pflegenden in Afghanistan erhalten haben (schriftlich oder visuell aufgezeichnet)
- g. Beobachtungsbögen von Pflegepädagoginnen und -pädagogen, die Einblick in die Qualifizierungspraxis von Pflegenden in Afghanistan erhalten haben

2. *Äußere Merkmale des Dokumentes*:

- a. Elektronisches Dokument (schriftlich oder visuell)
- b. Schriftstück in Englisch, Französisch oder Deutsch<sup>7</sup> oder Fotos

3. *Innere Merkmale des Dokumentes*:

Der Inhalt soll...

- a. die Praxis der Qualifizierung von Pflegenden in Afghanistan betreffen,
- b. die ausbildende Institution beschreiben und/oder
- c. die Rahmenbedingungen der Qualifizierung Pflegender in Afghanistan tangieren.

4. *Intendiertheit*:

- a. Es werden Dokumente vorgezogen, die als Arbeitsgrundlage für die auszubildenden Institutionen gelten und nicht explizit für die Umwelt geschaffen wurden.
- b. Dokumente, die von nach Afghanistan gereisten Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen als Zeugnis für deren Heimat geschaffen wurden

---

<sup>7</sup> Die Einschränkung auf diese drei Sprachen erfolgte aus pragmatischen Gründen. Die Forschende beherrscht selbst die Sprachen Englisch, Französisch und Deutsch.

#### 5. *Nähe zum Gegenstand:*

- a. Verfasser soll in den Qualifizierungsmaßnahmen involviert (gewesen) sein oder
- b. Verfasser soll die Qualifizierungsmaßnahme selbst beobachtet haben.
- c. Keine Überlieferungen
- d. Zeitliche Einschränkung 1970 bis 2016
- e. Nicht auf hypothetische Zukunftsvisionen gerichtet

#### 6. *Herkunft:*

- a. Das Dokument sollte selbst in Afghanistan entstanden sein oder
- b. nach dem Aufenthalt einer nach 5a und 5b definierten Person rückblickend erstellt worden sein oder
- c. von einer Institution veröffentlicht worden sein, die unmittelbar an der Qualifizierung von Pflegenden in Afghanistan beteiligt ist.
- d. Zulässig sind veröffentlichte Dokumente und nicht veröffentlichte Dokumente.

In der ersten Internet-Recherche, wurden 30 Dokumente gefunden. Bei diesen handelte es sich um 23 schriftliche Veröffentlichungen im Internet, vier Zeitschriftenartikel, zwei Bücher und eine Fotoreihe. Vier dieser Dokumente erfüllten mindestens je eine Ausprägung der sechs o. g. Kriterien. Es handelte sich dabei um drei Artikel in verschiedenen Fachzeitschriften sowie einen Beitrag auf der Internetpräsenz einer NGO. Insbesondere über zwei Zeitschriftenartikel konnten die ausbildenden Institutionen in Afghanistan ausgemacht werden. Deren Internetpräsenzen gaben keine weiteren inhaltlichen Auskünfte entsprechend den in Kriterium 3 festgelegten Ausprägungen. Zugang zu weiteren 31 Dokumente ergab sich über die E-Mail-Korrespondenzen (s. Kapitel 7.3). 15 dieser Dokumente wurden bereits in der ersten Recherche gefunden. Lediglich zwei der verbliebenen 22 Dokumente wurden für die weitere Analyse entsprechend der festgelegten Kriterien als geeignet eingestuft. Der Kontakt mit zwei Expertinnen, die selbst an der Qualifizierung von Pflegenden in Afghanistan beteiligt sind bzw. waren, eröffnete den Zugang zu diesen beiden Dokumenten. Es handelt sich dabei zum einen um ein Dokument, das einen Studienführer des Studiengangs Nursing der Kabul Medical University (KMU) sowie Teile des Curriculums enthält. Das zweite Dokument ist das Curriculum der zweijährigen Ausbildung von Pflegenden an dem Institute of Health Sciences Ghazanfar. Dieses gab u. a. Aufschluss über in der Qualifizierung von afghanischen Pflegekräften involvierte NGOs. Es wurden deren Internetpräsenzen eingesehen, um ggf. weitere Dokumente zu erhalten. Eine der NGOs (Cordaid) veröffentlicht auf ihrer Website Details eines Projektes in Afghanistan, das die Qualifizierung von Pflegenden betrifft und alle der geforderten Kriterien erfüllt. Dieser Teil der Homepage wurde zum Gegenstand der Analyse gemacht. Somit bestand das Sample für die Dokumentenanalyse aus sieben Dokumenten. Sie wurden mit Codes (D1 bis D7) versehen (s. Anhang 9). Die Internetseiten wurden als pdf-Version gespeichert. Bei der Website der NGO Cordaid musste aus mehreren Dateien ein Dokument zusammengeschnitten werden,

da jeweils nur einer von sieben Reitern geöffnet werden konnte und zwei Projektberichte auf der Website vorliegen. Dabei wird der ältere Projektbericht zuerst aufgeführt. Für die Analyse wurden diese gespeicherten Versionen zugrunde gelegt, da somit eine Angabe von Seitenzahl und Zeilennummern möglich war. Die Seiten wurden unabhängig von den auf den Dokumenten verzeichneten Seitenzahlen fortlaufend und jeweils mit Seite 1 beginnend durchnummeriert und mit Zeilennummern für jede Seite mit Zeile 1 beginnend versehen. Der Hintergrund der Dokumente 1 bis 7 wird folgend näher beschrieben. Allerdings kann dabei der Entstehungsprozess nicht aller Dokumente uneingeschränkt dargestellt werden. Bei den Zeitschriftenartikeln konnten die Autorinnen angeschrieben und dazu befragt werden. Lediglich die Autorin des Zeitschriftenartikels „*Es mangelt an allem*“ antwortete auf die Anfrage. Über die Autorin des anderen Zeitschriftenartikels „*Nursing, midwifery and allied health education programmes in Afghanistan*“ konnten zumindest über ein Interview, das auf der Homepage einer amerikanischen Universität veröffentlicht wurde, Informationen eingeholt werden (vgl. Katsaros 2003). Die NGO Global Partners gab nur die Rückmeldung, dass der Beitrag im Jahr 2010 verfasst wurde. Die NGO Cordaid gibt auf ihrer Homepage umfassende Informationen über sich selbst und deren Projekte. Eine Nachfrage der Forschenden wurde an die zuständige Person weitergeleitet, die nicht antwortete. Des Weiteren lagen bei den beiden Curricula nur wenige Informationen über den Entstehungskontext vor. Diese beschränken sich auf Auskünfte, die aus den einleitenden Textpassagen hervorgehen. Es wurde auch hier ein Anschreiben an die ausbildende Institution verfasst, in dem um weitere Kontextinformationen gebeten wurde. Eine Rückmeldung blieb aus. Die analysierten Dokumente können in den Anhänge 11 bis 17 eingesehen werden. Diese können bei der Autorin angefragt werden.

Artikel über die Ausbildung von Pflegenden an den Institutes of Health Sciences in Afghanistan in einer Fachzeitschrift (D1):

Der Artikel erschien unter dem Titel „*Nursing, midwifery and allied health education programmes in Afghanistan*“ in der Fachzeitschrift *International Nursing Review Vol. 52* im Jahr 2005 (vgl. Herberg 2005). Er umfasst elf Seiten und liegt in elektronischer Form vor. Es werden die Erfahrungen der Autorin zusammengefasst, die diese in den 1970er und Anfang der 2000er Jahre in Afghanistan sammeln konnte. Erwähnenswert ist, dass sie u.a. die Bestandsaufnahme der Ausbildungssituation der Pflege- und Gesundheitsberufe zu Beginn der 2000er beschreibt. Sie geht dabei bis zu den 1970er Jahren zurück, konzentriert sich dennoch verstärkt auf die Situation, wie sie Anfang der 2000er Jahre nach dem Fall der Taliban vorlag. Dabei wird besonders deutlich, wie die Qualifizierung von Pflegekräften während der sowjetischen Besatzung und auch unter dem Regime der Taliban praktiziert wurde. Es werden immer wieder Passagen eingeworfen, die Aufschluss darüber geben, was anschließend an die Bestandsaufnahme von 2002 bis 2004 verändert worden ist oder

noch verändert werden soll. Die Autorin war zum Zeitpunkt der Entstehung des Artikels eine Lehrbeauftragte im Fachbereich Pflege einer amerikanischen Universität. In den 1970er Jahren lebte sie drei Jahre in Afghanistan und unterstützte unter dem Dach der Hilfsorganisation CARE als Pflegelehrerin an dem Intermediate Medical Education Institute (IMEI)<sup>8</sup> in Kabul die Qualifizierung von Pflegekräften. Sie wurde nach dem Fall der Taliban von der Aga Khan University (AKU) Pakistan, der WHO und der afghanischen Regierung engagiert, um die Pflegebildung in Afghanistan zu stärken. Sie arbeitete in diesem Zusammenhang in einem afghanischen Krankenhaus und baute das erste Pflegebildungsprogramm auf Abiturniveau in Kabul mit auf. Ihre Ausführungen in dem Artikel beruhen auf ihren eigenen Erfahrungen. Dies erlaubt die Annahme, dass der Artikel die Wirklichkeit der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan zuverlässig abbildet. Wird in dem Artikel über Zeiten berichtet, in denen die Autorin selbst nicht in Afghanistan war, ist es wahrscheinlich, dass die Informationen von ihren Kolleginnen und Kollegen überliefert wurden.

Artikel über die Pflegesituation und die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan in einer Fachzeitschrift (D2):

Der Artikel erschien unter dem Namen „*Es mangelt an allem*“ in der Fachzeitschrift *Die Schwester Der Pfleger* Vol. 55 im Jahr 2016 (vgl. Käppeli 2016). Er umfasst vier Seiten und liegt in gedruckter Version vor. In diesem wird die aktuelle Situation (Stand Anfang 2016) der Pflegepraxis sowie der Qualifizierungspraktiken von Pflegekräften in Afghanistan beschrieben. Über die Verfasserin wird angegeben, dass sie Pflegewissenschaftlerin am Universitätsspital Zürich war. Sie ist seit ihrer Pensionierung als ehrenamtliche Helferin in Afghanistan tätig (vgl. Käppeli 2016, S. 35). Sie wurde per E-Mail angeschrieben und äußerte, dass sie seit 14 Monaten in Kabul aktiv sei und vorerst dort bleiben würde. In Kabul sei sie in einer Blindenschule, der Pflegefakultät an der KMU, am Maternity Hospital sowie an zwei Mädchenschulen tätig. Sie gab an zwei Jahre in der Provinz Herat in verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet zu haben. Zudem hätte sie dort an der Lehre an einer medizinischen Fakultät und einer Schwesternschule mitgewirkt. Des Weiteren hätte sie sich in einer Rückkehrersiedlung in der Nähe der iranischen Grenze betätigt.

Artikel über die Qualifizierung von Nurse-Midwives 1970er/1980er Jahre (D3):

Bei dem Dokument handelt es sich um einen Artikel in der Fachzeitschrift *Journal of Nurse-Midwifery* Vol. 26 No. 6 aus dem Jahr 1981 mit dem Titel „*The training of auxilliary nurse-midwives in Afghanistan*“ (vgl. Russell & Richter 1981). Dieser wurde von zwei studierten US-amerikanischen Autorinnen verfasst, die das Projekt Nurse-Midwifery Program in Kabul

---

<sup>8</sup> Das IMEI wurde nach dem Fall der Taliban im Jahre 2004 zum Institute of Health Sciences (IHS) umbenannt (vgl. Speakman et al. 2014, S. 111).

betreuten (vgl. ebd.). Entsprechend kann darauf geschlossen werden, dass sie wahrscheinlich selbst vor Ort und Teil der sozialen Wirklichkeit zu dieser Zeit waren. Das Projekt wurde von der gemeinnützigen Organisation Frontier Nursing Service (FNS) in Kentucky initiiert (vgl. ebd.). Eine der beiden Autorinnen hatte zu jener Zeit acht Jahre in Afrika und Afghanistan in zahlreichen Mother and Child Health (MCH) Programmen mitgewirkt. Die zweite Autorin war zum Zeitpunkt der Publikation sechs Jahre in Indien und Afghanistan an mehreren MCHs beteiligt gewesen. (vgl. Russell & Richter 1981, S. 24).

#### Beitrag auf der Internetpräsenz der NGO Global Partners über die Ausbildung von Pflegenden in der afghanischen Provinz (D4):

Der Beitrag auf der Internetpräsenz der NGO Global Partners trägt den Titel „*Training Nurses Bolsters Health Care in Rural Afghanistan*“ (Durham 2010). Dieser verdeutlicht, dass sich der folgende Bericht auf die Qualifizierung von Pflegenden im ländlichen Raum Afghanistans bezieht. Er stellt die Zusammenfassung eines Interviews dar. Dieses führte ein Schriftsteller im Auftrag der NGO Global Partners im Jahr 2015 mit einer amerikanischen Pflegekraft, die im Rahmen eines Projektes der NGO Pflegende an einem staatlichen Krankenhaus in der Provinz Ghor ausbildet. Es sind daher Informationen, die zwar von einer an der Qualifizierung von Pflegekräften unbeteiligten Person ohne pädagogischen Kontext aufbereitet wurden, gleichwohl wurden diese von einer Person übermittelt, die an der Pflegebildung in Afghanistan mitwirkt. Da der Artikel auf der Internetpräsenz der NGO veröffentlicht wurde, wird davon ausgegangen, dass die NGO und/oder die Interviewte noch einmal die Inhalte der Veröffentlichung auf Wahrheitsgehalt überprüft haben.

Die NGO Global Partners hat ihren Ursprung im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland. Sie wurde im Jahr 1991 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt Bildung in Entwicklungsländern zu verbessern und Armut zu lindern. Im Weiteren sieht sich die NGO für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Entwicklungsländern zuständig. Heute unterstützen sie die Länder Afghanistan, Tadjikistan und China mit Entwicklungshilfeprojekten (vgl. Global Partners 2016).

#### Studienführer und Curriculum des Studiengangs Nursing B.Sc. an der Kabul Medical University (D5):

Das Dokument liegt in elektronischer Form vor und besteht aus 19 Seiten. Es wurde eingescannt, was an einer schlechten Qualität der Bilder und schwarzen Randstreifen zu erkennen ist. Seitenzahlen wurden auf den ersten 14 Seiten handschriftlich ergänzt. Entsprechend des formalen Aufbaus wird vermutet, dass es sich um ein Dokument handelt, das ursprünglich aus zwei Dokumenten zusammengestellt wurde: dem Studienführer (vgl. KMU & MHE 2008) sowie dem Lehrplan (vgl. KMU 2008) des Studiengangs Nursing B.Sc. Inwieweit der Studienführer vollständig abgebildet ist, kann nicht beurteilt werden. Entsprechend

dem Inhaltsverzeichnis des Lehrplans und dem formalen Aufbau der Kursbeschreibungen, wird darauf geschlossen, dass dieser im Original 90 Seiten umfasst. Lediglich das Inhaltsverzeichnis und vier weitere Seiten mit zwei Kursbeschreibungen sind in das vorliegende Dokument eingegangen.

Der Studienführer und das Curriculum des Studiengangs Nursing der KMU ist ein Dokument, das nicht frei zugänglich ist. Ausschließlich Lehrende der KMU haben Zugriff darauf. Das Dokument wurde von einer Lehrenden, die an einer mit der KMU zusammenarbeitenden amerikanischen Universität tätig ist, zugänglich gemacht. Diese gab weiterhin Auskünfte über ihren eigenen Bezug zur Pflegebildung in Afghanistan und der United States Agency for International Development (USAID), der Behörde der Vereinigten Staaten für Entwicklungszusammenarbeit. Sie selbst reiste in den Jahren 2005, 2007, 2009 und 2010 nach Kabul. In dieser Zeit war sie an einem Unterstützungsprojekt der USAID beteiligt. Ziel dieses Projektes war es die Entwicklung der Pflegefakultät an der KMU zu unterstützen. Die USAID hat in diesem Rahmen maßgeblich an der Entwicklung des Curriculums mitgewirkt. Aus dem Dokument geht hingegen nicht hervor, wer an der Entwicklung beteiligt war.

#### Curriculum der zweijährigen Ausbildung von Pflegenden an dem Ghazanfar Institute of Health Sciences (D6):

Das Curriculum (vgl. MoPH 2009) wurde der Forschenden von zwei Expertinnen ausgehändigt. IP4 übersendete es der Forschenden als elektronische Version. Sie gibt an, dass sie es von einem Mediziner erhalten habe, der in Kontakt mit dem Ghazanfar Institute of Health Sciences (GIHS) in Kabul steht. IP3 überreichte das Dokument in Printversion unmittelbar vor Beginn des Expertengesprächs. Sie erklärte, dass sie das Curriculum auf Nachfrage von einem Bekannten erhalten habe, der für das afghanische Gesundheitsministerium tätig sei.

Das GIHS hat keine eigene Internetpräsenz. Folgende Informationen konnten dem Titelblatt, der Danksagung auf der dritten Seite des Dokumentes sowie einem Vermerk auf der letzten Seite entnommen werden. Ergänzend wurden Informationen der Internetpräsenzen der AKU (vgl. AKU 2016) sowie der USAID (vgl. USAID 2016) und die Datenbank University Directory Worldwide, in der Bildungseinrichtungen weltweit vermerkt sind, hinzugezogen.

Herausgeber des Dokumentes ist das Human Ressource Department des afghanische Gesundheitsministeriums (Ministry of Public Health of Afghanistan - MoPH). Neben dem MoPH und dem Team des GIHS unterstützte das Programm Afghanistan der AKU sowie das Health Service Support Project (HSSP) der USAID die Entwicklung des Curriculums. Die AKU stellte Mitarbeitende aus Einrichtungen in Pakistan, wie der Aga Khan University School of Nursing (AKU-SON), für die Mithilfe an der Entwicklung des Curriculums des GIHS zur Verfügung. Schirmherr war die USAID. Des Weiteren waren Mitarbeitende der

niederländischen Hilfsorganisationen Cordaid und HealthNettpo (HNTPO), der afghanischen NGO Afghanistan Center for Training and Development (ACTD) sowie der globalen NGOs International Medical Corps (IMC) und Jhpiego beteiligt.

#### Internetpräsenz der niederländischen NGO Cordaid (D7):

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um einen Teil der Homepage der NGO Cordaid. Folgende Hinweise über die NGO werden auf der Website gegeben. Cordaid ist eine niederländische katholische Organisation für Fürsorge und Entwicklungshilfe, die eine gerechte Welt für jeden anstrebt. Als einer der größten NGOs in den Niederlanden sieht sie ihre Aufgaben in der Herstellung einer für jedermann zugänglichen Gesundheitsversorgung, der humanitären Hilfe in Krisengebieten, der wirtschaftlichen Förderung schwacher Gebiete, der Bereitstellung von Unterkunft und Bildung, der Herstellung von Sicherheit und Gerechtigkeit, der Schaffung resilienter Gemeinden sowie Investitionen in das dortige Unternehmertum. Kommunikation und Transparenz sind für die NGO wichtige Komponenten ihrer Arbeit. Daher veröffentlichen sie alle ihre Projekte mit entsprechenden Details auf ihrer Website. Sie arbeiten mit 669 Partner zusammen, u. a. auch mit der internationalen NGO Caritas Internationalis. In Afghanistan führten sie bis heute 279 Projekte durch. Dabei reisen sie selbst in das Zielland und unterstützen die Bevölkerung vor Ort.

Über die Homepage ist der Zugriff auf drei Projekte, die in Afghanistan durchgeführt werden, gegeben. Eines dieser Projekte ist für die weitere Analyse relevant, da es die Ausbildung von Personal im Gesundheitssektor und dabei auch die Ausbildung von Pflegekräften betrifft. Das Projekt trägt den Namen *Kandahar Institute of Health Sciences*. Es wird zwei Mal unter demselben Titel aufgeführt. Werden diese ausgewählt, erscheint jeweils eine Übersicht über das Projekt. Obwohl beide Artikel mit dem Jahr 2011 ausgewiesen werden, ist davon auszugehen, dass es sich um verschiedene Zwischenberichte handelt. Sie weisen unterschiedliche Inhalte auf und sind mit abweichenden Projektlaufzeiten datiert (2011-01-01 to 2012-12-31 und 2011-01-01 to 2015-09-30) (vgl. Cordaid 2011a, Cordaid 2011b). Das Projekt scheint somit verlängert worden zu sein. Zudem wird in den Projektbeschreibungen von Fakten berichtet, die jüngeren Datums sind. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Projektberichte aus späteren Jahren stammen.

#### **7.4.2 Experteninterviews**

Vor der Kontaktierung potentieller Interviewpersonen (IPen) muss bestimmt werden, wer im Rahmen dieser Forschungsarbeit als Experte bzw. Expertin gelten soll. Expertinnen und Experten verfügen über Wissen, das nicht jedem Menschen zugänglich ist, woraus ihnen ein Wissensvorsprung zugesprochen wird (vgl. Walter 1994, S. 271; Meuser & Nagel 1989, S. 3; Meuser & Nagel 2010a, S. 377). Der Begriff wird unterschiedlich weit gefasst (vgl.



Hitzler 1994, S. 13 ff.; Meuser & Nagel 2010a, S. 376 ff.; Meuser & Nagel 2010b, S. 460 ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 131 f.) und bedarf einer genauen auf das Erkenntnisinteresse ausgerichteten Definition. Sie müssen nicht zwingend über ihren beruflichen Kontext Zugang zu institutionalisiertem Sonderwissen haben (vgl. Meuser & Nagel 2010, S. 377). Wesentlich erscheint es für die Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit, dass nur solche Personen als Expertinnen oder Experten gelten, deren Sonderwissen als „*sozial institutionalisierte Expertise*“ (Sprondel 1979, S. 141) gilt und dazu führt, dass „*bedeutsame soziale Beziehungen*“ (Sprondel 1979, S. 149) entstehen, wodurch die soziale Wirklichkeit konstituiert wird (vgl. Meuser & Nagel 2010b, S. 462). Die Expertin bzw. der Experte muss daher in irgendeiner Form in Institutionen, in denen Pflegende qualifiziert werden, eingebunden gewesen sein. Es genügt nicht sich als grundsätzlich Interessierter das Sonderwissen über ein Literaturstudium, Erzählungen, Bilder etc. angeeignet zu haben.

Für die Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit werden zum einen Experten und Expertinnen ausgewählt die Pflegekräfte in Afghanistan qualifizieren und durch ihre berufliche Stellung Sonderwissen über die Qualifizierungspraktiken verfügen. Es ist davon auszugehen, dass auch ausländische Helferinnen und Helfer innerhalb der betreffenden Institutionen in Afghanistan agieren. Schließlich sind seit Jahrzehnten zahlreiche NGOs und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer im Rahmen der Entwicklungshilfe in Afghanistan. Entsprechend werden neben den afghanischen Akteuren auch Menschen angesprochen, die durch eine Reise oder einen längeren Aufenthalt in Afghanistan Einblicke in die Abläufe und Strukturen der ausbildenden Institutionen erhalten konnten. Sie müssen dabei nicht unmittelbar selbst an der Qualifizierungsmaßnahme mitgewirkt haben. Es genügt, insofern sie spezielles institutionelles Sonderwissen durch direkte Beobachtungen im Feld erhalten konnten. Wesentlich für die in dieser Arbeit gestellten Fragen ist hingegen, dass sie über einen pflegerischen oder pädagogischen Kontext verfügen. Dies ist relevant, da sie die institutionellen Prozesse und Entscheidungen auch fachlich bewerten sollen können. Des Weiteren werden afghanische Pflegekräfte als Expertinnen und Experten betrachtet, die in Afghanistan das Pflegen gelernt haben.

Insgesamt sieben der infrage kommenden Expertinnen und Experten erklärten sich bereit an einem Interview teilzunehmen. Folgend wurde über E-Mail-Korrespondenz sowie Telefongespräche deren Hintergrund eruiert. Bei zwei Personen konnte im Vorfeld kein telefonisches Gespräch stattfinden, da sich diese zu der Zeit in Afghanistan befanden. Nach der Klärung des Kontextes der Personen wurden zwei als ungeeignet für ein Expertengespräch im Sinne der vorliegenden Fragestellungen befunden. Dies lag daran, dass sie zwar aus Afghanistan stammten, ihre Pflegeausbildung aber primär in Deutschland absolvierten und daher keinerlei Berührungspunkte mit der Qualifizierungspraxis in Afghanistan hatten. Den übrigen fünf Personen wurde der Status einer Expertin nach den oben festgelegten Kriterien

zugesprochen. Ihr Kontext wird folgend grob umrissen. Er kann genauer am Anfang der jeweiligen Interviewtranskripte nachgelesen werden (s. Anhänge 33 bis 37).

IP1 und IP2 sind Pflegekräfte, die ihre Erstausbildung zur Krankenschwester-Hebamme in Afghanistan in den 1970er Jahren absolviert haben. Nach ihrer Ausbildung haben sie in Afghanistan u. a. Aufgaben innerhalb der Ausbildung der Pflegekräfte und Hebammen übernommen. Die IPen 3 und 5 konnten als pädagogische Fachkräfte aktuelle Einblicke in die afghanische Pflegebildung gewinnen (IP3 aus dem Jahr 2013, IP5 aus dem Jahr 2015 bis heute). IP4 hat ebenso einen pädagogischen Background und Erfahrungen von 1989 bis heute sammeln können. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## **7.5 Bestimmung des Erhebungsinstrumentes für die Experteninterviews**

Die Dokumentenanalyse dient als inhaltlicher Ausgangspunkt für die sich anschließenden Experteninterviews. Entsprechend wurden die aus der Dokumentenanalyse resultierenden Ergebnisse als Grundlage für die Konzeption des Erhebungsinstrumentes herangezogen. Zudem wurde sich an den Kategorien der Studien von Kraus et al. (2004, S. 27 ff.), Landenberger (2005, S. 177 ff.), Behrendt (2008, S. 118 ff.) und Lehmann et al. (2014, S. 15 ff.) (s. Kapitel 4.2) sowie dem Klassifikationsschemata von Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) (s. Kapitel 3) orientiert. Es wurde darauf geachtet die Kategorien so allgemein und offen wie möglich in die Fragen miteinfließen zu lassen. Sie galten lediglich als thematische Orientierung.

Experteninterviews sind in der Regel pragmatisch angelegt. Dies läge v. a. daran, dass das Forschungsinteresse thematisch begrenzt sei und Experten und Expertinnen häufig über eingeschränkte zeitliche Ressourcen verfügen würden (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahar 2008, S. 135). Vor diesem Hintergrund würden Experteninterviews als offene Leitfadenterviews konzipiert werden (vgl. Liebold & Trinczek 2009, S. 33). Eine leitfadentorientierte

Gesprächsführung hätte zudem den Vorteil, dass die forschende Person gegenüber der IP kompetent in ihrer Sache erscheine und das Gespräch erfolgreich verlaufe (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 8 f.; Meuser & Nagel 2010a, S. 377). Des Weiteren wird der Gesprächsverlauf durch den offenen Leitfaden einerseits thematisch gelenkt und andererseits größtmögliche Offenheit gewährleistet (vgl. Pfadenhauer 2009, S. 107). Da sich Experteninterviews auf ein spezifisches und der Expertise des Gesprächspartners entsprechendes Thema fokussieren, sei die Konzeption als Leitfadeninterview üblich (vgl. Przyborski & Wohrab-Sahr 2008, S. 134). Die interviewende Person müsse sich vorab intensiv mit dem Handlungsfeld der Expertinnen und Experten auseinandergesetzt haben (vgl. Lamnek 2010, S. 658). Durch die vorgeschaltete Dokumentenanalyse wird diese Forderung erfüllt.

Przyborski und Wohrab-Sahr (2008, S. 134 ff.) konstatieren, dass der Leitfaden aus verschiedenen, vom Forschungsinteresse abgeleiteten Fragen bestünde. Sie haben einen Metaleitfaden für Experteninterviews entwickelt, der für die Entwicklung eines auf die Fragestellung bezogenen Leitfadens herangezogen werden könne. Mit diesem solle erreicht werden, dass der größtmögliche Informationsgehalt zu den interessierenden Themen, ausgehend von dem Gesprächspartner, dargeboten wird. Gleichzeitig solle der besonderen Beziehungskonstellation im Experteninterview Rechnung getragen werden (vgl. ebd.). Der folgend dargestellte Metaleitfaden dient als Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens der Expertengespräche. Zunächst ist ein Vorgespräch mit den Expertinnen zu führen, in dem besonders darauf zu achten ist, sich selbst als Expertin des eigenen Fachgebietes zu präsentieren und der Expertin zu vermitteln, dass die Offenlegung ihres Spezialwissens für den Erfolg der Forschung unerlässlich wäre (vgl. Przyborski & Wohrab-Sahr 2008, S. 135). Somit wurde ein solches Vorgespräch nach der Eruiierung, welche Personen als Expertinnen geeignet sind (s. Kapitel 7.4.2) geführt. Bei zwei Expertinnen war dies nicht telefonisch, sondern nur per E-Mail möglich, da sie sich in Afghanistan befanden und keine stabile Internet- bzw. Telefonverbindung bestand. In dem Vorgespräch wurde das Forschungsvorhaben nochmals detailliert geschildert und verdeutlicht, dass die IP als Expertin mit ihren besonderen Kompetenzen und Wissensbestand zum Gelingen der Forschungsarbeit beitragen könne. Weiterhin sei es wesentlich die Rahmenbedingungen für das Experteninterview zu klären (vgl. ebd.). Die Expertinnen wurden über die groben Inhalte des Gespräches informiert, so dass sie sich entsprechend vorbereiten konnten. Es wurde ein Termin sowie der Ort für das Interview vereinbart. Des Weiteren wurden sie über den zeitlichen Rahmen von ca. eineinhalb Stunden informiert. Der zweite Schritt des Metaleitfadens beschreibt die Notwendigkeit den Expertinnen die Möglichkeit zur Selbstpräsentation zu geben (vgl. ebd.). Dies wurde bereits in den Vorgesprächen durchgeführt. Der Vorteil dies bereits im Vorgespräch zu verorten lag darin, dass dadurch herausgefunden werden konnte, inwiefern es sich um eine im Sinne der Fragestellung und Definition (s. Kapitel 7.4.2) geeignete Expertin

handelt. Für den Beginn des eigentlichen Interviews solle zur „*Stimulierung einer selbstläufigen Sachverhaltsdarstellung*“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 136) eine auf das Thema bezogene offene Frage gestellt werden, die es der Expertin ermögliche den Sachverhalt in der eigenen Struktur ausführlich zu beschreiben. Die Darstellung des Gesprächspartners dürfe nicht unterbrochen werden. Es schließen sich immanente Nachfragen an, indem die Expertin bzw. der Experte aufgefordert würde etwas detaillierter zu beschreiben oder ein konkretes Beispiel anzuführen. Es würden exmanente Nachfragen folgen, in denen die Expertin zur Darstellung spezifischer Sachverhalte aufgefordert werden solle. Die Fragen sollten das Betriebs- oder Deutungswissen der Expertin ergründen. Einige Fragen könnten an dieser Stelle bereits in den vorangegangenen Darstellungen beantwortet worden sein. Dies gelte es im Gesprächsverlauf zu berücksichtigen (vgl. ebd.). Przyborski und Wohlrab-Sahr (2008, S. 136 f.) schlagen vor in die Frage ein Problem einzubinden. Am Ende des Gespräches solle explizit das Deutungswissen ausgekundschaftet werden. Hierbei läge der Fokus nicht mehr auf den Erfahrungen der Expertin, sondern auf ihren Einschätzungen und den Schlüssen, die sie daraus zieht (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 137).

Es wurde ein Pretest mit einer Pflegekraft durchgeführt, die ihre Ausbildung im Iran absolvierte. Ein Pretest mit einer Pflegepädagogin oder einem Pflegepädagogen, die bzw. der in der Entwicklungshilfe tätig ist, erfolgte nicht, da keine geeignete Person gefunden wurde. Der Leitfaden für die afghanischen Pflegekräfte wurde nach dem Pretest umformuliert und es wurden Fragen ausgeklammert, die aufgrund des fehlenden pädagogischen Backgrounds der Pflegekraft nicht beantwortet werden konnten. Der Leitfaden für die Personen mit pädagogischen Kontext, die an der Qualifizierungspraxis in Afghanistan beteiligt sind, wurde ebenso sprachlich angepasst. Die Fragen wurden belassen, da sie für diese Personengruppe geeignet erschienen. Somit lagen zwei unterschiedliche Leitfäden vor: einer für die afghanischen Pflegekräfte und einer für die Pädagoginnen, die an der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan beteiligt waren und/oder sind. Die endgültigen Leitfäden können in den Anhängen 6 und 7 eingesehen werden. IP5 (s. Kapitel 7.4.2) berichtete, dass sie bis auf weiteres in Afghanistan sei und ein telefonisches Interview aufgrund der schlechten Telefon- und Internetverbindung nicht möglich wäre. Daher wurden die Fragen des Leitfadens in einem Fragenkatalog aufbereitet (s. Anhang 8) und ihr als Word-Dokument zugesandt mit der Bitte diesen schriftlich zu beantworten.

## 7.6 Durchführung der Experteninterviews

Vier Experteninterviews (IP1, IP2, IP3, IP4) fanden in dem Zeitraum vom 01.06.2016 bis 14.06.2016 statt. Die Antworten von IP5 gingen am 21.06.2016 bei der Forschenden ein. Drei Interviews wurden in den Wohnungen der Teilnehmerinnen durchgeführt. Mit einer

weiteren Expertin wurde das Gespräch am Arbeitsplatz der Interviewenden geführt. Bei der Durchführung der Experteninterviews wurde darauf geachtet mit den Gesprächspartnerinnen auf Augenhöhe zu kommunizieren und sie in ihrer Position als Expertin anzusprechen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 138). Zudem standen deren Relevanzen im Mittelpunkt und es wurde versucht, sie nicht dahingehend zu manipulieren (vgl. Pfadenhauer 2009, S. 103). Honer (2011, S. 41 ff.) plädiert dafür das Expertengespräch als sog. quasi-normales Gespräch zu konzipieren. Es wurde somit eine Kommunikationssituation hergestellt, die der Expertin vertraut ist. Hierfür hat sich die Interviewende auf den Sprachduktus der Expertinnen eingelassen (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 9).

Vor dem Interview wurden die Expertinnen hinsichtlich der Erhebung und des Umgangs mit ihren personenbezogenen Daten aufgeklärt. Es wurde ihnen dabei eine grundsätzliche Anonymisierung zugesichert. Sie wurden gefragt, ob sie damit einverstanden sind, dass ihr Werdegang innerhalb der Forschungsarbeit vorgestellt wird. Alle fünf Expertinnen erklärten sich ausnahmslos damit einverstanden und unterschrieben die Einverständniserklärung (s. Anhang 5). Zudem wurden sie gefragt, ob das Gespräch aufgezeichnet werden dürfe. Alle Teilnehmerinnen stimmten der Aufzeichnung mündlich und schriftlich zu.

Zu Beginn des Interviews wurden die Ziele des Forschungsvorhabens und des Gespräches verdeutlicht. Dadurch wird einerseits die Fachlichkeit der Interviewenden hervorgehoben. Auf der anderen Seite wird betont, welche Inhalte und Wissensbestände der Expertin im Mittelpunkt stehen sollen und dass es um das Erfahrungswissen der Expertin geht und eine Präsentation des Unternehmens oder ihrer Person nicht von übergeordneter Relevanz sind (vgl. ebd.). Mit Hilfe dieses Vorgehens stellt sich die Interviewende als informationsbedürftige, aber fachlich kompetente Quasi-Expertin dar (vgl. Pfadenhauer 2009, S. 106).

Der offen konzipierte Leitfaden diente zwar als Vorstrukturierung des Gespräches, wurde aber nicht in der Form eines „*zwingenden Ablaufmodell des Diskurses gehandhabt*“ (Meuser & Nagel. 1989, S. 9). Je nach Verlauf des Gespräches wurden manche Fragen vorgezogen, zurückgestellt oder gar nicht mehr thematisiert. Die Relevanzen der Expertin hatten immer Vorrang, um Ungeahntes nicht zu unterbinden (vgl. Meuser & Nagel 2010a, S. 378).

## **7.7 Bestimmung des Analyseverfahrens**

### **7.7.1 Dokumentenanalyse**

Die heuristisch-qualitative Textanalyse nach Kleinig (1991) erfüllt die in Kapitel 7.1 dargelegten Erfordernisse eines geeigneten Auswertungsverfahrens. Durch sie können soziale Strukturen, die in den Texten offenbart werden, entdeckt werden (vgl. Titschler 1998, S. 156). Kleinig (1994, S. 34 ff.) vertritt die Ansicht, dass in sozialen Systemen vielerlei Widersprüche innerhalb objektiver und dynamischer Strukturen existieren. Sollen nun, wie in

dieser Forschungsarbeit, Texte hinsichtlich sozialer Strukturen ausgewertet werden, ist diese Dialektik auch in dem verwendeten Analyseverfahren zu berücksichtigen. Wie beschrieben, sollte das Vorgehen auch gesamtgesellschaftliche Aspekte kritisch mitbetrachten. Kleining (1991; 1994) bietet mit seiner qualitativ-heuristischen Methodologie ein Textanalyseverfahren an, das die Kriterien einer heuristisch-dialektisch-kritischen Sozialforschung erfüllt. Es sei zudem auf alle Textarten anwendbar (vgl. Kleining 1991, S. 246). Ein weiterer Vorzug ist die Offenheit gegenüber dem Unbekannten, die dieses Vorgehen im gesamten Prozess berücksichtigt. Kleining (1991, S. 247) formuliert die Regel, dass alle Annahmen über den Forschungsgegenstand zu jeder Zeit vorläufig seien und diese sich entsprechend der Daten im Prozess verändern könnten. Ebenso sei der Gegenstand selbst offen. Dies bedeutet, dass das Thema ebenfalls vorläufig ist und sich durch die Entdeckung von Neuem verändern kann (vgl. ebd.). Da über die Strukturen der Pflegebildung in Afghanistan keine Erkenntnisse vorliegen, muss das verwendete Auswertungsverfahren genau diese Offenheit ermöglichen.

Die Pflegebildung in Afghanistan soll in ihrer Ganzheit beschrieben werden. So ist es erforderlich unterschiedliche Perspektiven auf diese einzunehmen. Diese Multiperspektivität berücksichtigt auch Kleining (1991) in seiner qualitativ-heuristischen Textanalyse. Er stellt die Regel auf, „*maximale strukturelle Variation der Perspektiven*“ (Kleining 1991, S. 247) zu ermöglichen. Er schließt eine weitere Regel an, in der er die Notwendigkeit aufzeigt diese Perspektiven auf deren Gemeinsamkeiten hin zu untersuchen (vgl. ebd.).

Kleining (1991, S. 246 ff.; 1994, S. 178 ff.) stellt in seiner qualitativ-heuristischen Methodologie zwei Varianten dar einen Text zu analysieren: Die Textbeobachtung und das Textexperiment. Gerade zu Beginn von Forschungsprojekten sind Textbeobachtungen ein guter Einstieg in das unbekannte Forschungsfeld (vgl. Kleining 1994, S. 184). In dieser Arbeit sollen die Qualifizierungspraktiken von Pflegekräften in Afghanistan erstmals beschrieben werden. Es sollen vordergründig inhaltliche Aspekte der Texte „beobachtet“ werden. Textexperimente sind eher auf strukturelle Aufdeckungen durch Sprachanalysen ausgerichtet (vgl. Kleining 1991, S. 250 ff.) und spielen hier eine untergeordnete Rolle. Hinzu kommt, dass sie auch sehr zeitaufwendig sind (vgl. Titschler 1998, S. 157). Die Textbeobachtung scheint für die vorliegenden Fragestellungen und Rahmenbedingungen der Forschungsarbeit geeignet zu sein.

Bei der Textbeobachtung wird der Such- und Findprozess durch Fragen, die der Analytiker an den Text stellt, in Gang gesetzt (vgl. Kleining 1991, S. 248). Der Text gibt auf diese Fragestellungen Antworten, die wiederum zu neuen, dem Text angemesseneren Fragen führen. Diese ergeben wiederum aussagekräftigere Antworten (vgl. ebd.). Kleining (1991, S. 247) beschreibt dies als das sog. Dialogprinzip, wodurch die gefundenen Phänomene im Verlauf des Prozesses immer detaillierter beschrieben werden können. Es sei irrelevant,

mit welcher Frage begonnen wird, da der Untersuchungsgegenstand in all seinen Dimensionen fremd und aufklärungsbedürftig wäre (vgl. ebd.). Es wurde immer mit der Eingangsfrage (s. unten) begonnen. Die weiteren Fragen wurden je nach Verlauf des Dialoges unterschiedlich gereiht. In dem Dialogprozess sollte immer der Grundsatz der Multiperspektivität berücksichtigt werden, wodurch eine Annäherung an die „*gesellschaftlich bestimmte Struktur*“ (Kleining 1991, S. 248) möglich wird. Je nach Dialogverlauf wurden daher Fragen hinzugefügt, spezifiziert oder umformuliert. Folgende Ausgangsfragen wurden, angelehnt an die Grundlegungen von Meier und Spreth (2003, S. 11 ff.) sowie einige Kategorien der Arbeiten von Kraus et al. (2004, S. 27 ff.), Landenberger (2005, S. 177 ff.), Behrendt (2008) sowie Lehmann et al. (2014, S. 15 ff.), entwickelt und im Rahmen des Dialogs an die Dokumente gestellt:

- Um welche Qualifizierungspraktiken geht es im Dokument?
- An welchen Lernorten finden die Qualifizierungspraktiken statt? Wie werden diese beschrieben?
- Inwieweit gibt es rechtliche Vorgaben?
- Wird die Qualifizierungsmaßnahme in irgendeiner Form verwaltet?
- Inwieweit gibt es Zugangsvoraussetzungen?
- Welches Ziel wird mit den Qualifizierungspraktiken angestrebt? Auf welche konkreten beruflichen Aufgaben werden die Lernenden vorbereitet?
- Welchen Umfang haben die Qualifizierungspraktiken?
- Wie ist die Qualifizierungsmaßnahme strukturiert und welche Inhalte werden vermittelt?
- Welche Lehr-Lern-Arrangements gibt es?
- Wer sind die Lehrenden, wie werden sie beschrieben und welche Qualifikationen haben sie?
- Wie wird das Klientel der Lernenden beschrieben?
- Inwiefern finden Evaluationen statt?
- Inwieweit haben Pflegekräfte die Möglichkeit nach der Erstqualifizierung weiter zu lernen?

Es können je nach Unterschiedlichkeit der Dokumente entweder alle gleichzeitig betrachtet oder zunächst für sich genommen analysiert und erst danach einer Gesamtanalyse unterzogen werden (vgl. Kleining 1991, S. 252). Die hier gefundenen Dokumente sind sowohl formal als auch inhaltlich sehr unterschiedlich (s. Kapitel 7.4.1). Daher wird sich für die zweite Variante entschieden. Mit jedem Dokument erfolgt zunächst einzeln der Dialog. Eine Validierung der Aussagen erfolgt am Ende durch deren Vergleich mit den Antworten aus anderen Textteilen dieses oder eines anderen analysierten Dokumentes (vgl. Kleining

1991, S. 250). Die einzelnen Dialoge mit den Dokumenten werden dafür dokumentenübergreifend thematisch sortiert und unter einer gemeinsamen Überschrift zusammengeführt. Folgend werden Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Aspekten, die durch die Dialoge zum Vorschein kamen, erschlossen. Es gilt Beziehungen herzustellen, indem Ähnliches identifiziert wird (vgl. Kleining 1991, S. 257).

Erst danach erfolgt der „*Umschlag in Kritik*“ (Kleining 1991, S. 261). In diesem Schritt sollen „*Beziehung[en] zwischen dem Text als Teil und dem Ganzen der gesellschaftlichen Bedingungen, die sich in ihm verfestigen und durch ihn erkennbar werden.*“ (Kleining 1991, S. 261) aufgedeckt werden. Methodisch wird hierbei wieder das Dialogprinzip angewandt (vgl. ebd.). Durch differenziertes Nachfragen werden mit Hilfe der Antworten des Textes bzw. der Texte gesellschaftliche Beziehungen aufgedeckt (vgl. ebd.). Die Kritik folgt daher aus den Texten und deren Struktur (vgl. ebd.). Der kritische Dialog wird in Beziehung mit den vorangegangenen Ergebnissen gestellt. Die Fragen wurden u. a. in Anlehnung an die Gliederung der Länderstudien im IHBB konzipiert (vgl. z. B. von Kopp 2013; Milolaza 2013). Folgende Fragen wurden im kritischen Dialog mit den Dokumenten gestellt:

- In welche geographischen, politischen, ökonomischen, kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten ist die im Text beschriebene Qualifizierung der Pflegekräfte eingebettet?
- Welche Gegebenheiten liegen im Bildungswesen vor?
- Welche Gegebenheiten liegen im Gesundheitswesen vor?

Bei der Analyse von Dokumenten gilt es den Grundsatz „*order all points*“ (Wolff 2009, S. 511 f.) zu beachten. Entsprechend sind neben den inhaltlichen Komponenten auch formale Aspekte sowie der Entstehungskontext des Dokumentes und der Hintergrund seiner Verfasser zu berücksichtigen. Dies wurde in Kapitel 7.4.1 für jedes Dokument aufgeführt. Bei der Ergebnisinterpretation erhalten diese Hintergrundinformationen ihre Bedeutsamkeit.

Die Dokumentation der Dokumentenanalyse ist in den elektronischen Anhängen 18 bis 32 zu finden. Diese können bei der Autorin angefragt werden.

### **7.7.2 Experteninterviews**

Das Analyseverfahren soll darauf abzielen repräsentative Anteile der Experteninterviews zu entdecken und die gefundenen Aussagen für Dritte kontrollierbar zu machen. Meuser und Nagel (1989, S. 11 f.) haben speziell für Experteninterviews ein Analysemodell entworfen, das sie als Entdeckungsstrategie ausweisen. Es gilt mit Hilfe eines thematischen Vergleichs Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten und typische Aussagen dafür zu finden (vgl. ebd.). Dabei sei der institutionell-organisatorische Kontext der Expertinnen und Experten im gesamten Analyseprozess miteinzubeziehen (vgl. Meuser & Nagel



1989, S. 13). Eine Vergleichbarkeit der Interviews sei nach Meuser und Nagel (1989, S. 13) wegen eben diesem gemeinsamen Kontext sowie des den Interviews zugrundeliegenden offenen Leitfadens gegeben. Hierdurch würden in allen Interviews gleiche bzw. ähnliche Themen fokussiert werden. Handelt es sich bei den Aussagen der Expertinnen um Betriebswissen, könnten die theoriegeleitet entwickelten Kategorien des Leitfadens in den Auswertungsprozess als Vorformulierungen mit aufgenommen werden. In der Regel sei aber eine Modifizierung nötig (vgl. ebd.). Da die Expertinnen über Betriebswissen Auskünfte geben, wird dies in dieser Untersuchung bei der Kategorienentwicklung berücksichtigt.

Meuser und Nagel (1989, S. 5) geben in ihrer Abhandlung bekannt, dass sie die explorativ-felderschließende Funktion von Experteninterviews nicht vordergründig beachten würden. Daher werden die Ausführungen von Ullrich (2006, S. 100 ff.) zum explorativen Experteninterview, in denen er eine Abwandlung der Methodik von Meuser und Nagel (1989, S. 11 ff.) vorschlägt, miteinbezogen. Meuser & Nagel (1989, S. 12) merken an, dass je nach den spezifischen Voraussetzungen einer Untersuchung eine Abwandlung der von ihnen vorgeschlagenen Analysestrategie möglich sei.

In einem ersten Auswertungsschritt wird die Transkription der auf Tonband aufgenommenen Interviews vorgenommen. Es wird auf aufwendige Notationssysteme verzichtet, da es um den Vergleich der Aussagen und Einschätzungen der Expertinnen geht und keine tiefenhermeneutische Analyse vorgenommen wird (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 14). Entsprechend könnten nach Meuser und Nagel (1989, S. 14) Pausen sowie non- und paraverbale Aspekte unberücksichtigt bleiben. Lediglich der Abbruch von Sätzen wird mit dem Zeichen / vermerkt, da einige der Expertinnen einen starken Akzent sprachen und die Struktur des Satzes in vielen Teilen nicht zum Vorschein kam. Meuser und Nagel (1989, S. 14 f.) sind zudem der Auffassung, dass nicht immer alle Passagen des Interviews transkribiert werden müssten und nur Textstellen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant erscheinen würden, wörtlich zu transkribieren seien. Da der gesamtgesellschaftliche Kontext explizit erforscht werden soll und dieser auch in beiläufigen Erzählungen zum Tragen kommt, wird sich für eine vollständige Transkription entschieden, um keine Informationen zu verlieren.

Im zweiten Schritt werden nach Meuser und Nagel (1989, S. 15 ff.) die Teile des Interviews, die inhaltlich für die Beantwortung der Forschungsfragen von Relevanz sind, paraphrasiert. Dies erfolge chronologisch entlang des Gesprächsverlaufes. Die Sequenzierung würde dabei anhand thematischer Einheiten vorgenommen werden. Je nach Rang des Themas variere der Detaillierungsgrad der Paraphrasen. Thematisch dürfe bei dieser Verdichtung nichts für die Fragestellung Relevantes unterschlagen werden. Ullrich (2006, S. 105) schlägt für die explorative Variante des Experteninterviews vor, diesen Schritt auszulassen, da die Aussagen der anderen Expertinnen im Sinne einer Bestätigung der Einzelaussage

als Quasi-Paraphrasen gelten würden. Allerdings seien die Reduzierungen nicht für Untersuchungen geeignet, in denen Expertinnen „über hochgradig spezialisiertes Partikularwissen verfügen.“ (Ullrich 2006, S. 105 f.). Da dies in dieser Studie hinsichtlich einiger Themenbereiche der Fall war, sind die Paraphrasen essentiell und können nicht entfallen. Zudem dienten sie dazu abzugleichen, inwieweit die Forschende die Expertinnen richtig verstanden hat. Hierfür wurden die Paraphrasen den Expertinnen zugesandt, die somit die Möglichkeit hatten eventuelle Missverständnisse anzumerken. Einige wenige Paraphrasen wurden daraufhin abgeändert.

Es folgt eine weitere Verdichtung jedes einzelnen Interviews für sich, indem für die paraphrasierten Passagen textnahe Überschriften bzw. Kodes gefunden werden (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 17; Meuser & Nagel 2010b, S. 488). Dabei dürfe und solle die Sequenzialität des Textes innerhalb der Passage zerrissen werden, da die Person in ihrem Lebenszusammenhang nicht interessiere, sondern der „Text als Dokument einer sozialen Struktur“ (Meuser & Nagel 1989, S. 17) betrachtet werden würde. Es sei möglich Passagen mehrere Überschriften zuzuordnen (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 17 f.).

Der sich anschließende Schritt findet nun interviewübergreifend statt. Die Themen der einzelnen Interviews werden miteinander verglichen. Gleiche bzw. ähnliche Themen werden zusammengestellt und deren Überschriften vereinheitlicht. Die Textnähe solle hierbei nach Meuser und Nagel (1989, S. 19) weiterhin bestehen bleiben. Wenn es möglich sei, sollten Begriffe oder Redewendungen einer Expertin exakt übernommen werden, um die Orientierung an deren Relevanzsystemen zu gewährleisten. Nach der Festlegung einer gemeinsamen Überschrift, werden die Paraphrasen der einzelnen Passagen darunter aufgeführt. Dabei werden bereits Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen deutlich. Am Ende dieses Schrittes sei es wichtig, eine Rückprüfung am Ausgangsmaterial vorzunehmen und Zuordnungen ggf. zu revidieren (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 19 ff.).

Es folgen die soziologische Konzeptualisierung und theoretische Generalisierung (vgl. Meuser & Nagel 1989, S. 21 ff.). Ullrich (2006, S. 107) konstatiert, dass diese Schritte bei explorativen Experteninterviews nicht zwingend durchlaufen werden müssen bzw. können. Da die Ergebnisse vorrangig die Qualifizierungspraxis der Pflegekräfte in Afghanistan beschreiben sollen und eine soziologische Konzeptualisierung für manche Passagen nicht sinnvoll und möglich ist, wird darauf verzichtet. Er schlägt stattdessen „eine Beschreibung des im bisherigen Auswertungsprozess umgruppierten Materials“ (Ullrich 2006, S. 107) vor. Dies wird bei der Analyse als letzter Schritt umgesetzt.

Die vollständige Analyse ist den elektronischen Anhängen 38 bis 43 zu entnehmen. Diese können bei der Autorin angefragt werden.

## 8 Pflegen lernen in Afghanistan - Darstellung und kontextuelle Einbettung der Ergebnisse

### 8.1 Afghanistan - ein Land im Umbruch?

#### 8.1.1 Geographie

Die islamische Republik Afghanistan ist mit ihren Steppen, Wüsten und Hochgebirgen ein Binnenstaat Zentralasiens, der aus 34 Provinzen besteht (vgl. Hölzer 2016; Auswärtiges Amt 2016). Mit einer Fläche von ca. 652.000 km<sup>2</sup> ist Afghanistan etwa doppelt so groß wie die Bundesrepublik Deutschland (vgl. Hölzer 2016). Die Hauptstadt Afghanistans ist Kabul (vgl. IOM 2014, S. 3). Annähernd drei Viertel des Landes bestehen aus zum Teil sehr schwer zugänglichen Gebirgen (vgl. Hölzer 2016), weshalb Reisen sehr beschwerlich und langwierig sind. Durch die bergige Landschaft können nur wenige begünstigte Regionen besiedelt werden (vgl. Kreuzmann 2007, S. 197). Afghanistan ist durch sein trockenes Kontinentalklima, je nach Region, mit Sommer-Winterextremen von -59 °C bis +53 °C sowie starken Tag-Nacht-Schwankungen gekennzeichnet (vgl. Auswärtiges Amt 2016). Aufgrund des geringen Niederschlages können nur 10% des Landes wiederkehrend ackerbaulich genutzt werden (vgl. Hölzer 2016). Zudem haben die Dürrezeiten enorme Folgen für die Wasserversorgung (vgl. IOM 2014, S. 11). Lediglich 24% der afghanischen Haushalte haben Zugang zu sauberem Trinkwasser, weshalb durch Trinkwasser übertragene Krankheiten keine Seltenheit sind. Sie begünstigen die hohe Kindersterblichkeit (vgl. ebd.). Gesundheitliche Gefährdungen ergeben sich zudem durch die toxischen Kriegsrückstände in den Böden (vgl. ebd.). Infrastrukturell ist Afghanistan eines der am schlechtesten entwickelten Länder der Welt (vgl. Kreuzmann 2007, S. 196). In D2 wird dies wie folgt beschrieben: „...selbst in den Städten eingeschränkte Infrastruktur – wie verlässliche Wasser- und Energieversorgung, Abfallentsorgung, Pflegematerial, Zugang zu fachlichen Netzwerken...“ (D2 S. 4, Z. 25-28, rechte Spalte)

#### 8.1.2 Bevölkerungs- und Sozialstruktur

Nach Schätzungen aus den Jahren 2012 und 2013 hat Afghanistan ca. 25 bis 30 Millionen Einwohner (vgl. IOM 2014, S. 3; Auswärtiges Amt 2016). Da es nur wenige Städte gibt, leben 73% der Bevölkerung auf dem Land (vgl. Kreuzmann 2007, S. 196). Aufgrund der besseren Lebensumstände in der Stadt, ist seit einigen Jahren eine verstärkte Landflucht zu verzeichnen (vgl. Schwittek 2011, S. 74 ff.)

Afghanistan ist durch viele verschiedene Kulturen geprägt, was an dessen Lage und dem Faktum jeher Durchgangsland gewesen zu sein, liegt (vgl. Schetter 2007, S. 124 f.;

Schwitek 2011, S. 64 ff.). Folglich gibt es zahlreiche verschiedene Stämme und Ethnien, die nebeneinander leben. Eine räumliche Verortung der Ethnien ist nicht möglich, da in einigen Gebieten mehrere Volksgruppen leben. Nach Schätzungen existieren zwischen 50 und 200 verschiedene ethnische Gruppen. Die größten Volksgruppen sind die Paschtunen (ca. 40%), die Tadschiken (ca. 25%), die Hazara (ca. 10%) und die Usbeken (ca. 6%) (vgl. Auswärtiges Amt 2016). Afghanistan ist eine Stammesgesellschaft, in der sich die ethnischen Gruppen über ihre Stammesstrukturen definieren (vgl. Schetter 2007, S. 125). Ein Stamm ist charakterisiert durch die gemeinsamen verwandtschaftlichen Beziehungen, da sie von dem gleichen Ahnherrn abstammen. Er besteht aus mehreren Sippen, die wiederum in mehrere Familien ausdifferenziert werden (vgl. Schwitek 2011, S. 63). Durch die verschiedenen ethnischen Gruppen gibt es keine einheitliche Landessprache (vgl. Schetter 2007, S. 124 ff.). Je nach Stammeszugehörigkeit sprechen die Afghanen Paschtu, Dari, Usbekisch, Turkmenisch oder andere Dialekte (vgl. ebd.). Das Prinzip der Stämme wirkt sich auch auf das Verhalten der Afghanen aus (vgl. Schwitek 2011, S. 63 ff.). Kontrolle und Rechenschaftspflicht spielen eine große Rolle (vgl. Schwitek 2011, S. 79). Die familiäre Bindung ist sehr ausgeprägt. Dies zeigt sich daran, dass die Familie in allen Lebensbereichen Vorrang hat, das Leben von der Familie bestimmt wird und die Familienmitglieder füreinander einstehen (vgl. ebd.). IP4 äußerte hierzu: *„Ich will eben nur sagen, das wird alles aufgefangen von der Familie und da besteht dann auch so diese Sippenhaft.“* (IP4 S. 5, Z. 30-31) Gegenüber den Mitgliedern anderer Stämme zeigen sich Afghanen misstrauisch (vgl. Schwitek 2011, S. 63 ff.). Dies führt dazu, dass der Aufbau staatlicher Strukturen verhindert wird (vgl. Schwitek 2011, S. 63 ff.; Hölzer 2016). Kinder werden nicht in staatliche Schulen geschickt und Konflikte ohne das Zuziehen staatlicher Vertreter innerhalb des Stammes gelöst (vgl. ebd.). Die soziale Organisation übernehmen, insbesondere auf dem Land, lokale Würdenträger, geistliche Führer oder Dorf- und Clanälteste, welche die afghanischen Tugenden Mut, Weisheit, Freigiebigkeit sowie Frömmigkeit besitzen und militärische Erfolge oder Kontakte nachweisen können (vgl. Hölzer 2016). Die Sippe bleibt unter sich und findet eigene Lösungen, indem ihre Ältesten abstimmen und entscheiden. Folgendes Zitat von IP4 bringt dies zum Ausdruck: *„Also es ist eine Hierarchie. Es gibt noch die Hierarchie oder die Ältesten, der Ältestenrat. Die Ältesten bestimmen das. Das ist zu Hause die ältere Frau, die Mutter, die Großmutter oder von der männlichen Seite der Vater, der Großvater. Die bestimmen im Grunde. Aber es ist eine Gesellschaft auch des Consultations. Es wird konsultiert. Es wird dann fast wie, kann man sagen, demokratisch abgestimmt.“* (IP4 S. 4, Z. 28-32)

Ein weiteres Merkmal der afghanischen Gesellschaft ist die unterschiedliche Rollenverteilung von Frau und Mann, die von kulturellen und religiösen Traditionen geprägt ist (vgl. Huber 2007, S. 188 ff.). Der Mann ist der Beschützer der Familienehre (vgl. Schwitek 2011, S. 123 f.; Huber 2007, S. 190; Hölzer 2016). Er hat dafür zu sorgen, dass die Frauen und

Mädchen vor anderen Männern und vor böser Nachrede geschützt werden. Dies hat zur Folge, dass die Afghaninnen sich in ihrer Lebensweise einschränken müssen. In den meisten Provinzen dürfen sie nicht alleine öffentlich auftreten und sich nicht ohne ein männliches Familienmitglied frei bewegen (vgl. Huber 2007, S. 188; Schwitek 2011, S. 124). In diesem Sinne wird es ihnen häufig nicht gestattet eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen (vgl. Bell 2013, S. 7). IP5 äußerte *„Berufstätige Frauen sind noch immer ein Unding hier, es sei denn, die Frau muss Broterwerberin sein.“* (IP5 S. 5, Z. 23-24). Ebenso dürfen Mädchen oft nicht in höhere Schulen gehen, die weit entfernt sind, weil sie den Weg nicht alleine auf sich nehmen dürfen (vgl. Schwitek 2011, S. 124). Der eingeschränkte Zugang zu höherer Bildung spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass afghanische Frauen meist nicht berufstätig sind. IP4 berichtete *„Es hängt alles damit zusammen, dass es nicht genügend Frauen im Beruf gibt. Oder mit Schulbildung. Und das ist ja auch noch ganz wichtig zu erwähnen. Gerade in den Provinzen. Ich muss froh sein. Also alle Frauen bei uns haben alle keine 12 Klassen. Die haben alle vielleicht nur vier oder sechs.“* (IP4 S. 18, Z. 9-12) Ebenso schließt die Rolle des Mannes mit ein, dass er als Familienvater entscheidet, wen seine Töchter heiraten (vgl. Schwitek 2011, S. 123). Die junge Frau bzw. das Mädchen darf sich dieser Entscheidung nicht entziehen (vgl. Schwitek 2011, S. 116). Bereits im Kindesalter kann die Hochzeit vereinbart werden (vgl. Rzehak 2007, S. 116). Obwohl diese patriarchalen Vorstellungen aus westlicher Perspektive einer Unterdrückung der Frau gleichkommen, wird dies von den Afghaninnen nicht uneingeschränkt geteilt. Ihre Rolle, als dem Mann untergeordnete Frau am Herd, gehört zu ihrer eigenen Identität (vgl. Huber 2007, S. 188). IP4 erklärte, dass sich die Frauen komisch vorkommen würden, wenn es das Besitzdenken der Männer nicht gäbe (IP4 S. 13, Z. 24-26). Hervorstellen ist die Entwicklung, dass sich das Frauenbild auf dem Land heute von dem in der Stadt unterscheidet (vgl. Huber 2007, S. 188; Bell 2013, S. 7; Rzehak 2007, S. 123). An der traditionellen Rollenverteilung wird in der Stadt weniger strikt festgehalten, wie IP3 hervorhob: *„Weil an sich die Frauen in Afghanistan ja kaum arbeiten draußen oder früher so. Außer jetzt in der Stadt, aber in ländlichen Regionen ist es ja so: das ist eine Frau, die ist ja zu Hause. Und auch wenn sie zur Schule geht, wenn sie heiratet, ist sie dann wieder zu Hause.“* (IP3 S. 7, Z. 8-11)

### 8.1.3 Religion

Der Islam ist in Afghanistan in allen Lebensbereichen allgegenwärtig (vgl. Rzehak 2007, S. 111 ff.; Schwitek 2011, S. 116). Für den religiösen Afghanen sind alle Regeln und Gesetze religiöser Herkunft, auch wenn dies nicht immer der Fall ist (vgl. Schwitek 2011, S. 116). Der Islam bestimmt somit das öffentliche Leben und die Handlungen jeder einzelnen Person (vgl. Rzehak 2007, S. 110). 99% der afghanischen Bevölkerung bekennen sich zum Islam (vgl. Hölzer 2016). Nicht-Moslems sind in den Augen religiöser Afghanen Ungläubige.

Die konfessionelle Zugehörigkeit richtet sich nach der Stammeszugehörigkeit. In Afghanistan gibt es eine dominierende religiöse Gruppe, die Sunniten (ca. 80%). Die Schiiten (19%) und sonstige Glaubenszugehörigkeiten stellen dagegen eine Minderheit dar und erfahren häufig Diskriminierungen (vgl. Rzehak 2007, S. 110 ff.; Auswärtiges Amt 2016).

Die religiöse Frömmigkeit wird stark sozial kontrolliert und durch Anleitungen der Mullahs stabilisiert (vgl. Schwitek 2011, S. 117). Jeder Afghane hat die Scharia-Gesetze zu beachten (vgl. ebd.). Der Koran, als *Das Wort Gottes*, hat für die Afghanen den höchsten Wert (vgl. Schwitek 2011, S. 115). Zu den religiösen Verpflichtungen zählen u. a. das fünfmalige tägliche Gebet sowie das Freitagsgebet in der Moschee. Des Weiteren sind die religiösen Afghanen verpflichtet während des Ramadans von Sonnenauf- bis Sonnenuntergang zu fasten (vgl. Rzehak 2007, S. 116). Dies hat Auswirkungen auf die Volkswirtschaft, da es die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit der arbeitenden Bevölkerung einschränkt (vgl. Schwitek 2011, S. 115 f.; Rzehak 2007, S. 118). Die Verhüllung des weiblichen Körpers in der Öffentlichkeit ist auch auf die Scharia zurückzuführen und dient dem Schutz der Frau. Die Schamhaftigkeit der Bevölkerung und das absolute Nacktheitsverbot sind ebenso religiösen Ursprungs. Entsprechend gelten auch für Männer Kleidervorschriften. Eng anliegende oder kurzärmelige Kleider sind auch für sie verboten (vgl. Rzehak 2007, S. 117). Dies hat auch Auswirkungen auf die Möglichkeiten der gesundheitlichen Behandlung der Afghanen. IP2 erzählte: *„...weil die Leute sind nicht gewöhnt, dass für eine Fremde sich zeigen. Zum Beispiel gerade eine Frau kann sich nicht vor einer Krankenschwester oder einer Frau als Hebamme sich nackt zu machen oder die Hose runter zu machen, sich auf den Tisch zu legen oder auf dem Geburtsbett zu legen. Und das ist einfach so eine große Schamsache.“* (IP2 S. 3, Z. 10-14)

Eine weitere religiös bedingte Besonderheit ist der Respekt und die Ehre, die älteren Menschen entgegen gebracht wird. Wenn ein Afghane die älteren Familienmitglieder bis zu deren Tod beherbergt und bewirbt, wird er seiner religiösen Pflicht gerecht. Entsprechend werden Einrichtungen wie Altenheime verachtet und sind im ganzen Land nicht zu finden (vgl. Rzehak 2007, S. 117). Gläubigkeit ist weiterhin mit Tugenden der Wohlerzogenheit verbunden. Sich gut zu benehmen, bescheiden und freigiebig zu sein, sind Pflichten eines jeden frommen Moslems. Daher rührt auch die übermäßige Gastfreundschaft der Afghanen (vgl. Rzehak 2007, S. 117). Die Religion hat zudem Einflüsse auf das Bildungswesen und die politischen Entwicklungen. Diese werden in den folgenden Kapiteln thematisiert.

#### **8.1.4 Politische und ökonomische Entwicklungen seit den 1970er Jahren**

Afghanistan befindet sich seit 37 Jahren im Bürgerkrieg, auch wenn sich die Akteure und deren Motive sowie Kräfteverhältnisse immer wieder geändert haben (vgl. Bell 2013, S. 2). Es gab seit dem 27.04.1978, an dem es zum Staatsstreich eines Teils der Demokratischen

Volkspartei Afghanistan (DVPA) kam, keine das gesamte Staatsgebiet kontrollierende Regierung mehr (vgl. ebd.). Es folgte eine Schreckensherrschaft der DVPA, in der Reformen radikal umgesetzt und politische Gegner unterdrückt wurden (vgl. Schetter 2012). Aus Sorge um ihren politischen Machtverlust marschierte die Sowjetunion (UdSSR), der ehemalige Bündnispartner der DVPA, im Jahr 1979 in Afghanistan ein (vgl. ebd.). Bis 1989 besetzte die UdSSR das Land. In dieser Zeit wurde in Afghanistan ein Weltkonflikt, der kalte Krieg, zwischen den USA und der UdSSR, ausgetragen. Die USA stellten sich gegen die UdSSR und kämpften gemeinsam mit den afghanischen Freiheitskämpfern, den Mudschaheddin. Über eine Millionen Menschen starben in dieser Zeit und immer mehr Afghanen flohen in das Ausland (vgl. Bell 2013, S. 3). IP3 betonte, dass dies vor allem die Oberschicht gewesen sei (IP3 S. 15, Z. 1-14). Kaum war die UdSSR abgezogen, interessierte sich auch die USA nicht mehr für das Land, worüber die Afghanen sehr enttäuscht waren (vgl. Bell 2013, S. 2 f.). Die Herrschaft des Staatspräsidenten Nadjibullah, der 1986 von der UdSSR eingesetzt wurde, konnte sich bis zum Jahr 1992 behaupten, bis die Mudschaheddin die Regierung übernahmen und ein Bürgerkrieg begann, in dem es zum Zerfall Afghanistans in Kleinreiche und zur Zerstörung der Hauptstadt Kabul kam (vgl. Schetter 2012; Chiari 2007, S. 229). Die Regierung der Mudschaheddin überdauerte bis 1996 (vgl. ebd.). Nachdem die Taliban 1994 die Macht über Südafghanistan erhielten und 1996 die Stadt Kabul einnahmen, erklärten sie Afghanistan zum Islamischen Emirat (vgl. Schetter 2012; Bell 2013, S. 3). Mit ihrer religiösen Kompromisslosigkeit und paschtunischen Ausrichtung kämpften sie gegen alle anderen Konfessionen (vgl. Schetter 2003, S. 547 f.). Dieser Kampf führte zu Verhärtungen zwischen den verschiedenen Ethnien (vgl. ebd.). Zudem kam es durch die extremen religiösen Überzeugungen der Taliban dazu, dass Frauen aus der Öffentlichkeit ausgeschlossen wurden. Mädchenschulen wurden geschlossen und Frauen durften keiner Arbeit mehr nachgehen, wie IP4 (IP4 S. 23, Z. 23) und IP5 (IP5 S. 5, Z. 12-13) hervorhoben. Da die Taliban nach dem Terroranschlag vom 11. September 2001 Osama Bin Laden nicht an die USA auslieferten, führten die USA Luftangriffe gegen die Taliban, deren Regierung daraufhin zusammenbrach (vgl. Schetter 2012). Die USA implementierte zusammen mit der internationalen Gemeinschaft eine Übergangsregierung unter der Führung des Staatspräsidenten Karzai. Seit jener Zeit versuchen die International Security Assistance Force (bis 2014), die North Atlantic Treaty Organization (NATO) und viele NGOs das zerstörte Land wiederaufzubauen und gesellschaftliche sowie staatliche Strukturen zu implementieren (vgl. Koch 2014). Trotzdem kam es durch das Wiedererstarken der Taliban immer wieder zu gewaltsamen Konflikten (vgl. Schetter 2012; Bell 2013, S. 3). Das zunehmende Gewaltpotential rührt von dem Abzug internationaler Truppen im Jahr 2014 her, wodurch die ethnischen Konflikte wieder zunahmten und sich die Zahl der Flüchtlinge erhöhte (vgl. Mediendienst Integration 2015, S. 9). Die derzeitige angespannte Sicherheitslage wurde von IP3 (IP3 S. 14, Z. 17-30) und IP5 (IP5 S. 1, Z. 12-13) hervorgesellt.

Entsprechend der jahrzehntelangen Kriege ist Afghanistan heute eines der ärmsten Entwicklungsländer der Welt (vgl. Koch 2014, S. 28). 39% der Bevölkerung sind verarmt (vgl. Hölzer 2016). Seit 2002 erhielt Afghanistan zwar finanzielle Unterstützung aus dem Ausland, diese geht aber seit 2014 aufgrund der schlechter werdenden Sicherheitslage rapide zurück, was sich negativ auf den Arbeitsmarkt auswirkt (vgl. IOM 2015, S. 2). Das monatliche Durchschnittseinkommen betrug 2014 zwischen 29 und 157 Euro (vgl. IOM 2014, S. 12). Ca. 50% der Bevölkerung sind arbeitslos oder unterbeschäftigt (vgl. Koch 2014, S. 28).

Afghanistan ist eine Agrargesellschaft. Etwa 60% der Erwerbsbevölkerung sind in der Landwirtschaft tätig (vgl. Koch 2014, S. 28). Dies sind vor allem kleine Familienbetriebe (vgl. Hölzer 2016). Allerdings wird die Landwirtschaft eine immer weniger sichere Lebensgrundlage, weshalb viele Familien in den Provinzen verarmen (vgl. Bell 2013, S. 10).

Insgesamt sind Politik und Wirtschaft stark von Korruption und der Macht der Regierenden geprägt. Die Gelder aus dem Ausland kamen nicht, wie eigentlich angedacht, der gesamten Gesellschaft zu Gute. Vielmehr bereicherte sich der regierungsnahen Kreis und verwendete die Gelder privat (vgl. Bell 2013, S. 9 f.). Diese immer größer werdende Kluft zwischen arm und reich ist eines der Gründe für das steigende Gewaltpotential in Afghanistan (vgl. ebd.). Die Korruption des Staates zeigt sich dadurch, dass Behörden oft nur arbeiten, wenn sie Bestechungsgelder erhalten. IP4 berichtete: *„Vieles konnten wir einfach gar nicht machen, weil unsere Leute waren in Kabul und wenn sie ins Ministerium kommen: ‚Komm morgen wieder. Komm nächste Woche wieder.‘ Und das haben wir nie gemacht Bakschisch geben. Sonst arbeiten die nicht.“* (IP4 S. 29, Z. 10-13) Das Phänomen der Korruption beschränkt sich nicht nur auf die staatliche Ebene, sondern ist auch in allen anderen Lebensbereichen zu finden. IP5 verdeutlichte, dass das Engagement Einzelner an dieser Stelle oft an ihre Grenzen stößt: *„Bei all dem gibt es ja immer noch Individuen, die ein persönliches Engagement zu verwirklichen versuchen. Aber gegen das herrschende Mass an behördlicher und persönlicher Korruption auf allen Ebenen und in allen Lebensbereichen anzukämpfen, übersteigt die Möglichkeiten der Meisten.“* (IP5 S. 1, Z. 9-12)

### 8.1.5 Bildungswesen

In Afghanistan bestehen ein religiöses und ein staatliches Bildungswesen nebeneinander (vgl. IOM 2015, S. 3). Unabhängig von der Schulform beträgt die Schulpflicht neun Jahre. Die Zuständigkeit für die staatlichen Schulen liegt beim Bildungsministerium. Das Ministerium für Hochschulbildung ist für die universitäre Ausbildung verantwortlich (vgl. IW 2016, S. 1). Einen Überblick über das folgend beschriebene Bildungswesen gibt Anhang 10.

Bei den Religionsschulen handelt es sich um die traditionelleren und älteren Bildungseinrichtungen, die an Moscheen angesiedelt sind und in denen Mullahs unterrichten (vgl. IOM



2015, S. 3; Hölzer 2016). Bis zur zwölften Klasse besuchen die Lernenden eine Islamschule, an deren Ende sie das Zeugnis der islamischen Bildung erhalten. Danach haben sie die Möglichkeit in zwei Jahren an der höheren Islamschule das Zeugnis der höheren islamischen Bildung zu erhalten. In den ersten zwölf Jahren (Dar-ul-Huffaz) lernen die Schülerinnen und Schüler aus dem Koran, indem sie ihn auswendig lernen und rezitieren. In der höheren Islamschule (Madrasas) werden sie in Islamwissenschaften unterrichtet (vgl. IW 2016, S. 2). Aktuell gibt es in Afghanistan noch 874 Islamschulen (vgl. Islamic Republic of Afghanistan 2016, S. 2).

Daneben existiert das staatliche Bildungswesen (vgl. Hölzer 2016). In den ersten sechs Jahren gehen die Kinder in die Primärschule, in der sie Grundlagen im Schreiben, Lesen, Rechnen und über die nationale Kultur lernen (vgl. IOM 2015, S. 3). Nach der sechsjährigen Grundschulzeit schließt sich die Sekundarstufe I an, die nach weiteren drei Jahren den Zugang zur allgemeinbildenden Oberschule, der Berufsschule oder der Islamschule (Dar-ul-Uloom) ermöglicht, jedoch zu keinem offiziellen Abschluss führt (vgl. IW 2016, S. 5). Die Schulpflicht endet daher, ohne dass der Schulabgänger bzw. die Schulabgängerin einen Abschluss besitzt. Nach der dreijährigen Sekundarstufe II erhalten die Absolventinnen und Absolventen das Zeugnis der Allgemeinbildung (Baccalauria), das den Zugang zur Universität ermöglicht. Ebenso eröffnet der Abschluss den Eingang in die höhere Berufsbildung an den sog. Colleges, die nach zwei Jahren zum Zeugnis der höheren Berufsbildung führt (Associate Level Diploma). Zu den Ausbildungsberufen der höheren Berufsbildung zählen solche, die besonders anspruchsvoll sind (vgl. IW 2016, S. 1 f.). Welche dies sind, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht identifiziert werden.

Die grundlegende Berufsbildung an Berufsschulen nach der Sekundarstufe I dauert drei Jahre und endet mit dem Zeugnis der Berufsbildung (Vocational Baccalauria). Danach können die Absolventinnen und Absolventen entweder in das Berufsleben einsteigen oder die höhere Berufsschule besuchen und einen höherwertigen Beruf erlernen. Neben staatlichen Berufsschulen gibt es auch akkreditierte private Berufsschulen. Das Berufsschulabschlusszeugnis darf hingegen nur durch das Bildungsministerium ausgestellt werden. Die staatlichen Berufsschulen sind Vollzeitschulen. Entsprechend der Vorgaben müssen mindestens 60% der Schulzeit aus praktischen Anteilen bestehen. Infolge des schlechten baulichen Zustands vieler Schulen und der nicht ausreichend qualifizierten Lehrkräfte, kann dies meist nicht erfüllt werden. Prinzipiell bestehen für Lehrende an Berufsschulen keine pädagogischen Aus- oder Weiterbildungen. Ausbildungsordnungen existieren nur für einige Ausbildungsgänge. Ebenso fehlen in vielen Fachdisziplinen Lehrbücher (vgl. IW 2016, S. 2).

Grundsätzlich ist die berufliche Ausbildung in Afghanistan nicht sehr angesehen. Es ist üblich entweder im Betrieb informell zu lernen oder bestenfalls ein Studium abzuschließen. IP3 explizierte: „Das sind so Handwerksberufe also. Und man möchte ja studieren. Das ist

*ja auch wieder dieses, wenn man studiert hat, dann ist man, das hört sich jetzt böse an, aber man ist etwas Besseres, als ein einfacherer Bürger, der jetzt nur eine Ausbildung macht und Handwerker ist.“ (IP3 S. 8, Z. 5-8)*

Die Lehrer für die allgemeinbildenden Schulen werden an den Higher Teacher Colleges ausgebildet. Diese Ausbildung kann nach dem Baccalauria erfolgen und dauert zwei Jahre. Die Absolventinnen und Absolventen erhalten das Zeugnis der Lehrerausbildung (Higher Teacher's College Certificate) und haben damit die Möglichkeit an die Universität zu gehen (vgl. IW 2016, S. 2).

Die Gesundheitsfachberufe sind nicht in dem o. g. Berufsschulsystem eingeschlossen. Deren Ausbildung findet an den Institutes of Health Sciences (IHS), die unter der Jurisdiktion des Gesundheitsministeriums stehen, oder Universitäten statt, wie in D2 eingehend beschrieben wird (D2 S. 4, Z. 45-46, rechte Spalte - S. 5, Z. 16-24, linke Spalte). Auf die Pflegebildung wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, da sie in den folgenden Kapiteln ausführlich geschildert wird. Insgesamt gibt es in Afghanistan heute neun IHS<sup>9</sup> (vgl. Islamic Republic of Afghanistan 2016, S. 1).

Neben den formalen Berufsausbildungen bestehen ebenso informelle, nicht reglementierte Qualifizierungswege. Dabei bilden Handwerksbetriebe ohne weitere Vorgaben aus. Es wird kein offizielles Zertifikat ausgehändigt (vgl. IW 2016, S. 2 ff.).

An den staatlichen und privaten Universitäten werden Bachelor- und Masterprogramme angeboten. Die Studienprogramme sind auf vier bis sieben Jahre ausgelegt (vgl. IW 2016, S. 5). Neben fachlicher Inhalte der jeweiligen Studiengänge, müssen alle Studierende allgemeinbildende Fächer, wie Religionslehre, Englisch und Sport belegen. Religionslehre ist dabei in allen Semestern zu studieren. Dies zeigt D5 auf (D5 S. 11-14). Die starke religiöse Verhaftung der Gesellschaft wird hier sehr deutlich. Jeder Lebensbereich wird von der Religion mitbestimmt. IP3 gab für den Islamunterricht an den Universitäten folgende Erklärung: *„Weil aufgrund dieser ganzen politischen Lage und die sich immer sehr streng darauf berufen, dass sie sehr gläubige Menschen sind und das der Glaube ja nicht vernachlässigt werden darf, ist das extrem integriert. Also sehr. Also ich glaube eine wirklich plausible Erklärung gibt es da nicht. Es ist einfach kulturell und aufgrund der Menschen, die jetzt gerade an der Macht sind. Und aber auch, weil die Menschen auch wiederum auch so sehr orthodox oder sehr einfach sind, konservativ. Dass man sagt, dass man das sozusagen beibehält, damit man das Gefühl hat, dass die Kinder jetzt irgendwie etwas lernen, was nicht gegen die Religion ist oder das da nichts Religiöses vernachlässigt wird.“ (IP3 S. 13, Z. 13-20)*

---

<sup>9</sup> Die IHS liegen in Kabul, Kandahar, Nangarhar, Badakhshan, Herat, Balkh, Farah, Helmand und Kundus.

Staatliche Bildungsinstitutionen sind grundsätzlich kostenfrei. Bei privaten Einrichtungen können ggf. Schulgelder anfallen. Hier sei erwähnt, dass dies mit korrupten Verhaltensweisen zusammenhängen kann. Private Bildungseinrichtungen haben daher ein geringeres Ansehen als öffentliche Schulen. Grundsätzlich können in Afghanistan alle Zertifikate erkaufte werden und müssen nicht mit dem erfolgreichen Bestehen einer Prüfung zusammenhängen. IP4 stellte klar: *„Und was man auch wissen muss, Zertifikate können gekauft werden. Das kann man alles fälschen. Also das sagt gar nichts über die Qualifikation aus.“* (IP4 S. 21, Z. 16-18)

Trotz der Schulpflicht ist die Analphabetisierungsrate bei den 15- bis 24-Jährigen enorm hoch. Nur 18% der jungen Frauen und 51% der jungen Männer können lesen und schreiben (vgl. IOM 2014, S. 18). Dies könnte zum einen an dem in Kapitel 8.1.2 beschriebenen Misstrauen gegenüber dem Staat und dem Ausschluss der Frauen von Bildung während der Talibanzeit liegen (s. Kapitel 8.1.4). Zum größten Teil ist es wahrscheinlich aber auf die Tatsache zurückzuführen, dass ca. 70% aller Bildungseinrichtungen während der Kriege zerstört wurden und ein massiver Mangel an Lehrenden und Schulmaterial besteht (vgl. ebd.). Der Lehrermangel ist darin begründet, dass in den Kriegsjahren zahlreiche Lehrkräfte ins Ausland flohen (IP3 S. 15, Z. 1-14). Hinzu kommt, dass Unterrichtsmaterialien nicht vom Staat zur Verfügung gestellt werden, sondern von den Familien selbst zu finanzieren sind. Viele arme Familien können sich dies nicht leisten (vgl. Hölzer 2016). Weiterhin müssen viele Kinder zum Lebensunterhalt ihrer Familie beitragen und können nicht in die Schule gehen (vgl. ebd.). Auch die in Kapitel 8.1.2 beschriebene Tatsache, dass die Familie vor allem anderen kommt, behindert die Bildung der Kinder. In D2 wird dies wie folgt thematisiert: *„Die traditionelle Familienpflege [...] stellt Bildungserfolge der Betreuenden infrage, wenn sie noch zur Schule gehen. Die Familie eines Kranken würde kaum tolerieren, dass sich ein Mitglied diesem Dienst wegen Schulpflicht [...] entzöge. Im Extrem führt diese Tradition dazu, dass pflegende/betreuende Kinder überhaupt nicht zur Schule gehen können.“* (D2 S. 3, Z. 44-50, rechte Spalte) Insgesamt gehen etwa 40% der schulpflichtigen Kinder, und darunter 60% der Mädchen, nicht in die Schule. Nur 30% der Männer und 10% der Frauen über 25 haben heute einen Schulabschluss (vgl. Hölzer 2016). Die afghanischen Unterrichtsmethoden könnten zudem ein Faktum sein, welches den schlechten Bildungsgrad der Gesellschaft erklärt. Im Rahmen eines Frontalunterrichts halten die Lehrenden einen Vortrag, während die Lernenden diesen mitschreiben. Fragen werden erst von der Lehrkraft beantwortet und dann im Chor von den Schülerinnen und Schülern wiederholt (vgl. Schwitek 2011, S. 49 ff.). Für die Prüfungen werden die Mitschriften auswendig gelernt und rezipiert. Die Praxis dieser Lehr-Lern-Methoden wird von allen IPen beschrieben.

Das Bildungswesen wird seit 2001 durch zahlreiche ausländische Hilfsprojekte unterstützt (vgl. IOM 2014, S. 18; Koch 2014, S. 30 f.). Bei der Förderung der beruflichen Bildung und

der Hochschulbildung standen die angemessene Qualifizierung der Berufsschullehrkräfte sowie die Entsendung von Gastdozentinnen und -dozenten im Vordergrund. Erwähnenswert ist, dass das formale Berufsbildungssystem erst seit 2002 mit ausländischer Unterstützung aufgebaut wurde. Davor gab es nur vereinzelt Schulen (vgl. Koch 2014, S. 30 ff.).

### 8.1.6 Gesundheitswesen

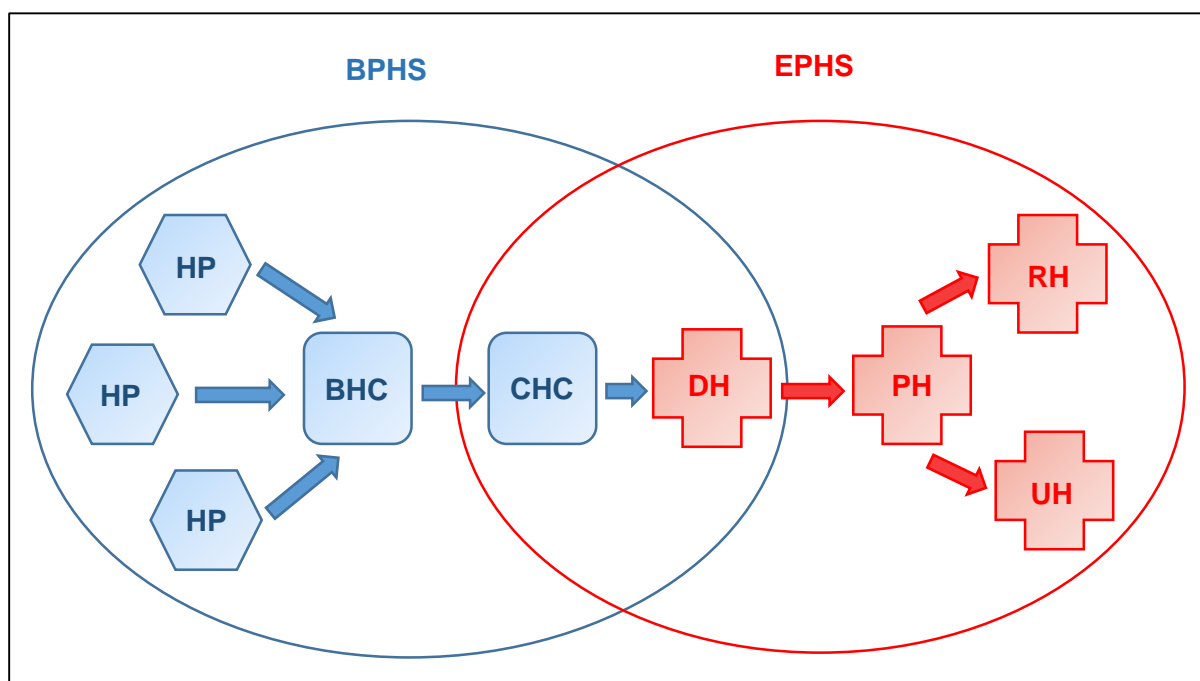
Genauso wie das Bildungswesen, ist auch das Gesundheitswesen im Krieg völlig zerstört worden (vgl. Hölzer 2016), so dass nach dem Fall der Taliban nur 9% der afghanischen Bevölkerung Zugang zu Gesundheitseinrichtungen hatten. Durch die Mithilfe des Auslandes konnte das Gesundheitswesen teilweise wieder aufgebaut werden. Heute haben 57% der Afghanen Zugang zu einer grundversorgenden medizinischen Einrichtung (vgl. Koch 2014, S. 48). Die medizinische Versorgung ist grundsätzlich kostenfrei (vgl. IOM 2015, S. 1). Gleichwohl besitzen viele staatliche Krankenhäuser keine Materialien oder Medikamente, so dass die Patientinnen und Patienten nur behandelt werden können, wenn sie diese selbst kaufen und mitbringen (IP3 S. 8, Z. 35 - S. 9, Z. 1-9). Zudem können aufgrund fehlender Gerätschaften und Personal nicht alle Krankheiten behandelt werden (vgl. IOM 2015). IP4 machte deutlich, dass in den meisten Krankenhäusern lediglich einfache Operationen, wie z. B. eine Appendektomie, erbracht werden könnten (IP4 S. 24, Z. 30-35 - S. 25, Z. 1-15). Der Personalmangel im Gesundheitswesen stellt ein massives Problem dar. Besonders auf dem Land fehlt medizinisches Personal z. T. vollständig. Die neu errichteten Gesundheitseinrichtungen werden daher vielerorts nicht genutzt (vgl. IOM 2014, S. 17). Einige der IPen führten den Pflagenotstand auf die Niedriglöhne sowie das geringe gesellschaftliche Ansehen zurück. Die fehlende gesellschaftliche Anerkennung sei dabei kulturell bedingt. Wie in Kapitel 8.1.2 und 8.1.3 beschrieben, ist es eine Schande nackte Körper zu sehen oder zu zeigen. Es ist nicht ehrenhaft mit den Ausscheidungen von Fremden in Kontakt zu kommen. Zudem sind die weiblichen Pflegekräfte, besonders nachts, mit männlichem Gesundheitspersonal zusammen. Die Familienehre wird hierdurch gefährdet. IP2 erzählte: *„Die dachten wir sind einfach nicht gute Menschen, sozusagen. Kann sein, dass die mit Männern dort so ein Verhältnis haben. Ja gerade, wenn ein Mädchen noch nicht verheiratet ist.“* (IP2 S. 15, Z. 14-16) Besonders für Frauen sei der Beruf daher nicht geeignet. Das geringe Ansehen hätte sogar dazu geführt, dass einige Frauen ihre pflegerische Tätigkeit verachteten (IP2 S. 14, Z. 24-25). Aus diesem Grund fehlen auch zahlreiche Frauen in der Pflege. Hinzu kommt, dass es im Land zu wenige gebildete Frauen gibt, die für eine formale Ausbildung als Pflegekraft zugelassen werden können. Dies ist dramatisch, da Frauen zumeist nur von Frauen, insbesondere gynäkologisch, behandelt werden dürfen und deren Versorgung darunter leidet. Medizinerinnen und Mediziner haben hingegen ein deutlich besseres Ansehen. Dies liegt mitunter daran, dass sie studiert haben (s. Kapitel 8.1.5). IP5 verdeutlichte den Mangel an weiblichen Pflegepersonal wie folgt: *„Es hat noch*

*immer zu wenig Anwärtnerinnen, weil eine ganze Generation ausfiel (Talibanherrschaft). Aber weil der Pflegeberuf das Letzte ist, was ein Mädchen lernen sollte, vom Prestige her, gehen gebildete Mädchen erst recht nicht in die Pflege. Wenn schon, dann Medizin oder Hebammerei. Da spielt der Lohn auch eine große Rolle. Die Pflege hat keinerlei Ansehen.“* (IP5 S. 5, Z. 13-15) Mit den politischen Entwicklungen hat sich der Pflegeberuf daher vom Frauen- zum Männerberuf entwickelt. Dies spiegelt sich auch im Verhältnis der Aussagen der IP1 und IP2 mit den Angaben der IP3, IP4 und IP5 wider. Aufgrund des höheren Ansehens von Ärztinnen und Ärzten, werden Pflegenden als Doktor betitelt. Durch das Tragen eines weißen Kittels, forcieren sie dies selbst (IP3 S. 3, Z. 10-16). Zudem führen Pflegekräfte ausschließlich medizinische Verordnungen aus, was dazu beiträgt, dass Patientinnen und Patienten sie als Medizinerinnen und Mediziner wahrnehmen. Grundpflegerische Tätigkeiten gehören nicht zu ihren Aufgaben. Dies wird von Angehörigen durchgeführt. Der Zusammenhang zu den Einstellungen zur Nacktheit und dem Schamgefühl der Afghanen (s. Kapitel 8.1.2 und 8.1.3) wird hier wieder deutlich. IP3 berichtete: *„Im Arbeitsfeld ist es so, dass die also, als ich das Krankenhaus besucht habe, also waschen und kleiden, das machen die nicht. Da gibt es die Angehörigen.“* (IP3 S. 3, Z. 29-30). Grundsätzlich sind in Afghanistan Berufsbezeichnungen nicht geschützt. Jede Person, die in irgendeiner Form medizinische Behandlung anbietet, ist in den Augen der Menschen Arzt oder Ärztin und betitelt sich auch selbst als Doktor. Dies können sogar ungelernete Kräfte sein, die wegen des massiven Pflegenotstandes auf dem Land Medikamente verabreichen. IP4 stellte klar: *„Also es gibt auch nicht überall in der Provinz einen Arzt. Es gibt keinen Titelschutz. Wenn Sie einem eine Spritze verpassen, dann sind sie gleich Doktor für alle dort.“* (IP4 S. 17, Z. 22-24)

Entsprechend der geschilderten Lage im Gesundheitswesen ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung sehr schlecht, auch wenn durch die internationalen Hilfen die Mütter- und Kindersterblichkeit enorm gesunken ist (vgl. Koch 2014, S. 48). Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 44 Jahre (vgl. IOM 2014, S. 16). Durch die schlechten hygienischen Verhältnisse, fehlende sanitäre Einrichtungen und die eingeschränkte Trinkwasserversorgung sind es v. a. Infektionskrankheiten, an denen die Menschen erkranken (vgl. ebd.). IP4 erklärte, dass die Afghanen kein Bewusstsein für hygienisches Verhalten hätten, da sie vieles nicht wüssten, besäßen oder gewohnt seien (IP4 S. 33, Z. 36-37 - S. 34, Z. 1-9). Dass das hygienische Arbeiten ebenso bei den Pflegekräften keine Priorität hat, wurde von den IPen bestätigt (u. a. IP4 S. 33, Z. 9-37 - S. 34, Z. 1-12). Die Nutzung des Gesundheitswesens wird zudem dadurch verhindert, dass die ländliche Bevölkerung nur alternative und religiös verwurzelte Behandlungsmethoden kennt. IP3 erzählte: *„Also noch nicht einmal diesen Arzt aufzusuchen, geschweige denn die Pflegekraft. Sondern die gehen dann zum Mullah und denken, wenn der ein Gebet spricht und irgendwas aufschreibt und dann sie was/ Also so abergläubig, dass dann das Kind gesund wird.“* (IP3 S. 12, Z. 21-24) Die neuen durch das Ausland eingeführten Systeme seien ihnen fremd (IP3 S. 14, Z. 3-13).

Der Aufbau des Gesundheitswesens wurde in D5 und D6 dargestellt (D5 S. 6-7; D6 S. 7-8) und wird folgend beschrieben. Es werden zwei Sektoren unterschieden, der Basic Package Health Sector (BPHS) und der Essential Package of the Hospital Sector (EPHS). Der BPHS soll die medizinische Versorgung der ländlichen Bevölkerung sicherstellen. Hierfür gibt es mobile Einheiten aus Gesundheitshelferinnen und -helfern, die sog. Health Posts (HP), die auf Gemeindeebene tätig werden. Sie erfüllen in geringem Umfang kurative Maßnahmen und sind für die Aufklärung der Bevölkerung zuständig. Bei Fällen, die ihre Kompetenzen und Möglichkeiten überschreiten, werden die Patientinnen und Patienten an die Basic Health Center (BHC), die nächste Einheit des BPHS, weitergeleitet. Hier arbeiten Pflegekräfte, Hebammen und Impfkkräfte, die Geburtshilfe, Wochenbettpflege, Überwachung von Kinderkrankheiten und Tuberkulose anbieten und Medikamente verteilen. Im akuten Krankheitsfall erfolgt eine Weiterleitung an das Comprehensive Health Center (CHC). Bei komplexeren Erkrankungen wird in ein Krankenhaus des EPHS eingewiesen. In der Regel sind dies zunächst die District Hospitals (DH), die für ein bis vier Distrikte in einer Provinz zuständig sind und zwischen 30 und 75 Betten führen. Das CHC und das DH sind daher die Schnittstellen zwischen BPHS und EPHS. Der nächst größere Krankentyp, in dem es auch Physiotherapie, Ernährungsprogramme sowie Rehabilitations- und Infektionsabteilungen gibt, sind die Provincial Hospitals (PH). Sie sind für eine Provinz zuständig und besitzen 100 bis 200 Betten. Die Regional Hospitals (RH) sind mit 200 bis 400 Betten größer und bieten umfassendere chirurgische Behandlung an. University Hospitals (UH) sind RHs, die an Universitäten angesiedelt sind und medizinische Fachkräfte im Rahmen ihres Studiums ausbilden. Abbildung 2 verdeutlicht das Zusammenspiel zwischen BPHS und EPHS.

**Abbildung 2 Aufbau des afghanischen Gesundheitswesens**



Erwähnenswert ist zudem, dass es in Afghanistan keine psychosozialen Gesundheitseinrichtungen gibt (IP4 S. 27, Z. 32-33), was hinsichtlich der Traumatisierung der Bevölkerung durch den Krieg tragisch ist (vgl. Hölzer 2016). Entsprechend gibt es auch kein Personal, das in dieser Fachdisziplin ausgebildet ist. Psychisch erkrankte und auch behinderte Menschen werden aus der Gesellschaft ausgeschlossen. In D5 wird dies folgendermaßen ausgeführt: *„Psychische Krankheiten und geistige Behinderung werden in der Bevölkerung mehrheitlich als Fluch, als ansteckend oder als Schande betrachtet. Somit sind psychiatrische Institutionen praktisch nicht existent. Psychisch Kranke oder geistig Behinderte werden oft versteckt und nicht selten Opfer von Missbrauch.“* (D2 S. 1, Z. 37-42, rechte Spalte)

## 8.2 Formales nicht-akademisches Pflegenlernen

### 8.2.1 Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung

Die Entstehung der nicht-akademischen Pflegeschulen kristallisierte sich besonders durch die Analyse der Dokumente heraus. Folgend werden die Ergebnisse der dokumentenübergreifenden Analyse dargestellt und mit Aussagen der IPen ergänzt.

Die erste Pflegeschule Afghanistans wurde im Jahr 1940 von der medizinischen Fakultät der Kabul University gegründet. Mit deutscher Unterstützung implementierte das Gesundheitsministerium (MoPH) im Jahr 1962 eine zweite Schulform für Pflegende in Kabul. Es entwickelten sich zwei verschiedene Schultypen für Pflegekräfte mit unterschiedlichen Abschlüssen. Es war möglich die Ausbildung zur Krankenschwester (nurse) oder zur Krankenschwester-Hebamme (nurse midwife) zu absolvieren. Die beiden Schulen wurden in den 1970er Jahren in einem intermediär ausgerichteten Gesundheits- und Wissenschaftsinstitut (Intermediate Health and Science Institution) zusammengefasst. Junge Frauen, die in Kabul lebten, konnten an diesem Institut eine Ausbildung zur Krankenschwester oder Krankenschwester-Hebamme beginnen. IP1 ist an dieser staatlichen Schule gewesen und erzählte, dass Männer in den Ausbildungsgängen nicht zugelassen worden seien (IP1 S. 6, Z. 18). Den beiden Bildungsgängen wurden unterschiedliche Wertigkeiten zugesprochen. IP1 berichtete: *„Aber als Krankenschwester eine Stufe unter Krankenschwester-Hebamme. So ist das. Die Ausbildung zu Krankenschwester und Hebamme ist mehr wert.“* (IP1 S. 5, Z. 17-18) Trotzdem ist nicht anzunehmen, dass sich die Qualifikationsniveaus unterscheiden. IP1 äußerte, dass die Ausbildungen gleich gewesen seien und der einzige Unterschied darin bestanden hätte, dass die Krankenschwester-Hebammen in der gleichen Zeit zwei Abschlüsse erhielten (IP1 S. 5, Z. 8-9).

Neben diesem Bildungsinstitut gab es noch eine Pflegeschule für Frauen und eine für Männer sowie eine Schule für Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte. Die private Frauenschule wurde von den US-Amerikanern aufgebaut und unterstützt, wie IP2, die an dieser

Schule ihre Ausbildung absolvierte, erzählte (IP2 S. 2, Z. 14-17; S. 3, Z. 31-35; S. 15, Z. 33-35 - S. 16, Z. 1-13). Die Bildungseinrichtung qualifizierte zur Krankenschwester-Hebamme. An ihr war ein Internat angegliedert, da die aufgenommenen Schülerinnen ausnahmslos von weit entlegenen Regionen Afghanistans nach Kabul kamen. Damit auch für diese Gebiete Krankenschwester-Hebammen zur Verfügung stehen konnten, wurde diese Schulform mit Unterstützung der USA implementiert.

Die Pflegeschule für Männer qualifizierte zum Arztassistenten. Zur damaligen Zeit fand diese Ausbildung entweder an dieser Schule oder durch informelles Lernen im Rahmen eines Training on the job statt, wobei Letzteres häufiger der Fall gewesen zu sein schien (s. Kapitel 8.4.1). Mit der Zeit hat sich die Qualifizierungspraxis immer mehr in den Betrieb verlagert, so dass Arztassistenten heute keine formale Ausbildung mehr absolvieren. Dies zeigte sich in dem Vergleich der Aussagen aller IPen zur Arztassistentenausbildung.

In den 1970er Jahren wurde zudem in Kabul eine Hilfsausbildung an einer privaten Schule mit Unterstützung der USA eingeführt: die Ausbildung zur Krankenschwester-Hebammen-Hilfskraft (Auxiliary Nurse-Midwife, ANM). Die ANMs kamen zur Ausbildung nach Kabul und kehrten danach wieder in ihre Provinzen zurück, um die Gesundheitsversorgung auf dem Land zu sichern. Diese formale Ausbildung existiert heute nicht mehr. Gegenwärtig qualifizieren sich Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte informell (s. Kapitel 8.4).

Parallel entwickelten sich in anderen größeren Städten Pflegeschulen, wie z. B. die Kandahar Nursing School (1977). Zu Beginn der 1980er Jahre wurden landesweit alle Schulen nach und nach geschlossen. Die UdSSR führte ein neues System ein und siedelte die Pflege- und Hebammenausbildung an den Intermediate Medical Education Institutes (IMEIs) an, an denen seit Mitte der 1960er Jahren bereits andere Gesundheitsfachberufe ausgebildet wurden. Diese befanden sich in den Großstädten: Herat, Helmand, Kandahar, Kabul, Mazar-I-Sharif, Faizabad, Kundus and Jalalabad. Die Taliban übernahmen 1996 dieses System, änderten aber die Curricula und schlossen Frauen von der Ausbildung aus. Die Taliban bildeten nur noch für ihre eigenen Frauen Krankenschwester-Hebammen, versteckt in Kandahar, aus. Ausschließlich das Institut in Kabul bildete bis zum Ende der Talibanzeit Pflegekräfte aus. Alle anderen Standorte waren geschlossen oder funktionierten nur noch eingeschränkt, da die Gebäude zerstört waren.

Trotzdem es die Schulen und die Ausbildungen, zumindest zeitweise, noch gab, wurden in den Kriegszeiten kaum Pflegekräfte umfassend ausgebildet. Die IPen berichteten geschlossen, dass es eine professionelle Ausbildung während dem Krieg nicht gegeben hätte. Mit dem Einmarsch der UdSSR hätte sich die Situation an den Schulen massiv verschlechtert. IP1 und IP2 haben diese Zeit selbst erlebt, da sie ihre Ausbildung während dieser Umbruchphase absolvierten. Es seien kaum Lehrende und Material mehr verfügbar gewesen.



Weiterhin trug die sich zunehmend verschlechternde Sicherheitslage dazu bei, dass ein Schulbesuch kaum mehr möglich war. Die US-Amerikaner hätten das private Mädcheninternat verlassen, was zu einer schlechteren Ausbildungsqualität geführt hätte. Es wird zudem deutlich, dass die Schulen unter der Talibanherrschaft kaum mehr funktionieren konnten, da Frauen Bildungseinrichtungen nicht mehr besuchen durften. Der Ausbildungsberuf war hingegen für Frauen konzipiert. Es musste nun ein männliches Schülerklientel ausgebildet werden, die sicherlich keine geburtshelferischen Tätigkeiten mehr lernten. Schließlich dürfen Frauen ihre nackten Körper nicht gegenüber Männer zeigen (s. Kapitel 8.1.3). Es wird angenommen, dass eine solche konzeptionelle Veränderung der Ausbildung während der Kriegszeiten nicht erfolgreich möglich gewesen sein kann. Diese Annahme deckt sich auch mit den Aussagen der IPen, die mehrheitlich davon sprachen, dass der Krieg eine geregelte Ausbildung verhindert hätte. IP2 erzählte: *„Nach zwei Jahren Ausbildung da kam richtig Krieg. Da war dann nicht so gut gewesen. Auch von dem Unterrichtsbereich. Da waren auch immer so reduziert worden und auch von Material. Ganze Probleme danach ist dann gekommen.“* (IP2 S. 8, Z. 34-36) Trotzdem arbeiteten mit Beginn des Krieges immer mehr Männer, wahrscheinlich die meisten informell qualifiziert, im Pflegeberuf. Einige Männer hatten die Möglichkeit nach Pakistan zu flüchten und dort eine kurze formale Ausbildung zum OP-Pfleger oder eine 18-monatige Ausbildung zum Technican durchzuführen. Technicans sind Fachleute für Röntgen- und Labordiagnostik. IP4 berichtete von einigen ihrer Mitarbeiter, die diese Möglichkeit in Anspruch genommen hatten (IP4 S. 3, Z. 14-30; S. 23, Z. 21-32 - S. 24, Z. 1-29). Frauen hätten sich mit Kriegsbeginn mehr und mehr aus dem öffentlichen Leben zurückgezogen, wie IP2 beschrieb (IP2 S. 11, Z. 28-34 - S. 12 Z. 4-13).

Die IMEIs wurden nach dem Fall der Taliban, im Jahr 2001, in Institutes of Health Sciences umbenannt und durch das Gesundheitsministerium mit Unterstützung aus dem Ausland wieder aufgebaut. Der Wiederaufbau begann an dem noch funktionierenden IHS in Kabul (GIHS), welches als Vorbild für alle anderen IHS im Land gelten sollte. Das dort entwickelte Curriculum gilt als sog. „standard curriculum“ (IP5 S. 1, Z. 2) und findet nationale Anwendung. Parallel wurde das IHS in Kandahar (KIHS) wieder gegründet. An diesen IHS werden seither Pflegekräfte (nurses) und Hebammen (midwives) in verschiedenen Ausbildungsgängen ausgebildet. Sowohl Männer als auch Frauen können heute eine Ausbildung zur Pflegekraft absolvieren. Eine formale Ausbildung zur Krankenschwester-Hebamme besteht nicht mehr. Sie werden weiterhin informell ausgebildet (s. Kapitel 8.4). Es wurden Übergangsprogramme für die weiblichen Auszubildenden geschaffen, die vor der Talibanzeit ihre Ausbildung begonnen hatten und nicht abschließen konnten. Des Weiteren wurde der Zugang zu praktischen Ausbildungseinrichtungen verbessert und weiteres Lehrpersonal ausgebildet und eingestellt. Seit 2004 gibt es nun neben dem IHS in Kabul und Kandahar weitere IHS in Nangarhar, Badakhshan, Herat, Balkh, Farah, Helmand und Kundus. Die Pflegekräfte und Hebammen werden in den Hauptstädten dieser Provinzen für das gesamte

umliegende Land ausgebildet. Die formalen Qualifizierungspraktiken sind vorwiegend auf die Städte begrenzt. Grundsätzlich gibt es auf dem Land keine formale Ausbildung. Dies wurde von allen IPen bestätigt. Zukünftig sollen am KIHS sechsmonatige Vorbereitungskurse speziell für Frauen etabliert werden. Am GIHS in Kabul wurde wiederum, unter Mitwirken zahlreicher NGOs, im Jahr 2009 ein weiterer Ausbildungsgang zur Community Health Nurse (CHN) eingeführt. CHNs sind eine Mischung aus Pflegekraft und Gesundheitshelferinnen und -helfern, die in den ländlicheren Gegenden im Bereich des BPHS eingesetzt werden. Sie lösen die ANMs ab, die früher für die Pflege und Geburtshilfe in ländlichen Regionen zuständig waren.

Neben den staatlichen Schulen gibt es heute immer mehr privatisierte Bildungseinrichtungen, die Pflegende ausbilden. Diese sind meist an einem Krankenhaus angesiedelt und bilden speziell dessen Personal aus. IP1, IP2 und IP5 bestätigten dies. Da IP2 erst vor einem Jahr verschiedene Krankenhäuser in Afghanistan besuchte, und IP1 noch viele Kontakte zu ehemaligen Arbeitskolleginnen in Afghanistan hat, werden deren Aussagen hierzu als zuverlässig eingeschätzt. Verschiedene NGOs versuchten auch seit den 1990er Jahren in den ländlichen Regionen eigenständig Ausbildungsprogramme für die vielen ungelerten Pflegekräfte an den Krankenhäusern der Provinzen zu etablieren. Diese sind aber kaum oder gar nicht standardisiert im Vergleich zu den Ausbildungen an den IHS. Eines dieser Ausbildungsprogramme beschreibt D4. Jede Hilfsorganisation hat jedoch ihre eigenen Konzepte. Dies stellte IP4 mehrfach hervor. Dadurch kann nicht von einer Qualifizierungspraxis auf eine Andere geschlossen werden. IP5 berichtete von den privaten Schulen der Aga Khan Stiftung in Kabul, die ihren Hauptsitz in Pakistan haben. Diese würden eine theoretisch fundierte Ausbildung anbieten (IP5 S. 4, Z. 30-31). Die privaten Schulen sind nicht außerhalb der Hauptssysteme beruflicher Bildung zu sehen. Sie sind neben dem öffentlichen Schulsystem eine zweite Schiene, die ebenso zu anerkannten formalen Abschlüssen führt.

## 8.2.2 Rechts- und Verwaltungsrahmen

Für die Ausbildung aller in Kapitel 8.2.1 beschriebenen Ausbildungsgänge lagen bzw. liegen wahrscheinlich keine rechtlichen Rahmenbedingungen vor. Kein Dokument gab hierüber Auskunft. Ebenso waren den IPen keinerlei Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien bekannt, welche die Ausbildung regeln würden. Die einzige staatliche Vorgabe bezog sich in den 1970er Jahren auf das Schwören eines Eides, um die Zulassung als Krankenschwester-Hebamme zu erhalten. Die Absolventinnen und Absolventen mussten vor der Zeugnisübergabe auf den Islamischen Staat Afghanistan schwören, dass sie verschiedene Tugenden in ihrer weiteren Tätigkeit erfüllen würden. IP1 erklärte: *„Da müssen wir vor diese Versammlung versprechen etwas. Und auch wir machen auch sowas wie Hippokratischer Eid. Versprechen, dass du von Herzen alles richtig machst. Nicht falsch machen und nicht*

*lügen.*“ (IP1 S. 10, Z. 28-30) Nach dem erfolgreichen Abschluss wurden die Absolventinnen und Absolventen den Gesundheitseinrichtungen, in denen sie zukünftig arbeiten werden, zugewiesen. Inwieweit diese Praxis heute noch üblich ist, blieb unklar. Zumindest berichteten nur IP1 und IP2 von dieser Regelung (IP1 S. 3, Z. 4-15; IP2 S. 17, Z. 25-34). Die übrigen IPen konnten über die heutige Verfahrensweise keine Auskunft geben. Entsprechend der Aussagen von IP4 kann vermutet werden, dass heute eine gewisse Berufsfreiheit besteht. Schließlich rekrutiert ihr Krankenhaus eigenständig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Trotzdem es scheinbar keine rechtlichen Regelungen gibt, wird die Ausbildung, heute wie früher, von Regierungsvertretern überwacht. Allerdings dient die Kontrolle der Qualifizierungspraxis durch den Staat nur der Außenpräsentation des Ministeriums und deren Vertretern und hat nicht die Qualitätssicherung zum Zweck. Werden Missstände aufgedeckt, erfolgen keine weiteren Maßnahmen durch den Staat. IP5 verdeutlichte: *„Die Regierung überwacht nichts wirklich. Bestenfalls liest sie die (Schein-)berichte, die die Institutionen abliefern. Inspektionen werden angekündigt und frisiert. Sie dienen dem Prestige des besuchenden Ministers, nicht der Ausbildung. Sollte etwas mangeln, gibt es trotzdem nichts, denn die Regierung verwendet die Mittel anders – privat. Und im Wissen, dass schon bald die nächste Regierung folgt, lohnen sich keine Investitionen.“* (IP5 S. 4, Z. 3-7) Die Ausstellung von Zeugnissen obliegt in jedem Fall der Regierung, selbst wenn es sich um private Bildungseinrichtungen handelt. Ebenso sind Regierungsvertreter bei den Abschlussprüfungen anwesend. IP2 berichtete: *„Das wurde auch durch den Staat Afghanistan, Kabul, auch die ganze Auflage wurde beobachtet und kontrolliert. Weil die waren Ausländer zum Beispiel die Amerikaner. [...] Nicht, dass die jetzt eine freie Ausbildung oder Ausbildung gewesen, dass die Staat nicht damit beteiligt war. Wir haben Zertifikat und diese Abschluss von dem Staat bekommen gestempelt.“* (IP2 S. 6, Z. 28-33)

Die dokumentenübergreifende Analyse gab Aufschluss über den Verwaltungsrahmen der Pflegeschulen. Behördlich unterstehen sie dem MoPH. Die Anzahl der Auszubildenden pro Jahr und Schule werden durch das Human Resource Department des MoPH bestimmt.

Auf institutioneller Ebene gibt es an den IHS zwei Vizepräsidenten, die für Wissenschaft und Ausbildung zuständig sind. Für Verwaltungsaufgaben und akademische Angelegenheiten ist je ein Direktor eingesetzt. Diese vier Positionen bilden die Leitungsebene der IHS. Es kam hier in der Vergangenheit, aufgrund der zahlreichen Regierungswechsel, häufig zu Umbesetzungen. Das Institut besteht aus verschiedenen Abteilungen. Ursprünglich (bis 2002) waren dies neun Abteilungen, wobei die Pflegeausbildung an dem Fundamental Medical Department angesiedelt war. Die einzelnen Abteilungen kooperieren miteinander. Fachspezifische Kurse werden für Ausbildungsgänge anderer Abteilungen durchgeführt. Da die Institutionen nach veralteten Methoden verwaltet wurden und viele wesentliche ad-

ministrative Tätigkeiten, wie die Durchführung von Monitoringprogrammen oder die systematische Aufarbeitung der Betriebszahlen, nicht erfolgten, wurden mit ausländischer Hilfe Umstrukturierungsmaßnahmen getroffen. Seit 2004 gibt es daher nur noch fünf Abteilungen. Die Pflege- und Hebammenausbildung sind seither keiner dieser Abteilung mehr zugeordnet. Eine separate Schule wurde für diese Ausbildungsgänge unter dem Dach des IHS eröffnet. Für jeden Ausbildungsgang wurde ein Koordinator eingesetzt. Seit 2002 wird das GIHS durch zahlreiche NGOs sowie die WHO unterstützt. Das GIHS ist als Vorbild für alle anderen IHS die Koordinierungszentrale der landesweiten Ausbildung der Pflegekräfte.

Wie die privaten Schulen, die durch internationale NGOs und ausländische Bildungseinrichtungen aufgebaut wurden, verwaltet werden bleibt weitgehend unklar. Behördlich werden sie zumindest kontrolliert, obwohl die Kontrolle aufgrund der oben beschriebenen korrupten und scheinheiligen Praktiken der Regierung nicht überbewertet werden kann.

### 8.2.3 Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden

Insbesondere D1, D2, D3, D6 und D7 enthielten Informationen über die Zugangsvoraussetzungen an den staatlichen Schulen. Ergänzt werden diese von den Aussagen der IPen.

Bis Anfang der 2000er Jahre waren neun Jahre Allgemeinbildung die Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Krankenschwester bzw. Krankenschwester-Hebamme. Die Ausbildung konnte daher nach der Sekundarstufe I begonnen werden (s. Kapitel 8.1.5). Mit den Umstrukturierungsmaßnahmen ab dem Jahr 2002 durch die NGOs sowie die WHO wurden die Zugangsvoraussetzungen angehoben. Seither ist der Abschluss der 12. Klasse und somit die Vollendung der Sekundarstufe II (s. Kapitel 8.1.5) Voraussetzung für die Ausbildung am IHS. Trotzdem wurden diese Zugangsvoraussetzungen in Afghanistan zu keiner Zeit streng umgesetzt, wie auch IP2 hervorhob (IP2 S. 13, Z. 32-35 - S. 14, Z. 1-21). Die Aufnahme an den staatlichen Schulen konnte und kann auch begonnen werden, wenn der Kandidat bzw. die Kandidatin weniger allgemeine Schulbildung absolviert hat. Voraussetzung ist dafür immer gewesen, dass sie über gute sprachliche und naturwissenschaftliche Kenntnisse verfügen. D6 verdeutlicht, dass die Ausnahmeregelung aufgrund des Mangels an gebildeten Kandidatinnen notwendig sei: *„...because the pool of female students with this level of education is limited, students with 10 years of schooling will be accepted into the Community Health Nursing Education Program, providing they meet the following entry requirements: good literacy skills (i.e., able to read and write well in Dari or Pashto), basic math skills, as demonstrated on completion of an entrance examination and expressed desire to enter the nursing profession.”* (D6 S. 24, Z. 10-16) Unabhängig hiervon waren linguistische und naturwissenschaftliche Kompetenzen schon in den 1970er Jahren Grundvoraussetzungen für die Zulassung zur Ausbildung. Dies wurde durch die Interviews mit IP1 und IP2 deutlich. Für Frauen, die während der Talibanzeit von den allgemeinbildenden

Schulen ausgeschlossen wurden, bestehen mittlerweile angepasste, separate Ausbildungsprogramme mit abweichendem Curriculum (D7 S. 9, Z. 24-25). Für diese Kurse gelten die o. g. Aufnahmevoraussetzungen nicht. Aus den Dokumenten und Interviews wird ersichtlich, dass sich in der Mehrheit junge Männer als Pflegekraft qualifizieren, obwohl die Ausbildung heute wieder gleichermaßen für beide Geschlechter zugänglich ist. Auch an den privaten Schulen zeichnet sich in der Geschlechterverteilung das gleiche Bild ab. Gleichwohl ist insgesamt ein Trend zu verzeichnen, dass wieder mehr Frauen in den Pflegeberuf einmünden. Insgesamt schließen an einem IHS im Jahr zwischen 30 und 40 Pflegekräfte die Ausbildung ab (D1 S. 8, Z. 20-21; D7 S. 2, Z. 3).

Der Zugang zur Krankenschwester-Hebammen-Hilfskraftausbildung, die es zu früheren Zeiten gab (s. Kapitel 8.2.1), war nach der sechsten Klasse möglich (D3 S. 2, Z. 49-50, 2. Spalte). Die Auszubildenden verfügten daher nur über eine allgemeine Grundbildung. Entsprechend waren die weiblichen Lernenden sehr jung (ab 13 Jahren). Sie stammten aus den umliegenden Provinzen und kamen für die Ausbildung nach Kabul.

Viele der Schülerinnen und Schüler, die heute eine private Schule einer NGO auf dem Land besuchen, arbeiteten zuvor als ungelernte Kräfte im Krankenhaus. Problematisch für die Lernenden auf dem Land ist ihr sehr geringer Bildungsgrad. Sie sind mit den Strukturen und Abläufen an einer Schule nicht vertraut und erkennen häufig nicht von Beginn an die Chancen, die ihnen eine Ausbildung bietet. In D7 wird dies, wie folgt, verdeutlicht: *“He didn’t think he could learn anything because he knew everything.”* (D4 S. 4, Z. 8-9)

#### **8.2.4 Lehrende**

In den staatlichen Pflegeschulen ist ein Mangel an qualifizierten Pflegepädagoginnen und -pädagogen zu verzeichnen. Die Lehrenden an den IHS haben, heute wie früher, zumeist keine oder nur wenige pädagogische und didaktische Kompetenzen. Es unterrichten z. T. die Krankenschwester-Hebammen, die einen überdurchschnittlichen Abschluss haben und Praxiserfahrung sammeln konnten, die neuen Schülerinnen und Schüler. Zu großen Teilen wird der Unterricht hingegen von anderen Fachdisziplinen übernommen. Insbesondere Ärzte unterrichten die Auszubildenden. In der Regel erhalten die Lehrenden keine fachliche pädagogische Weiterbildung. IP5 beschrieb die Situation folgendermaßen: *„Die Ausbilder sind größtenteils Ärzte oder Naturwissenschaftler. Die lehren ihre Fächer, oder Nachbarfächer mit mehr oder weniger Talent und Interesse. Viele lesen ihre eigenen Unterrichtsnotizen ab, einige machen sich die Mühe ins Internet zu gehen oder konsultieren ausländische Kollegen. Ich habe nie von Zusatzausbildungen für Lehrende gehört.“* (IP5 S. 3, Z. 27-30)

Die curricularen Vorgaben, die hauptsächlich von ausländischen Hilfsorganisationen gestaltet wurden, werden von den Lehrenden nicht eingehalten. Unterrichtsinhalte werden

willkürlich und nach den Interessen der Lehrenden ausgewählt. Didaktisch begrenzt sich ihr Repertoire auf den Frontalunterricht und das Lehrer-Schüler-Gespräch (s. Kapitel 8.2.7). Die im Curriculum vorgeschlagenen interaktiven Lehr-Lern-Methoden werden vollkommen vernachlässigt, da sie den Lehrenden fremd sind. Positiv hervorzuheben ist, dass seit dem Fall der Taliban wieder vermehrt Lehrende, und darunter auch Frauen, durch die beteiligten NGOs eingestellt wurden. Dadurch, dass Pflegepädagoginnen und -pädagogen aus dem Ausland als Hilfskräfte die Schulen unterstützen, finden Anleitungssituationen, Seminare und Workshops statt. Einige NGOs haben bereits in den 1970er und 1980er Jahren afghanische Lehrkräfte für ein Auslandsaufenthalt in die USA gesandt (IP2 S. 3, Z. 31-35; IP2 S. 18, Z. 21-32). Sie sollten die dortigen Lehr-Lern-Praktiken kennen lernen und in ihrem Land umsetzen. Diese Praxis ist auch nach der Jahrtausendwende noch üblich gewesen (D1 S. 9, Z. 35-38, rechte Spalte), jedoch scheinen sie nicht dazu beizutragen, dass das neue Curriculum erfolgreich umgesetzt wird. IP5 drückte dies wie folgt aus: *„Es gibt ein nationales Curriculum - theoretisch - genannt standard curriculum. In jedem Fall muss ich aber sagen, dass in der Wirklichkeit nichts so ist, wie auf dem Papier oder wie in Auskünften. Fehlende oder nicht arbeitende Lehrer oder Fachfremde führen zu wenig. ‚We do it the Afghan way‘ ist Standard und verhindert jeglichen Fortschritt.“* (IP5 S. 1, Z. 2-5) Sie bleiben daher bei den traditionellen und ihnen vertrauten Methoden. Zudem wird durch dieses Zitat deren wenig motivierte Arbeitseinstellung deutlich. Im Interview mit IP1 wurde hervorgehoben, dass sich die Unterrichtszeiten in Afghanistan nach dem Zeitbudget der Lehrkräfte richten würden (IP1 S. 5, Z. 32-36 - S. 6, Z. 1-11). Die zeitlichen curricularen Vorgaben (s. Kapitel 8.2.6) sind daher nur ein Orientierungswert und bilden nicht die tatsächlichen theoretischen Unterrichtszeiten ab.

An den privaten Schulen gestaltet sich die Situation ähnlich. Es werden Lehrende aus dem Ausland eingesetzt. Die afghanischen Lehrkräfte werden, heute wie früher, mit ausländischer Mithilfe qualifiziert. Dies findet, wie an den staatlichen Schulen, durch Auslandsaufenthalte oder Qualifizierungsmaßnahmen vor Ort statt. An den privaten Schulen scheinen vorwiegend Lehrende mit pflegerischen Background eingesetzt zu werden. Bereits in den 1970er/1980er Jahren setzten die Amerikaner an der Pflegeschule nur ausgebildete Krankenschwester-Hebammen ein. IP2 erzählte: *„Wir haben keine Ärzte gehabt bei dem Unterricht. Nur normale Krankenschwestern oder Hebammen haben wir gehabt. Für den Hebammenunterricht haben wir Hebammen gehabt, für den Krankenschwesterbereich nur Krankenschwestern gehabt.“* (IP2 S. 18, Z. 21-24) Dies könnte ein Grund sein, weshalb IP5 die Pflegebildung an privaten Bildungseinrichtungen als qualitativ einschätzt (IP5 S. 2, Z. 32-33 - S. 3, Z. 1-3; IP5 S. 4, Z. 25-31).

### 8.2.5 Bildungsziele

In dem analysierten Curriculum der CHN-Ausbildung an den IHSs konnten zahlreiche materiale und formale Bildungsziele, die auf den Output fokussiert sind, identifiziert werden. Wesentliches materiales Bildungsziel, das in vielen Passagen des Curriculums aufgegriffen wurde, war die Fähigkeit den Pflegeprozess ganzheitlich, unter Wahrung der Privatsphäre und unabhängig von Kultur, Religion, Rasse und ethnischen Hintergrund sowie unter Einbezug der Vorstellungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und deren Familie anzuwenden. Ein Beispiel hierfür ist: *“Provide individualized nursing care through the application of nursing process.”* (D6 S. 16, Z. 37-40, 4. Spalte) Im Rahmen des Pflegeprozesses wird das Ziel hervorgehoben, Gesundheitsprobleme zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, einschließlich der Entscheidung für die Überleitung in andere Gesundheitseinrichtungen. Hierzu zählt auch die sichere Durchführung medizinischer Maßnahmen. In der folgenden Passage wird dies beispielsweise ersichtlich: *„As needed, renders nursing care to patients within an assigned unit: Observes, records and reports symptoms and conditions of patients to nurse in charge at the end of shift; reports unusual changes in patient’s condition promptly to nurse in charge; takes and records vital signs; administers medications and notes reactions; Maintains accurate records relating to patient’s condition, medications and treatments; works with other departments to ensure that the community, household, or religious concerns/needs are addressed; gives and receives reports at the change of shifts.”* (D6 S. 16, Z. 44-55, 4. Spalte - S. 17, Z. 3-20, 4. Spalte) Dabei sollen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erkannt und für diese eingetreten werden. Mit folgendem Satz wird deutlich, dass dabei auch deren Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit einbezogen werden sollen: *„Supports traditional healing practices within an individual’s family’s and or community’s health belief system that are supportive and not detrimental to health maintenance.“* (D6 S. 20, Z. 30-31) Die Ausbildung soll zudem dazu befähigen, pflegerische Maßnahmen sicher und evidenzbasiert auszuführen. An folgender Stelle wird dies deutlich: *“Utilizes evidence-based and best practices when carrying out professional responsibilities.”* (D6 S. 18, Z. 19-20) Die Entwicklung von Überleitungssystemen stellt eine wichtige Aufgabe der CHN dar, auf die die Ausbildung vorbereiten soll. Ersichtlich wird dies im folgenden Satz: *„Develop appropriate referral system with community participation.”* (D6 S. 14, Z. 35-37, 4. Spalte)

Präventive und gesundheitsförderliche pflegerische Maßnahmen für Patientinnen und Patienten und sich selbst zu ergreifen, stellt ein weiteres tragendes Bildungsziel dar. In der folgenden Sequenz kommt dies u. a. zum Ausdruck: *„Encourages adoption of illness prevention activities and maintenance of healthy lifestyles.”* (D6 S. 18, Z. 29-30) In diesem Zusammenhang soll eine ausgebildete Community Health Nurse Patientinnen und Patien-

ten informieren, beraten und anleiten können. Dies wird mitunter an folgender Stelle ersichtlich: *“Selects teaching/learning approaches appropriate to the needs and characteristics of the individual, family or group.”* (D6 S. 18, Z. 39-40)

Zudem ist die Entwicklung sprachlicher Kompetenzen sowie die Fähigkeit mit dem Computer umzugehen als Bildungsziel im Curriculum verankert und kommt wie folgt zum Ausdruck: *„Utilize English language and computer skills for professional development.”* (D6 S. 11, Z. 38)

Ein weiteres Bildungsziel ist es, Gesundheitsstatistiken zu analysieren, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erfassen, und Gesundheitsprogramme zu überwachen. Eine Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Gesundheitsprogramme ist zudem intendiert. Ein Beispiel hierfür ist folgender Satz: *„Assess, plan, implement and monitor the standards of nursing care provision and delivery of services.”* (D6 S. 13, Z. 21-24, 4. Spalte)

Die Mitwirkung an der Qualifizierung von Pflegenden zählt ebenso zu den Aufgaben der CHN. Entsprechend ist dies als Bildungsziel im Curriculum festgehalten. Folgende Stelle ist hierfür ein Beispiel: *„Acts as a resource for students and other members of the health team.”* (D6 S. 20, Z. 38)

Ferner konnte die Gewährleistung psychosozialer Betreuung als Bildungsziel ausgemacht werden. Ein Beispiel hierfür ist der Satz: *„Provide psychosocial counselling facilities at the grass root level.”* (D6 S. 14, Z. 43-45, 4. Spalte)

CHN sollen stets unter Beachtung der rechtlichen, gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie der standardisierten nationalen Vorgaben ihre pflegerischen Tätigkeiten durchführen. Folgende Sequenz steht beispielhaft hierfür: *„Provide immunizations (in the absence of vaccinators) according to the standard protocols of Expanded Program of Immunization (EPI).“* (D6 S. 14, Z. 4-9, 4. Spalte)

Neben diesen materialen Bildungszielen konnten auch formale Bildungsziele identifiziert werden. Hierzu zählt zum Beispiel die Übernahme von Verantwortung. Nachstehende Passage macht dies deutlich: *„Share responsibility for the care and maintenance of equipment.”* (D6 S. 15, Z. 12-14, 4. Spalte) Das Zusammenarbeiten im Team sowie die Kooperation mit dem Patienten und seiner Familie, anderen Berufsgruppen und Gesundheitseinrichtungen wird ebenso als Bildungsziel thematisiert. Ein exemplarischer Satz hierfür ist: *„Liaise with CHW, Community Midwives and other health care team members for service delivery and strengthening of the household to hospital continuum of care.”* (D6 S. 15, Z. 48-54, 4. Spalte) Kommunikative Kompetenzen werden zudem als Bildungsziel ausgewiesen. An folgender Stelle wird dies zum Beispiel ersichtlich: *„Listens and communicates in a clear, consistent and unbiased manner to issues that falls within the CHN scope of practice.”* (D6 S.



19, Z. 36-37) Zudem wird die Konfliktfähigkeit als Outcome benannt, was folgender Satz exemplarisch zeigt: *„Confronts conflict in a non-judgmental manner, making effective use of communication skills to achieve resolutions or seek assistance.“* (D6 S. 20, Z. 7-8)

Eigenständiges Weiterlernen im Sinne des lebenslangen Lernens ist ein weiteres Bildungsziel. Eine Stelle im Curriculum, an der dies besonders ersichtlich wird ist: *„Takes opportunities to learn with others contributing to health care.“* (D6 S. 21, Z. 9)

Ebenso steht die Entwicklung der Fähigkeit eigene Grenzen zu erkennen und Unterstützung einzufordern im Fokus. In dem anschließenden Beispiel ist dies erkennbar: *„Refers complications and major illnesses to the appropriate personnel.“* (D6 S. 19, Z. 17) Die Fähigkeiten Prioritäten zu setzen und ein adäquates Zeitmanagement zu gewährleisten sind auch als Bildungsziele im Curriculum verankert. Ersichtlich wird dies in dem Satz: *„Prioritizes workload and manages time effectively.“* (D6 S. 20, Z. 5)

Des Weiteren wird die Kompetenz ethischer Entscheidungsfindung unter Beachtung des ICN Ethik-Kodex als Ziel der Ausbildung angesprochen. Dies kann aus nachstehender Sequenz geschlossen werden: *„Acts in an advocacy role for clients to protect human rights questions and violations in accordance with national nursing and ICN code of ethics.“* (D6 S. 18, Z. 9-10) Der respektvolle und würdevolle Umgang mit Anderen stellt ein weiteres intendiertes Outcome der Ausbildung dar. Das Aufbauen vertrauensvoller Beziehungen wird ebenso als Bildungsziel angegeben. Ein beispielhafter Satz für den respekt- und vertrauensvollen Umgang mit Patienten aus dem Curriculum ist folgender: *„Ensures confidentiality, respect, privacy, dignity, and trust in provision of care.“* (D6 S. 18, Z. 6)

Nicht zuletzt ist die Bereitschaft zur Weiterentwicklung der Pflege beizutragen und die eigene Berufsgruppe zu vertreten ein Ziel der Ausbildung. Nachstehender Satz hebt dies hervor: *„Participate in research and the enhancement of the profession.“* (D6 S. 20, Z. 36)

Die IPen schließen sich den im Curriculum benannten Bildungszielen nicht an. Sie begrenzen das Ausbildungsziel auf die Durchführung medizinischer Hilfstätigkeiten. IP5 berichtete: *„Auch diese ist tätigkeitsorientiert und medizinisch ausgerichtet.“* (IP5 S. 2, Z. 25-26) Formale Bildungsziele, wie analytisches und kritisches Denken gäbe es nicht (IP5 S. 3, Z. 9). Dagegen ist die Werte- und Tugenderziehung ein tragendes Bildungsziel. Bereits in den 1970er und 1980er Jahren seien Fleiß, Sorgfalt und Artigkeit in die Benotung miteingeflossen. IP1 und IP2 brachten dies zum Ausdruck.

Bildungsziele der Ausbildung der Pflegenden an privaten Schulen, insbesondere in ländlichen Regionen, konnten aus den Dokumenten D3 und D4 erschlossen werden. Die Entwicklung von Entscheidungsfähigkeit wird hier explizit benannt: *„...give them more know-*

*ledge to make good decisions.*“ (D4 S. 2, Z. 23-24) Im Mittelpunkt steht zudem die Horizonterweiterung und Bildung der Bevölkerung. Folgende Passage macht dies deutlich: *„...they learn skills that will expand their educational horizons and enable them to become better mothers and citizens of their country.*“ (D3 S. 2, Z. 43-46, 3. Spalte) IP4 berichtete ebenso von diesem Bildungsziel (IP4 S. 20, Z. 19-31). Die Pflegekräfte sollen durch die Qualifizierungsmaßnahme zudem die eigene Wirkungsmacht erkennen: *„The goal of the program is to help the students realize that their intervention can affect morbidity and mortality.*“ (D3 S. 2, Z. 56, 2. Spalte u. Z. 1-2, 3. Spalte)

### **8.2.6 Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken**

Je nach Örtlichkeit der Schulen beginnen die Ausbildungen entweder im März oder im September. Die Ausbildungen zur Krankenschwester-Hebamme oder Krankenschwester dauerten früher drei Jahre. Traditionell fand im ersten Jahr der Ausbildung ausschließlich theoretischer Unterricht statt, in dem Basiswissen für die Praxis vermittelt wurde. In den folgenden Ausbildungsjahren wechselten sich Theorie und Praxis ausgewogen ab. Die IPen 1 und 2 berichteten, dass jeweils die Hälfte des Tages in der Schule und die andere Hälfte in der Praxis gelernt wurde. Die Auszubildenden wurden mit Bussen von der Schule zu den Praxiseinrichtungen gebracht. Die Lehrenden verteilten die Schülerinnen und achteten dabei darauf, dass jede Auszubildende verschiedene Kliniken und Abteilungen innerhalb der drei Jahre durchlief. IP1 berichtete: *„Sind immer in anderes Krankenhaus gegangen. Zwei Wochen hier, zwei Wochen da. Wir sind mit dem Bus zusammen gefahren und die Lehrer verteilten uns in die ganzen Krankenhäuser.*“ (IP1 S. 12, Z. 4-6) Ein Tag in der sechs-Tage-Woche umfasste acht Stunden. Ferien gab es am Ende jedes Halbjahres einige Wochen. Während den Kriegszeiten verkürzten sich die Ausbildungszeiten dramatisch. Ein Semester umfasste bei der Bestandsaufnahme durch die NGOs 2001 lediglich noch acht Wochen Unterricht und Praxis (D1 S. 7, Z. 26-28, linke Spalte). Es schlossen sich daran drei Wochen an, in denen Prüfungen absolviert werden mussten. Vor dem Beginn des nächsten Semesters hatten die Auszubildenden Ferien. Die Unterrichtszeiten wurden jedoch nicht exakt eingehalten. Dies wird in folgendem Satz deutlich: *„The school day officially ran from 8:00 am to 4:00 pm, however, all classes and most activities were finished by 1:00 Pm.*“ (D1 S. 7, Z. 28-30, linke Spalte) Auch heute ist das Ausbildungsprogramm für Pflegekräfte an den staatlichen IHS auf drei Jahre ausgelegt. Die Hebammenausbildung umfasst dagegen lediglich zwei Jahre. Dies wird in D7 ersichtlich (u.a. D7 S. 8, Z. 10-11). Im ersten Semester beschränkt sich die Ausbildung auf die Theorie, wohingegen in den folgenden Semestern theoretisch und praktisch ausgebildet wird (D7 S. 9, Z. 12-13). Die Ausbildung zur CHN an den IHS hat einen Umfang von zwei Jahren. Innerhalb dieser findet bereits ab dem ersten Semester Praxis und Theorie im Wechsel statt. Zu Beginn des ersten Semesters wird eine

Orientierungswoche angeboten. Die Semester sind heute mit 22 Wochen deutlich länger, wie aus der Analyse des CHN-Curriculums ersichtlich wird (D6 S. 27).

Der Unterricht findet traditionell nach Fächern gegliedert statt. Mit der Curriculumrevision in den 2000er Jahren wurde die traditionelle Krankenschwester-Hebammen-Ausbildung in zwei Ausbildungsberufe getrennt. Ebenso wurden Lernmodule eingeführt. Unter Betrachtung des CHN-Curriculums haben diese aber immer noch z. T. den Charakter von Schulfächern. Die Module „Mathematic“ (D6 S. 27, Z. 37-40, linke Spalte), „English“ (D6 S. 28, Z. 49-53, linke Spalte), „First Aid“ (D6 S. 28, Z.30-39, linke Spalte) sind hierfür Beispiele. Früher lagen die Schwerpunkte in der Pflegeausbildung auf der Religionslehre, den Sprachen, naturwissenschaftlich und medizinisch ausgerichteten Fächern sowie fachspezifischer Pflege. Pflegerische Grundlagen wurden nur im ersten Jahr unterrichtet. Computerkurse standen im Curriculum, wurden aber nicht durchgeführt (D1 S. 8, Z. 23-35, linke Spalte). Seit der Curriculumrevision sind neben den o. g. Bereichen auch Module mit geistes- und sozialwissenschaftlichem und gesundheitsförderlichem Fokus integriert worden. Dennoch bleiben die pflegerischen Inhalte auf Basisinhalte beschränkt und das Curriculum weist einen deutlichen medizinischen Fokus auf (D6 S. 27-30). Die IPen bestätigten diese ‚Medizinlastigkeit‘ der Pflegeausbildung. IP1 erzählte, auf was die Ausbildung genau vorbereitet hätte: *„Du weißt, wie Krankheit ist und was gegeben und gemacht.“* (IP1 S. 10, Z. 18)

Der Einfluss der Religion zeigt sich nicht nur darin, dass sie zu allen Zeiten als eigenes Schulfach im Lehrplan verankert war. Sie hat ebenso Einflüsse auf den Schul- und Arbeitsalltag. Zu festen Zeiten wird gebetet, unabhängig davon, welche Situationen gerade vorliegen. Ebenso führt das Fasten während des Ramadan dazu, dass die Konzentration während des Tages nachlässt. IP1 erzählte: *„Bei uns ist auch Islam. Manche Zeit musste beten, dann war egal was ist in Schule oder Arbeit. Du musst einfach. Und wenn ist Ramadan, ist manchmal sehr schwierig mit die Arbeit. Aber musst. Ja.“* (IP1 S. 9, Z. 15-17) IP5 berichtete sogar, dass der Koran als Vorgabe für das pflegerische Handeln betrachtet werden würde (IP5 S. 6, Z. 15).

Die Curricula des GIHS finden als nationales Curriculum an allen IHS Anwendung. In D7, in dem über die Ausbildung am KIHS berichtet wird, steht: *„Training nurses according to the national curricula.“* (D7 S. 25, Z. 20)

Die ANMs wurden früher an privaten Schulen eineinhalb Jahre ausgebildet. Dies wurde durch die Analyse von D3 ersichtlich (D3 S. 2, Z. 41, 2. Spalte). Die Inhalte der Ausbildung waren v. a. auf die Geburtshilfe, Prävention und Kinderpflege bezogen.

An den heutigen privaten Schulen ist der Umfang nicht standardisiert festgelegt. Das Ausbildungsprogramm an der in D4 beschriebenen Bildungseinrichtung umfasst zwei Jahre.

Da es von einer amerikanischen Hilfskraft aufgebaut und geleitet wird, ähnelt es den Pflegeausbildungsprogrammen in den USA. Allerdings haben die afghanischen Lernenden in der Provinz andere Lernvoraussetzungen, so dass einige Fähigkeiten, die in den USA vorausgesetzt werden, noch entwickelt werden müssen. In D4 wird dies folgendermaßen beschrieben: „...to learn a lot of things that we take for granted, like basic math skills to figure out dosages of medications.” (D4 S. 3, Z. 4-5)

### 8.2.7 Lehr-Lern-Arrangements

Die Ausbildung zur Pflegekraft an den IHS findet an verschiedenen Lernorten statt: den Klassenräumen, dem Skills Lab, der Bibliothek sowie dem Betrieb eines staatlichen Krankenhauses. Während der Kriegsjahre hat deren Qualität und Quantität jedoch deutlich abgenommen. Mit Hilfe der NGOs wurden Materialien beschafft und die zum Teil stillgelegten Lernorte aufgewertet und wieder nutzbar gemacht. Dieses Ergebnis lieferte die dokumentenübergreifende Analyse.

Bis zum Fall der Taliban gab es kaum organisierte praktische Lehr-Lern-Arrangements. Lernen in der Praxis beschränkte sich meist auf das Beobachten ohne weitere Begleitung durch Lehrende. Dies wurde durch die Dokumentenanalyse, beispielsweise an folgender Stelle, ersichtlich: „...students received mostly verbal explanations of skills without demonstrations or lab practice. As a result, students were ill prepared for clinical experiences.” (D1 S. 8, Z. 11-12, rechte Spalte) Die IPen 1 und 2 bestätigten dieses Primat der Theorie (IP1 S. 2, Z. 9-13; IP2 S. 2, Z. 17-21). Häufig war überhaupt kein Lernen in klinischen Settings möglich, da es keine Transportmöglichkeiten der Auszubildenden zu den Ausbildungseinrichtungen gab (D1 S. 6, Z. 37-38, linke Spalte; D7 S. 25, Z. 7 u. 10). Pädagogisches Personal, welches die Lernenden in der Praxis anleitet, gab es in Afghanistan zu keiner Zeit. Die Anleitung der Lernenden wird durch Ärzte oder Pflegekräfte übernommen, die in der Regel ihr Erfahrungswissen weitergeben. Gelegentlich kommen die Lehrkräfte der Schule in die Praxiseinrichtungen, um die Schüler zu beobachten. Allerdings sind diese Besuche eher sporadisch. Eine adäquate Praxisbegleitung scheint durch den bestehenden Lehrermangel nicht realisiert werden zu können. Diese Tatsachen spiegeln sich auch in der Qualität der praktischen Ausbildung wider, die von den IPen als mangelhaft eingeschätzt wurde (u.a. IP4 S. 12, Z. 5-18). Dies läge, neben der fehlenden Praxisbegleitung, auch an fehlenden Materialien auf den Stationen und der grundsätzlich schlechten Organisation der staatlichen Krankenhäuser sowie der praktischen Ausbildung (u.a. IP4 S. 12, Z. 5-18; IP4 S. 20, Z. 8-19). Die Einsatzplanung ist zudem nicht sinnvoll, was eine adäquate Anleitung unmöglich macht. IP5 berichtete: „Die Schüler werden in Horden auf Stationen geschickt,

*aber ohne Begleitung.*“ (IP5 S. 2, Z. 27-28) Die beschriebene Situation ist heute noch vorhanden, obwohl in den neuen Curricula Anforderungen an die klinischen Ausbildungseinrichtungen, wie Lernbegleitung und gute Ausstattung, benannt werden (D6 S. 24, Z. 28-39).

Zum Theorie-Praxis-Transfer berichteten die IPen von einer fehlenden Anschlussfähigkeit des Wissens. IP2 erzählte: *„Aber dort, was wir gelernt haben, wurde nicht dann in der praktischen Ausbildung gemacht.“* (IP2 S. 2, Z. 25). Insofern hätte es auch keine praktische Konsequenz, wenn heute theoretisch fundiertes Wissen vermittelt werden würde, wie IP5 äußerte (IP5 S. 4, Z. 25-31).

Mit der Curriculumrevision Anfang der 2000er Jahre wurde ein völlig neues Konzept eingeführt, die Competency Based Education (CBE) (s. Kapitel 5). Dieses wird im Curriculum zur CHN (D6) wie folgt beschrieben. Ausgehend von den Lernvoraussetzungen sollen bestimmte pflegerische Aufgaben eingeübt werden, bis sie vollständig vom Lernenden beherrscht und demonstriert werden. Die Aufgaben werden im Lernprozess in Teilschritte zerlegt und müssen am Ende wieder im Gesamten präsentiert werden. Das Behavior Modeling ist eine Methode innerhalb des CBE. Die Lehrperson erklärt und demonstriert die Aufgabe und die Lernenden machen es nach, solange bis sie die Tätigkeit korrekt beherrschen. Die Lehrkraft beobachtet die Lernenden und schätzt ein, ob sie die Aufgabe richtig durchführen, unterstützt und gibt Feedback. Anwendung finden Fallstudien, Simulationen im Skills Lab, Rollenspiele und Gruppenarbeiten in kleineren Lerngruppen. Zur Unterstützung werden in den Vorlesungen Bilder und Filme gezeigt. Ein Patientenkontakt erfolgt erst, wenn die Lernenden die Aufgabe in der Simulation korrekt präsentiert haben und der Lernerfolg mittels Checklisten festgestellt wurde (s. Kapitel 8.2.8). In der Realität findet dieses Konzept heute hingegen keine Anwendung. In D2 wird beschrieben: *„Ausbildung und Studium bestehen aus dem Auswendiglernen der Notizen der Dozenten.“* (D2 S. 1, Z. 28-29) Die IPen bestätigen geschlossen, dass, früher wie heute, Lehrervorträge gehalten werden, die von den Lernenden schriftlich fixiert und reproduziert werden. IP5 schilderte dies wie folgt: *„Der gesamte Stoff wird im besten Fall auswendig gelernt und aufgesagt, (meist kriegen die Schüler die Fragen und Antworten vor der Prüfung).“* (IP5 S. 3, Z. 7-9)

In den privaten Schulen in ländlichen Regionen ist ein Unterrichtsgespräch üblich. Bücher werden von den Lernenden nicht angenommen. An folgender Stelle in D4 wird dies deutlich: *“Rather than absorbing knowledge by reading, she says most of her students are oral learners.”* (D4 S. 3, Z. 9-11) Insgesamt sind viele Fehlzeiten im Unterricht zu verzeichnen aufgrund des Personalbedarfs im Krankenhaus und der häuslichen Verpflichtungen. Die Praxis findet am angesiedelten Krankenhaus statt. In den Dokumenten werden keine Auskünfte über die Ausgestaltung der praktischen Lehr-Lern-Arrangements gegeben.

## 8.2.8 Evaluationspraktiken

In D1 wird beschrieben, dass es bis zum Fall der Taliban zwar regelmäßige Prüfungen zur Evaluation des Lernerfolges gegeben hätte, diesen aber kein Konzept zugrunde gelegen hätte (D1 S. 7, Z. 22-23, rechte Spalte). IP1 und IP2 berichteten von mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfungen am Ende jedes Halbjahres (IP1 S. 6, Z. 27-33 - S. 7, Z. 1-23; IP2 S. 2, Z. 17-21). In die Abschlussnote seien alle Noten der Halbjahre sowie die Note der Abschlussprüfung miteingeflossen. Dabei gab es Notenpunkte, wobei 100 Punkte die Bestleistung darstellte. Unter einer Punktzahl von 50 war die Ausbildung nicht bestanden (IP2 S. 7, Z. 23-31 - S. 8, Z. 1-12; IP2 S. 19, Z. 6-15). Voraussetzung, um Punkte in der Geburtshilfe zu erhalten, war es eine vorgegebene Mindestanzahl an Geburten zu begleiten (120), wie IP1 und IP2 schilderten. Mit der Curriculumrevision durch die beteiligten NGOs, die in D1 ausführlich beschrieben wird, wurden die Prüfungsmodalitäten geändert. In Prüfungen sollen seither Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensänderung nachgewiesen werden. Sie sind dabei rein auf das Output bezogen. Theoretisches Wissen wird am Ende jedes Moduls mittels Multiple-Choice Tests überprüft. Die Prüfung kann bei einem Ergebnis unter 85% wiederholt werden. Mit Hilfe von Checklisten wird im Rahmen der Bearbeitung von Fallstudien, der Durchführung von Rollenspielen, Simulationsübungen sowie Fähigkeitsprüfungen mit Simulationspuppen oder Patienten überprüft, inwiefern die intendierten Fähigkeiten und Verhaltensänderungen nachzuweisen sind. Diese Vorgehensweise ist eingebettet in das Konzept der CBE zu sehen. Über die Evaluationspraktiken an privaten Schulen konnte lediglich eruiert werden, dass Test stattfinden (D4 S. 3, Z. 24).

Die Evaluationspraktiken an den IHS wurden von den IPen indes als wenig zielführend eingeschätzt. IP5 begründete dies wie folgt: „*Die Examen bestehen alle, denn sonst kriegt die Schule Schwierigkeiten.*“ (IP5 S. 2, Z. 31)

## 8.3 Formales akademisches Pflegenlernen

### 8.3.1 Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung

Eine akademische Pflegeausbildung existiert erst seit knapp einem Jahrzehnt an der KMU. In D5 wird die Geschichte deren Entstehung ausgeführt (D5 S. 4). Anfang der 1930er Jahre wurde die medizinische Fakultät als erste Fakultät der Kabul University gegründet. Sie schuf im Jahr 1940 die erste nicht-akademische Pflegeschule, die eine Pflegeausbildung auf niedrigem Niveau (Primary Nursing School) anbot. 1976 wurde diese Schule mit der höheren, aber auch nicht-akademischen Pflegeausbildung des Gesundheitsministeriums zusammengeführt, woraus die Intermediate Health and Science Institution entstand (s. Kapitel 8.2.1). Im Jahr 1980 wurde aus der medizinischen Fakultät ein medizinisches Institut. Erst seit dem Jahr 2003 ist die KMU eine eigenständige Universität. In ihrem Aufbau wurde

sie bis heute von zahlreichen ausländischen Universitäten unterstützt. Zwischen 2006 und 2007 wurde die Pflegefakultät an der KMU gegründet. Seither ist es möglich Pflege auf Bachelorniveau zu lernen. IP3 und IP5 berichteten, dass sich der Studiengang Pflege heute an der KMU etabliert hätte. Gleichwohl ist dieser mit Hilfe des Auslandes aufgebaute Studiengang (IP3 S. 7, Z. 22-27) für die Studierenden fremd und sie haben keine Idee, welchen Zugang sie auf dem Arbeitsmarkt damit erhalten. Der Studiengang ist daher eher eine Ausweichmöglichkeit, wenn ein Medizinstudium aufgrund fehlender Zulassungsvoraussetzungen nicht möglich ist. IP3 beschrieb dies wie folgt: *„Aber das machen die auch, aber so wirkliche Vorstellungen, was das eigentlich ist oder was man dann damit macht ist noch sehr gering. Es ist auch so eine dritte Wahl. Also, wenn alles andere nicht klappt, dann wählen sie das. In erster Linie will man Arzt werden und wenn das nicht klappt, dann wird man Pfleger oder Krankenschwester.“* (IP3 S. 3, Z. 20-24)

Trotz der Akademisierung der Pflege hat sich diese als Wissenschaft noch nicht etablieren können. IP3 gelangte zu dem Urteil, dass dies in dem fehlenden wissenschaftlichen Personal (s. Kapitel 8.3.4) sowie der fehlenden Fremdsprachenkenntnisse der Afghanen begründet sei (IP3 S. 4, Z. 30-36 - S. 5, Z. 1-4, S. 10, Z. 18-20).

Mittlerweile gibt es auch zahlreiche private Universitäten, die Pflegestudiengänge anbieten. Diese sind jedoch schlecht angesehen. IP3 bemerkte: *„Es gibt viele private Universitäten, die auch sehr stark, also aus dem Boden wie Pilze wachsen, die sehr viel Geld kosten. Die Qualität sei dahingestellt. Natürlich die Staatlichen sagen, dass die Qualität ist nicht gut, weil man dafür bezahlt und die dementsprechend dann den Studenten aufgrund des Geldes ihnen die Abschlüsse geben.“* (IP3 S. 8, Z. 9-13)

### **8.3.2 Rechts- und Verwaltungsrahmen**

Einen rechtlichen Rahmen gibt es scheinbar genauso wenig für die akademische wie für die nicht-akademische Pflegebildung (s. Kapitel 8.2.2). Zumindest gaben die Dokumente keinen Aufschluss darüber und den IPen waren keine bekannt (IP3 S. 10, Z. 2-6)

Behördlich untersteht die Pflegefakultät dem Ministerium für Hochschulbildung und wird von diesem unterstützt (IP3 S. 10, Z. 1-2; D2 S. 3, Z. 19, Kasten; D5 S. 2, Z. 5). Die Fakultäten der KMU sind unabhängig, unterstehen aber drei Vizekanzlern, welche für Wissenschaft, Bildung und Verwaltung verantwortlich sind. Diese unterstehen wiederum dem Kanzler sowie zwei Gremien. Dies wird ausführlich in D5 beschrieben (D5 S. 4-5).

### **8.3.3 Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden**

Der Zugang zur Universität und somit zum Studiengang Nursing B.Sc. setzt den erfolgreichen Abschluss der allgemeinbildenden Schule nach der 12. Klasse (IP3 S. 8, Z. 1-3) oder

das Zeugnis der Berufsbildung voraus (s. Kapitel 8.1.5). Die Absolventinnen und Absolventen können an einem Zulassungsverfahren teilnehmen. Sie haben die Möglichkeit sich für drei Studiengänge in eine Rangliste einzuschreiben. Der Pflegestudiengang wird in der Regel als dritte Wahl angegeben (s. Kapitel 8.3.1). Nachdem eine Eingangsprüfung absolviert wurde, entscheidet die Universität über die Zulassung. Ein sehr gutes Ergebnis führt zur Zulassung zum favorisierten Studienfach (IP3 S. 8, Z. 13-27). Allerdings spielt für die Entscheidung ebenso das Geschlecht eine Rolle, so dass Frauen häufig nur für die dritte Wahl zugelassen werden. Da das Pflegestudium meist die dritte Wahl darstellt, sind es derzeit mehr weibliche Pflegestudierende. IP3 berichtete: *„Im Pflegestudiengang und zu der Zeit waren es auch überwiegend mehr Frauen, aber auch weil ihnen nichts Besseres in Anführungsstrichen angeboten wird.“* (IP3 S. 11, Z. 10-11)

Pflegestudierende benennen sich selbst als Ärzte und tragen, wie die Mediziner, einen weißen Kittel, der als Statussymbol dient. Sie werden deshalb von Außenstehenden auch als Ärzte wahrgenommen. IP3 interpretierte, dass sie sich als Arzt betrachten würden, da sie dies auch werden wollten (IP3 S. 2, Z. 10-26; S. 7, Z. 22-32). Die Studierenden haben nicht die Intention nach ihrem Abschluss weiter im öffentlichen Gesundheitswesen zu arbeiten (D2 S. 3, Z. 28-29 Kasten). Zum einen liegt dies an der schlechten Entlohnung. Private Einrichtungen sind dahingehend profitabler. IP3 berichtete, dass die Pflegenden dort das Fünffache verdienen würden (IP3 S. 4, Z. 1-5). Andererseits haben die öffentlichen Einrichtungen keinerlei Interesse studierte Pflegekräfte einzustellen. IP5 erklärte dies folgendermaßen: *„Es gibt eine Anzahl privater Universitäten und Institute, die Pflegekräfte ausbilden. Z. T. sind die etwas besser. Aber die dürfen in den öffentlichen Spitälern nicht arbeiten und werden – wie auch die Bachelorstudenten – gar nicht zugelassen. Das etablierte Hilfspersonal fürchtet, die Stellen zu verlieren. Die Direktoren fürchten, Scherereien wegen schlechter Qualität zu erhalten.“* (IP5 S. 2, Z. 32-33 – S. 3, Z. 1-3)

Der geregelte Betrieb einer Universität ist für viele Studierende fremd. Sie haben dies bislang in ihrer Schullaufbahn nicht kennengelernt. IP3 berichtete davon, dass Regeln während den Klausuren nicht eingehalten werden würden und bei Täuschungsversuchen keine Einsicht der Studierenden erfolgen würde. Es gäbe langwierige Diskussionen, die trotzdem ohne Konsequenz für den Studierenden blieben (IP3 S. 15, Z. 16-36 - S. 16, Z. 1-6).

### **8.3.4 Lehrende**

Die Lehrenden an der Pflegefakultät verfügen über einen Bachelorabschluss (Nursing B.Sc.). Lediglich die Dekanin hat einen Masterstudiengang im Ausland absolviert. Zur Verbesserung der akademischen Pflegeausbildung wird allerdings von den Lehrenden ein Masterabschluss erwartet, der in Afghanistan wiederum nicht angeboten wird. In D2 wird dies wie folgt thematisiert: *„Alle stehen unter dem Druck, höhere Grade zu absolvieren, was*



*praktisch unmöglich ist, weil Afghanen derzeit kaum Visa/Stipendien für andere Staaten erhalten und die Universität Kabul noch keinen Masterstudiengang in Pflegewissenschaft anbietet.*“ (D2 S. 3, Z. 22-26 Kasten) IP3 bestätigte dies mit ihrer Aussage (IP3 S. 16, Z. 16-18). Insgesamt fehle es an qualifiziertem Lehrpersonal, wie IP3 äußerte (IP3 S. 10, Z. 18-20). Aufgrund dieses Mangels übernehmen auch Ärzte oder Vertreter des Gesundheitsministeriums die Vorlesungen, was sich in einer Orientierung an medizinischen Inhalten niederschlägt. Curriculare Vorgaben finden keine Berücksichtigung. Die Unterrichtsinhalte werden nach der fachlichen Expertise des Dozenten ausgewählt und ohne wissenschaftliche Fundierung vermittelt. IP3 beschrieb: *„Die Dozenten sind öfters Ärzte, die dementsprechend auch sehr medizinlastig unterrichten. Sie unterrichten auch das, was sie haben. Nicht/ Kein großes Spektrum und nicht mit vielen Quellenangaben.“* (IP3 S. 2, Z. 25-27)

### **8.3.5 Bildungsziele**

In der Analyse von D5 kristallisierten sich sowohl materiale als auch formale Bildungsziele heraus. Ein tragendes materiales Bildungsziel ist die Anwendung des Pflegeprozesses in Einrichtungen des BPHS und EPHS, welche die korrekte und am Wohlbefinden der Patienten ausgerichtete Ausführung spezifischer pflegerischer Aufgaben in kurativen und präventiven Bereichen einschließt. Exemplarisch kann folgender Satz aufgeführt werden: *„Use a framework of assessment, planning, implementation, and evaluation in providing nursing care in the basic package health system (BPHS) and in the essential package sector of hospital systems.“* (D5 S. 9, Z. 6-7)

Die Entwicklung analytischer Kompetenzen konnte als formales Bildungsziel identifiziert werden. In folgender Passage wird dies beispielhaft deutlich: *„Analyze situations using multiple sources of data in order to identify problems, and suggest possible courses of action and their consequences.“* (D5 S. 9, Z. 9-10)

Zudem werden kommunikative Kompetenzen sowie die Fähigkeit im Team zusammenzuarbeiten angestrebt. Ein Beispiel hierfür ist nachstehender Satz: *„Communicate about health matters with members of the community, individuals and families with health issues, and other professionals.“* (D5 S. 9, Z. 12-13)

Ferner konnte die ethische und evidenzbasierte Entscheidungsfindung als formales Bildungsziel ausgemacht werden. Dies wird mitunter an folgender Stelle ersichtlich: *„Make and defend decisions bases on evidence and ethical considerations.“* (D5 S. 9, Z. 11)

Das lebenslange Lernen wurde als Bildungsziel identifiziert. Exemplarisch steht hierfür die Passage: *„...training the mind to think, gaining knowledge through engagement in intellectual activities, pursuing research for truth and dissemination knowledge that is useful for all citizens and that also encourages their continuous intellectual growth, so the education*

*should help individuals to live usefully and happily, capable of solving problems.*" (D5 S. 8, Z. 2-5) Das Ziel der Entwicklung von Problemlösefähigkeit wird hier ebenso sichtbar. Zudem sollen die Studierenden darauf vorbereitet werden ihr Wissen an andere weitergeben zu können, was sich auch in folgendem Satz zeigt: *„Teach and work together with families and other community health workers to provide care and services.*" (D5, S. 9, Z. 18)

Auch in der akademischen Pflegebildung werden curriculare Vorgaben eher am Rande betrachtet. Die genannten Bildungsziele sind somit zwar in den Dokumenten aufgeführt, dementsprechend werden sie aber von den Lehrenden nicht in der Planung der Unterrichtseinheiten berücksichtigt. IP3 hätte an der Pflegefakultät nicht wahrgenommen, dass Bildungsziele bei den Lehrveranstaltungen eine Rolle gespielt hätten (IP3 S. 10, Z. 28-29).

### **8.3.6 Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken**

Die Regelstudienzeit im Studiengang Nursing B.Sc. beträgt acht Semester. In jedem Semester finden 16 Wochen Lehrveranstaltungen statt. Insgesamt müssen für den erfolgreichen Abschluss 145 Credits erreicht werden, wobei ein Credit einem Workload von 26 bis 28 Stunden entspricht. Dies konnte aus den Angaben im Studienführer (D5 S. 11-14) abgeleitet werden. Dabei wurde festgestellt, dass viele Fehler bei den Berechnungen der Stunden- und Zeitangaben vorlagen bzw. sich diese an manchen Stellen widersprachen. Die IP3 bestätigte die 4-jährige Studiendauer (IP3 S. 2, Z. 4-10) und gab an, dass an fünf Tagen pro Woche Vorlesungen stattfinden würden. Ein typischer Universitätstag bestünde aus acht Stunden (IP3 S. 18, Z. 1-3). Zu weiteren zeitlichen Vorgaben äußerte sie sich nicht. Die Aussagen zu den Credits können daher nicht als valide eingeschätzt werden.

Neben Basis- und Vertiefungskursen gibt es Kurse, die in allen Studiengängen absolviert werden müssen sowie optionale Kurse. Die Basiskurse werden in den ersten beiden Semestern angeboten und haben vorwiegend medizinische und naturwissenschaftliche Ausrichtung. Ein Beispiel hierfür ist der Kurs *„Biology“* (D5 S. 11, Z. 10). Lediglich in zwei der acht Basiskurse werden Grundlagen der Pflege vermittelt (D5 S. 11, Z. 11+23). Jeder der Basiskurse wird mit drei Credits gewichtet. Die Vertiefungskurse finden vom dritten bis siebten Semester statt. Darunter sind medizinisch ausgerichtete Kurse (z. B. *„Path physiology 1“* D5 S. 11, Z. 6), Englischkurse (z. B. D5 S. 11, Z. 20) sowie Kurse mit pflegerischen Fokus (z. B. *„Adult Nursing 1“* D5 S. 11, Z. 7). Letztere orientieren sich jedoch an Krankheitsbildern. An den im Curriculum aufgeführten Inhalten des Kurses *„Adult Nursing 1“* wird dies u. a. deutlich. Folgender Inhalt ist ein Beispiel hierfür: *„Nursing for Gastrointestinal System Disorders 1) Nursing assessment 2) Nursing care of adults with disorders of the mouth and throat, esophagus, stomach and intestines“* (D5 S. 17, Z. 20-24). Englisch, Sport sowie Religionslehre sind die studiengangübergreifenden Kurse, wobei Religion in allen Semestern belegt werden muss. Im achten Semester werden Wahlpflichtfächer angeboten. Die

Studierenden können sich zwischen Anästhesie/OP-Pflege/akute psychiatrische Pflege und Gemeindepflege (psychiatrische Pflege und Geburtshilfe)/Public Health entscheiden (D5 S. 14, Z. 12-23). IP3 erklärte, dass die Inhalte vordergründig auf das Arbeiten im Krankenhaus fokussiert seien (IP3 S. 17, Z. 4-6).

Es fällt auf, dass die Übersicht zum Lehrplan (D5 S. 15, Z. 4-37) nicht dem Studienverlaufsplan im Studienführer entspricht, obwohl beide aus dem selben Jahr stammen (s. Kapitel 7.4.1). Im Lehrplan werden zusätzliche Kurse aufgeführt, wie beispielsweise der Kurs „*Nursing Education*“ (D5 S. 15, Z. 28). Da das Curriculum nicht vollständig im Dokument aufgeführt ist, können hierzu keine weiteren Aussagen getroffen werden.

Im Studienverlaufsplan werden für jeden Kurs die Credits in Praxis und Theorie angegeben. Bis auf das erste und letzte Semester entfallen die meisten Credits auf die Theorie. Besonders im letzten Semester finden im Verhältnis zur Theorie mehr Praxisstunden statt. Erwähnenswert ist, dass ‚Praxis‘ nicht mit klinischer Praxis übersetzt werden kann. So werden z. B. die Englisch- und Computerkurse oder der Sportkurs zu den praktischen Stunden gezählt (D5 S. 11-14). Im Curriculum wird bei den Kursen „*Adult Nursing 1*“ und „*Adult Nursing 2*“, die im dritten und vierten Semester stattfinden, explizit angegeben, dass die Studierenden in der klinischen Praxis lernen (D5 S. 16, Z. 24; D5 S. 18, Z. 23). IP3 hätte eine völlig andere Organisation von Theorie und Praxis wahrgenommen. Sie sprach von einem Primat der Theorie in den ersten drei Studienjahren. *„Und genau, wie gesagt, also in der staatlichen Universität ist das ja drei Jahre nur Theorie und im staatlichen Krankenhaus sind sie ja dann ein Jahr.“* (IP3 S. 3, Z. 33-35)

### **8.3.7 Lehr-Lern-Arrangements**

Lernorte der akademischen Pflegebildung sind, wie in D5 beschrieben Vorlesungssäle, Pflege labore, eine Bibliothek mit Internetanschluss sowie zwei Universitätskrankenhäuser.

Die Lernenden erhalten im Lernprozess kaum Unterstützung. Sie besuchen die Vorlesungen, fertigen Mitschriften an und lernen diese auswendig. In D2 wird beschrieben: *„Ausbildung und Studium bestehen aus dem Auswendiglernen der Notizen der Dozenten.“* (D2 S. 1, Z. 28-29) Für vertiefte Recherchen stehen Computer mit Internetanschluss sowie die Bibliothek zur Verfügung. Es wird von den Studierenden erwartet, dass sie dieses Angebot eigenständig nutzen (D5 S. 2, Z. 17). Aufgrund der mangelhaften englischen Sprachkenntnisse ist eine Nutzung der zumeist englischsprachigen Literatur nur eingeschränkt möglich. IP3 berichtete: *„Die Bücher sind auch hauptsächlich auf Englisch. Das können sie nun wiederum nicht wirklich anwenden, weil ihr Englisch nicht so gut ist.“* (IP3 S. 2, Z. 24-25) Insofern scheinen die Lernerfolge in den Englischkursen gering zu sein, was bereits in Kapitel 8.3.6 hervorgehoben wurde.

Im Curriculum wird angegeben, dass u. a. Gruppendiskussionen und Rollenspiele als Lehr-Lern-Methoden eingesetzt werden (u. a. D5 S. 16, Z. 19+21). IP3 berichtete demgegenüber davon, dass es nur Vorlesungen mit Lehrervorträgen und keinen handlungsorientierten Unterricht gegeben hätte. Dies wird an folgenden Passagen ersichtlich: *„Also dieses interaktive miteinander habe ich da nicht gesehen. Es ist Frontalunterricht und dann wird viel auswendig gelernt. Es geht nicht auf das Verständnis hin, sondern nur das Wissen zu reproduzieren.“* (IP3 S. 16, Z. 3-6) *„Wissenstechnisch denke ich schon wird vieles und auch Gutes vermittelt, aber Handlungsorientierung [...], das würde ich sagen nicht.“* (IP3 S. 13, Z. 32-34) Die Pflegelabore scheinen daher nicht genutzt zu werden. Die Vorlesungen seien auf Englisch oder Dari gehalten worden (IP3 S. 17, Z. 31-32). Für die Studierenden bestehe Anwesenheitspflicht. Sie dürften bis zu einem Viertel der Zeit fehlen (IP3 S. 17, Z. 26-28).

Während ihrer Praktika in den Universitätskrankenhäusern werden die Lernenden nicht durch pädagogisch ausgebildetes Personal begleitet. Die Anleitung der Studierenden wird vereinzelt von Ärzten und erfahrenen Pflegekräften übernommen. IP3 berichtete: *„Die, die da waren, sind auch älteres Personal, die dann wiederum die Neuen wiederum anleiten, wenn überhaupt. Oder das machen die Ärzte.“* (IP3 S. 4, Z. 6-7) Eine adäquate Praxisbegleitung ist auf Grund der großen Anzahl an Praktikanten und Praktikantinnen grundsätzlich nicht möglich. IP3 erzählte: *„Und das Problem ist, dadurch dass es ja gibt es ja keine Blockphasen. Das heißt man hat auf einmal ganz viele Studenten in einer bestimmten Zeit und dann ist wieder nichts.“* (IP3 S. 2, Z. 13-15) Problematisch ist auch hier, dass das Wissen keinen Anschluss in der klinischen Praxis findet, was zuletzt daran liegt, dass die Krankenhäuser schlecht ausgestattet sind. IP3 urteilte: *„Das bleibt einfach Wissen und ist an keine Handlung im wirklichen Pflegealltag anschlussfähig.“* (IP3 S. 14, Z. 2-3)

### **8.3.8 Evaluationspraktiken**

Im Curriculum wird angegeben, dass der Lernerfolg der Studierenden mit schriftlichen Prüfungen, Prüfungen im Skills Lab sowie Gruppenarbeiten überprüft wird. Die schriftlichen Prüfungen haben dabei die größte Gewichtung (D5 S. 16, Z. 30-32; D5 S. 18, Z. 29-31). IP3 berichtete dagegen ausschließlich von schriftlichen Prüfungen, die im Sinne eines Antwort-Wahl-Verfahrens konzipiert seien (IP3 S. 2, Z. 28-32 u. Z. 34-36 - S. 3, Z. 1-6).

## **8.4 Nicht-formales und informelles Pflegenlernen**

### **8.4.1 Qualifizierungspraktiken und deren historische Entstehung**

Auf dem Land hat es bis auf wenige Ausnahmen, wie die privaten Schulen mancher NGOs (s. Kapitel 8.2.1), bis heute keine formale Ausbildung gegeben. Die formale Ausbildung begrenzt sich ausschließlich auf die Großstädte. Dies bestätigten alle IPen. Exemplarisch

steht hierfür die Aussage von IP5: *„Auf dem Land gibt es keine Ausbildungen.“* (IP5 S. 4, Z. 13) Dennoch sind aufgrund des enormen Bedarfs an Pflegekräften (s. Kapitel 8.1.6) zahlreiche nicht-formale und informelle Qualifizierungspraktiken üblich.

Das Tätigkeitsspektrum einer Pflegeperson auf dem Land ist ein völlig anderes, wie in den Krankenhäusern der Städte. In den DH sowie den BHC, CHC und in der HP müssen die Mitarbeitenden häufig Aufgaben unterschiedlicher Professionen erfüllen. Dies liegt vornehmlich an dem Personalmangel. Da insbesondere weibliches Gesundheitspersonal fehlt, betrifft es hauptsächlich Frauen. Es reicht in der Regeln nicht aus, wenn sie über eine formale Ausbildung als Pflegekraft verfügen. Vielmehr müssen sie auch geburtshelferische Tätigkeiten und die Wochenbettpflege übernehmen. Des Weiteren übernehmen Pflegende bzw. Krankenschwester-Hebammen auch ärztliche Tätigkeiten in Form von kleineren Operationen. Die Ausführungen von IP4 verdeutlichen diese Praktiken: *„Also unsere Krankenschwestern sind auch Hebammen. Die sind nicht ausschließlich Hebammen oder ausschließlich Krankenschwestern, sondern beides. Sie müssen die Krankenpflege abdecken und auch bei Geburten behilflich sein. Und sie machen auch mangels Gynäkologinnen, wobei das im gynäkologischen Bereich ja nicht erlaubt ist, sie machen auch Kürettage zum Beispiel.“* (IP4 S. 9, Z. 8-12) Entsprechend der Tradition, dass es schon vor den Kriegszeiten ausschließlich Krankenschwester-Hebammen gab, müssen die formal ausgebildeten weiblichen Pflegekräfte noch informell im Hebammenbereich weiterlernen. Das Gleiche gilt für formal ausgebildete Hebammen, die pflegerische Tätigkeiten erfüllen müssen.

Formale Pflegehilfskraft-Ausbildungen, wie sie vor dem Krieg mit den ANMs bestanden (s. Kapitel 8.2.1), gibt es heute nicht mehr. Aufgrund des hohen Bedarfs an weiblichen Pflegenden und Hebammen, insbesondere auf dem Land, werden diese informell in den provinziellen Krankenhausbetrieben qualifiziert. In der Aussage von IP4 wird dies deutlich: *„Wir haben Krankenschwester-Hebammen-Helfer ohne Ausbildung, die bei uns mitarbeiten und lernen. Die brauchen wir, weil sonst wären es zu wenige.“* (IP4 S. 14, Z. 19-21)

Je nach Organisation einer Gesundheitseinrichtung erfolgt weiteres Pflegenlernen, auch nach der Erstqualifizierung, durch interne Fortbildungen. IP4 erzählte von den wöchentlichen Angeboten, die ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als Qualifizierungsmaßnahme erhalten. Sowohl Fachkräfte als auch Hilfskräfte können an diesen gemeinsam teilnehmen. *„Also, ich sage ja so bei uns kriegen die schon regulär jede Woche diese innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung. Das ist für alle Pflegekräfte zusammen. Also nicht nur für die Auszubildenden. Für Ärzte, Schwestern, Krankenpfleger, OP-Pfleger. Alle.“* (IP4 S. 14, Z. 13-15) Ebenso berichtete IP1 von solchen Qualifizierungsangeboten zu ihrer Zeit (IP1 S. 11, Z. 1-5). In Institutionen, in denen ausländische Hilfskräfte regelmäßig eingesetzt werden, findet weitere Qualifizierung statt, in dem diese das afghanische Gesundheitspersonal anleiten. IP3 erzählte: *„Aber auch deutsche Schwestern, die da immer mal kommen und dann*

*da arbeiten und auch die dann wieder andere anleiten.*“ (IP3 S. 9, Z. 33-34) Es kann nicht darauf geschlossen werden, dass diese Praktiken auch in anderen Gesundheitseinrichtungen vollzogen werden. IP4 betonte: *„Die Krankenhäuser oder Ambulanzen oder kleinen Kliniken, die es sonst so gibt, also in den Provinzen, da gibt es oft gar keine Standards. Es ist überall ein bisschen anders. In Afghanistan gibt es nichts Geregelteres. Die machen es so, wie sie es meinen.*“ (IP4 S. 17, Z. 19-22) Insofern scheint es ein unübersichtlich weites Feld an gängigen Qualifizierungspraktiken auf dem Land zu geben, die sicherlich nicht in ihrer Gänze an dieser Stelle aufgeführt werden können. Fest steht, dass es ein differenziertes, geregeltes Weiterbildungssystem nicht gibt (IP2 S. 18, Z. 6-16; IP5 S. 6, Z. 21-22).

Wie bereits in Kapitel 8.2.1 beschrieben, wurden Männer bis zum Jahr 2002 informell zum Arztassistenten qualifiziert. Über diese Qualifizierungspraxis konnten nur wenige Erkenntnisse gewonnen werden, da die IPen damit wenig Kontakt hatten. In den Dokumenten wurde sie zudem nicht beschrieben.

Viele Frauen praktizieren ohne jegliche Qualifizierung in den Dörfern als Hebammen bzw. Pflegekräfte. Diese Problematik wurde bereits in den 1970er Jahren erkannt. Früher wurden hierfür die formal ausgebildeten Krankenschwester-Hebammen pädagogisch in einem kurzen Lehrgang weiterqualifiziert. Sie wurden als Ausbilderinnen in die Dörfer entsandt, um die ungelernnt praktizierenden Frauen zumindest in den geburtshelferischen und pflegerischen Grundlagen zu qualifizieren. IP2 berichtete: *„Das war dieses Seminar, das man also doch dort jemanden also weiter ausbilden kann. Zum Beispiel für diese erfahrenen Dorffrauen.*“ (IP2 S. 18, Z. 14-15) Auch heute werden noch für diese Landfrauen spezielle nicht formale Kurse, wie z. B. der Kurs zur Traditional Birth Attendant (TBA), angeboten (IP4 S. 6, Z. 34-36), auch wenn es spezielle pädagogische Weiterbildungen nicht mehr gibt.

Da es keinerlei rechtliche und administrative Rahmenbedingungen innerhalb der nicht formalen und informellen Qualifizierungspraktiken gibt, entfällt dieses Kapitel.

#### **8.4.2 Zugangsvoraussetzungen und Charakteristika der Lernenden**

Die informelle Qualifizierung zur Krankenschwester-Hebamme setzt heute in der Regel eine formale Ausbildung in einem der beiden Berufe voraus. Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte benötigen keinerlei spezielle Voraussetzungen für das informelle Lernen des Berufes. Häufig fehlt ihnen sogar jegliche Eignung für den Pflege- bzw. Hebammenberuf, so dass eine formale Ausbildung an den IHS oder der Universität nicht in Frage kommen würde. IP4 erzählte: *„Und von der Beurteilung her waren sie so als Krankenschwestern so komplett nicht geeignet. Wir haben sie dann aber, weil auch die Männer keinen Job haben, als Krankenpflegehelfer eingesetzt.*“ (IP4 S. 19, Z. 26-28) Problematisch ist, dass die Hilfskräfte ihre eigenen Grenzen oft überschreiten, da sie auf einen höheren Verdienst durch

die Erweiterung ihres Tätigkeitsspektrums hoffen. IP4 urteilte: *„Aber diese Helfer, also die versuchen natürlich dann auch mehr zu machen, einfach weil sie dann denken, dass sie dann dementsprechend das Gehalt bekommen.“* (IP4 S. 15, Z. 4-5) Weiterhin berichtete IP4, dass sie meist nicht oder nur bis zur sechsten Klasse zur Schule gegangen seien (IP4 S. 19, Z. 21-23). Ebenso fehlt es den Teilnehmenden der TBA-Kurse an Allgemeinbildung. Sie bringen aber oft jahrelange Erfahrung mit, da sie in den Dörfern für die Geburten sowie für die Krankenbehandlung der Kinder zuständig sind. IP4 erzählte von der Situation auf den Dörfern: *„Deswegen finden viele zumeist Hausgeburten statt und da gibt es immer das überall so Frauen, die man kennt, die da besonders geschickt sind oder beliebt sind, die man dann zur Hilfe holt.“* (IP4 S. 7, Z. 33-35)

Zu den Lernenden der Arztassistenten konnte ausschließlich eruiert werden, dass es sich um männliche Personen handelt (IP1 S. 6, Z. 14-24).

An den Seminaren zur Ausbilderin der Dorffrauen in den 1970er und 1980er Jahren durften nur formal ausgebildete Krankenschwester-Hebammen mit guten Abschlussnoten teilnehmen (IP2 S. 5, Z. 17-20).

### 8.4.3 Lehrende

Im Rahmen der informellen Qualifizierung der Pflegekräfte gibt es in der Praxis keine explizit benannten Ausbilder oder Ausbilderinnen. Mediziner und Medizinerinnen sowie das erfahrenere Pflegepersonal geben ihre Erfahrungen an die neuen Pflegekräfte im laufenden Krankenhausbetrieb weiter (s. Kapitel 8.4.6). In Gesundheitseinrichtungen, in denen Fachkräfte aus dem Ausland eingesetzt werden, übernehmen diese die Anleitung der afghanischen Pflegekräfte, um die Pflegequalität in Afghanistan zu verbessern (s. Kapitel 8.4.1).

In den internen Fortbildungen referieren, heute wie früher, in der Regel Ärztinnen und Ärzte (IP4 S. 9, Z. 3-5). Die Kurse für die ungelerten Hebammen und Pflegekräfte aus den Dörfern wurden in den 1970er und 1980er Jahren von pädagogisch geschulten und formal ausgebildeten Krankenschwester-Hebammen durchgeführt. Diese besuchten hierfür nach ihrer Erstqualifizierung ein Seminar (IP2 S. 5, Z. 17-24). Über die Lehrenden in dieser Qualifizierungsmaßnahme liegen keine Erkenntnisse vor. Heute werden die Kurse von ausländischen NGOs organisiert. Lehrkräfte sind formal ausgebildete Hebammen aus Afghanistan oder Pakistan. IP4 berichtete: *„Und dann kam die Lehrerin, Hebammen, auch aus Pakistan, teilweise Afghanen. [...] Aber die, die waren aber schon vorher ausgebildet oder auch von Pakistan. [...] Wir haben also dann die Plattform geboten und die haben dann unterrichtet.“* (IP4 S. 6, Z. 37 - S. 7, Z. 1-4) Problematisch ist hierbei, dass diese nicht immer die Sprache der Dorffrauen sprechen, da sie anderen Stämmen zugehören. Daher würden Dolmetscher im Unterricht benötigt werden (IP4 S. 7, Z. 13-18).

#### 8.4.4 Bildungsziele

Entsprechend des Charakteristikums, dass informelle Lernprozesse in Bezug auf Lernziele nicht organisiert sind (s. Kapitel 6), lassen sich innerhalb des informellen Pflegenlernens keine Bildungsziele erkennen. In den organisierten nicht-formalen Kursen für die erfahrenen Dorffrauen wurden dagegen Bildungsziele erkennbar. Zum einen dient der Kurs der fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung der Teilnehmenden. Zum anderen sind sekundäre Effekte intendiert. Die fachlichen und persönlichen erworbenen Kompetenzen der Teilnehmenden sollen einen Beitrag zur Bildung der ländlichen Bevölkerung leisten. IP4 führte dies folgendermaßen aus: *„Nur einfach um den Horizont zu erweitern oder auch eben, ich sage auch immer im Hinblick darauf, dass es dann auch der Familie oder dem Dorf zu Gute kommt.“* (IP4 S. 20, Z. 21-23)

#### 8.4.5 Umfang, Struktur und Inhalt der Qualifizierungspraktiken

Das informelle Lernen vollzieht sich aufgrund des Merkmals der fehlenden Organisation der Lernprozesse (s. Kapitel 6) in keinem begrenzten Zeitraum und ist an keinerlei Strukturen oder Inhalte gebunden. IP4 führte aus: *„Da gibt es auch keine festgelegte Zeit, wie lange sie dann lernen, weil es gibt ja in dem Sinne keine Ausbildung. Da ist gar nichts festgehalten. Ich sage mal, vereinfacht gesagt, die laufen mit und dabei lernen sie dann weiter.“* (IP4 S. 20, Z. 23-25)

Im Rahmen der regelmäßigen internen Fortbildungen werden Krankheitsbilder und neue therapeutische Maßnahmen thematisiert sowie über Impfkampagnen gesprochen (IP4 S. 30, Z. 19-30). Die Inhalte können je nach Krankenhaus variieren. Sicherlich werden in vielen Gesundheitseinrichtungen auch interne Fortbildungsmaßnahmen völlig fehlen. IP4 erklärte schließlich, dass die Praktiken an ihrem Krankenhaus nicht auf alle afghanischen Krankenhäuser übertragen werden könnten (s. Kapitel 8.4.1). Grundsätzlich findet das Lernen auf dem Land informell und weniger durch geplante theoretische Unterrichtseinheiten statt.

Arztassistenten, die ihr Handwerk vornehmlich informell im Krankenhausbetrieb lernen, besuchten vor ihrem Eintritt in den Betrieb eine kurze Fortbildung. IP2 beschrieb: *„Und die haben auch paar Leute zum Beispiel so auch Kurzausbildung gegeben. Also nicht so eine richtige dreijährige, sondern nur ganz kurz, wie eine Fortbildung in ein, zwei Wochen, haben die gegeben und dann gleich mit denen zusammen gearbeitet. Und langsam, langsam haben die alles gelernt.“* (IP2 S. 13, Z. 7-10)

Die Kurse für die erfahrenen Dorffrauen dauern in der Regel nur 17 Tage mit ca. 7 Stunden täglich. Die Frauen kommen aus den Dörfern zu Fuß zu den oft weiter entfernten Gesundheitseinrichtungen. Die Qualifizierungsmaßnahme besteht ausschließlich aus theoretischen



schem Unterricht. IP4 berichtete: *„Die kommen aus den Dörfern und haben dann nur theoretischen Unterricht. Praktisch haben sie das ja alles schon in den Dörfern selbst gemacht.“* (IP4 S. 19, Z. 24-25) Inhaltlich erhalten sie Grundkenntnisse im hygienischen Arbeiten während der Geburt sowie über die Notfallbehandlung von Krankheiten (IP4 S. 19, Z. 24-35).

#### 8.4.6 Lehr-Lern-Arrangements

Das informelle Lernen erfolgt durch das Beobachten des erfahreneren Personals und das Nachahmen im laufenden Betrieb und ist in keiner Weise organisiert (s. Kapitel 6). Im Sinne eines Training on the job lernen die Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte und Arztassistenten die wichtigsten pflegerischen Tätigkeiten durch die Anleitung von erfahrenen Pflegekräften und Ärzten. IP4 berichtete: *„Ja, ich sagte learning by doing. Das heißt die Älteren, die schon ein paar Jahre da sind oder auch eine Ausbildung haben schon, diese Hebammen, die zweijährigen, die lernen die an.“* (IP4 S. 14, Z. 5-7) Gleichermaßen lernen die formal ausgebildeten Pflegekräfte geburtshelferische und die formal ausgebildeten Hebammen pflegerische Tätigkeiten. IP4 erklärte: *„Für das andere Gebiet werden sie dann learning by doing bei uns ausgebildet. Weil sie müssen beides abdecken.“* (IP4 S. 16, Z. 22-23)

Die internen Fortbildungen sowie die weiteren Kurse sind didaktisch als Frontalunterricht konzipiert. Bei der Auswahl der Inhalte sind die Mitarbeitenden beteiligt. Dies wird an folgender Aussage der IP4 ersichtlich: *„Dass ein Topic gewählt wird und ein Arzt sich dann damit auseinandersetzt und dann er aber Frauen und Männern das dann am Nachmittag vorträgt, so dass sie das auch mitschreiben.“* (IP4 S. 9, Z. 3-5)

#### 8.4.7 Evaluationspraktiken

Der Lernerfolg des informellen Lernens wird im Krankenhaus der IP4 nicht strukturiert evaluiert. Es erfolgen zwar Kontrollen durch die Krankenhausleitung, allerdings sind diese nicht auf einen Mitarbeitenden fokussiert, sondern betreffen den Gesamtbetrieb, um die Qualität zu sichern. Ebenso werden die am Krankenhausbetrieb angesiedelten Kurse überwacht. Hierbei geht es aber nur darum, ob die Kurse geplant und in ausreichendem Umfang stattfinden. IP4 erklärte: *„Aber es war dann auch so, dass die Lehrerinnen dann manchmal dann keine Geduld hatten oder dann einfach auch schummeln wollten. Die wollten dann früher abhauen und das gibt es bei mir dann gar nicht. [...] Kontrolle ist mit das A und O. Sonst wird es nichts. Sonst sind auch so Kurse dann im Sande verlaufen.“* (IP4 S. 8, Z. 15-21) Der Lernerfolg der Teilnehmenden wird nicht evaluiert. Aussagen dazu, ob in anderen Krankenhäusern Evaluationsmaßnahmen erfolgen, können an dieser Stelle nicht getroffen werden, da die Organisationsstrukturen der afghanischen Krankenhäuser zu verschieden sind (s. Kapitel 8.4.1).

## 8.5 Kontextuelle Interpretation

Zur Verbesserung des Gesundheitszustands der afghanischen Bevölkerung, müssen Pflegekräfte und Hebammen professionell ausgebildet werden. Dies ist eine große Herausforderung, da nur wenig Finanzmittel zur Verfügung stehen (s. Kapitel 8.1.4 und 8.1.6). Bisher waren es viele ungelernete Kräfte oder die Familie, die die Aufgaben professionell ausgebildeter Pflegekräfte und Hebammen übernahmen. Mit der Einführung formaler pflegerischer Ausbildungsgänge verbesserte sich mittlerweile die pflegerische Versorgung. Die akademische Pflegeausbildung wurde eingeführt, um das in Kriegszeiten zerstörte Gesundheitssystem mit professionellen Fachkräften wieder aufzubauen (s. Kapitel 8.1.6). Die Absolventinnen und Absolventen unterstützten nach ihrem Studium diesen Ausbau hingegen nicht, da sie nicht in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen arbeiten (s. Kapitel 8.3.3). Dies liegt möglicherweise an den niedrigen Löhnen. Die akademische Pflegeausbildung kommt somit nicht dem gesellschaftlichen Auftrag nach die Gesundheits- und Krankheitsversorgung flächendeckend für die afghanische Bevölkerung sicherzustellen. Entsprechend ist diese keineswegs in einem angemessenen Zustand. Besonders unzureichend gestaltet sich die gesundheitliche Versorgung der ländlichen Bevölkerung, da Gesundheitspersonal in den Provinzen fehlt (s. Kapitel 8.1.6). Spezielle Ausbildungen und Programme wurden hierfür in den letzten Jahren geschaffen. Dennoch lernen viele Pflegekräfte auf dem Land ihr Handwerk ohne standardisierte Ausbildungsprogramme im laufenden Betrieb einer Gesundheitseinrichtung des BPHS (s. Kapitel 8.4). Das Lernen findet weit entfernt von Bildungseinrichtungen statt. Es ist auf Grund der geographischen Lage vieler Bergdörfer und der fehlenden Elektrizität (s. Kapitel 8.1.1) kaum möglich Kontakt zu Behörden oder Bildungseinrichtungen herzustellen und eine standardisierte Qualifizierung dieser Pflegekräfte in den Provinzen zu gewährleisten. Unabhängig von jeglichen Gesundheitseinrichtungen gibt es in den Dörfern Frauen, die bereits seit langem als Hebammen und auch Pflegenden tätig sind und sich auch als solche bezeichnen, aber keinerlei formale Ausbildung durchlaufen haben (s. Kapitel 8.4.1). Aufgrund des massiven Personalmangels ist es erforderlich diese vor Ort zu unterrichten und anzuleiten.

Durch die vielen Unruhen und Kriege (s. Kapitel 8.1.4) konnte die Ausbildung von Pflegekräften nicht durchgehend bestehen. Die Qualifizierungspraxis änderte sich mit den politischen Geschehnissen. Heute wird versucht sie wieder zu vereinheitlichen. Aufgrund der vielen beteiligten NGOs aus zahlreichen Ländern ist dies nur schwer möglich. Die verschiedenen nebeneinanderstehenden Qualifizierungspraktiken sind durch die Einflüsse der beteiligten Länder zu erklären. Bestehende Lehr-Lern-Praktiken wurden als rückständig betrachtet und durch die eigenen, für gut befundenen Konzepte ersetzt. Erkennbar wird dies z. B. an der CBE, die durch das Engagement der Engländer und Amerikaner implementiert wurde. Erwähnt werden muss aber, dass nur mit der personellen und finanziellen Hilfe der

NGOs bis heute Pflegekräfte an Schulen der Großstädte und z. T. auf dem Land qualifiziert werden konnten. Sie leisten einen großen Beitrag beim Aufbau des Landes (s. Kapitel 8.1.4).

Die Sicherheitslage verschlechtert sich seit ein paar Jahren zunehmend (s. Kapitel 8.1.4). Für die Lernenden stellt dies eine große Belastung dar und verhindert Lernerfolge. Dies wurde deutlich als IP3 von den Erlebnissen einer afghanischen Pflegestudentin berichtete: *„Also sie hat nachts gelernt und hat irgendwo in der Nachbarschaft einen Schuss gehört. Und sie meinte: ‚Danach hatte ich einen Blackout und es ging gar nichts mehr.‘ Also die Menschen sind da nicht wirklich aufnahmefähig.“* (IP3 S. 14, Z. 23-26)

In Afghanistan ist, durch die häufigen Regierungswechsel und die Unbeständigkeiten in den Verantwortlichkeiten, die Umsetzung rechtlicher Vorgaben schwierig gewesen. Es ist immer noch eines der rückständigsten und ärmsten Entwicklungsländer (s. Kapitel 8.1.4). In dieser Stammesgesellschaft haben die Menschen keine Erfahrung mit einem funktionierenden Rechtssystem (s. Kapitel 8.1.2). Rechtliche Vorgaben können existieren, werden dann aber nicht von der gesamten Gesellschaft beachtet. Zudem ist Afghanistan ein Land, das von Korruption geprägt ist (s. Kapitel 8.1.4). Das Recht kann somit einfach erkaufte werden und verliert dadurch an Wirksamkeit. Es ist demgemäß nicht verwunderlich, dass es keine rechtlichen Vorgaben für die Qualifizierungspraktiken von Pflegenden bzw. Hebammen gibt. Die Überwachung der akademischen und nicht-akademischen formalen Pflegeausbildung durch die Regierungsvertreter scheint zudem keine Kontrollfunktion zu erfüllen. Sie werden lediglich zur Präsentation und Außenwirkung der Ministerien durchgeführt. Mit Blick auf die gängige Korruptionspraxis, können auch die regelmäßigen Akkreditierungen der Bildungseinrichtungen nicht ernst genommen werden.

Die curricularen Vorgaben könnten ebenso als Repräsentation der Bildungsinstitute nach außen verstanden werden. Die Außenwirkung ist den Afghanen grundsätzlich sehr wichtig (s. Kapitel 8.1.2). Sowohl bei dem CBN-Curriculum des IHS als auch bei dem Curriculum des Studiengangs Nursing B.Sc. an der KMU besteht eine immense Diskrepanz zur realen Qualifizierungspraxis. IP4 erklärte hierzu: *„Das, was Sie in den Papieren lesen und das wie es dann auch wirklich gemacht wird, das klafft meilenweit auseinander. In der Praxis ist alles anders.“* (IP4 S. 28, Z. 15-17) Exemplarisch kann dies an den Lehr-Lern-Arrangements festgemacht werden. Im CBN-Curriculum heißt es z. B.: *„The learner actively participates in the teaching/learning process through the selection of experiences in a variety of settings. Behavior modification is the outcome of the learner’s involvement. The role of the educator is to facilitate the learner’s acquisition of professional knowledge, skills, attitudes, and values.“* (D6 S. 9, Z. 17-20) Dementgegen findet der Unterricht in der Praxis ausschließlich als Frontalunterricht statt, in dem es kaum Interaktionen mit den Lernenden gibt. Dies ist im afghanischen Bildungswesen üblich (s. Kapitel 8.1.5). Von den curricularen Vorgaben kann

nicht auf die tatsächliche Qualifizierungspraxis geschlossen werden. Die Diskrepanz zwischen den Dokumenten und der Praxis könnte daher rühren, dass die afghanische Bevölkerung es nicht gewohnt ist Regeln und Standards einzuhalten. IP4 erwähnte im Interview: *„Also es gibt keine schriftlichen Vorgaben oder Gesetze oder Standards, an die man sich verbindlich halten muss. In Afghanistan ist nichts so geregelt. Es gibt da kein Gesetz.“* (IP4 S. 30, Z. 2-3) Hinzu kommt, dass die Curricula in englischer Sprache verfasst sind, obwohl viele afghanische Pflegekräfte über keine guten Englischkenntnisse verfügen. Dies erweckt wiederum den Anschein, dass das Curriculum ausschließlich dazu dient, dem Ausland das Bild einer angemessenen Bildungspraxis zu vermitteln. Dennoch könnte die englische Sprache auch gewählt worden sein, um eine weitere Unterstützung durch das Ausland zu erleichtern. Da die Curricula aus den Jahren 2008 und 2009 stammen, könnte es sein, dass es seitdem eine Revision gegeben hat. Dies ist aber unwahrscheinlich, weil die Dokumente von Expertinnen zur Verfügung gestellt wurden, die aktuell in die Qualifizierungspraxis eingebunden sind und Kontakte zu den Ministerien besitzen.

Selbst wenn Pflegekräfte an einer formalen Ausbildung teilnehmen, heißt dies nicht, dass sie diese vollständig durchlaufen. Fehlzeiten sind keine Seltenheit. Der Umfang der Ausbildung ist daher nur das Idealmaß. Es kann nicht angenommen werden, dass jede Absolventin bzw. jeder Absolvent diese Zeit tatsächlich an der Ausbildung teilgenommen hat. Die vielen falschen Zeitangaben und Berechnungen in den Curricula spiegeln zudem wider, dass die Angaben lediglich einen Orientierungswert haben und nicht eins zu eins die Praxis abbilden. Weitere Unklarheiten in Bezug auf das berufliche Ausbildungsniveau der Pflegenden ergeben sich durch die Möglichkeit gefälschte Zertifikate zu kaufen (s. Kapitel 8.1.5). Weiterhin erschwert es der fehlende Schutz der Berufsbezeichnung (s. Kapitel 8.1.6) professionell ausgebildete Pflegekräfte von ungelerten Kräften zu differenzieren.

Die formale Ausbildung weiblicher Pflegekräfte ist in vielen Fällen problematisch. Dies liegt einerseits daran, dass sie häufig nicht ausreichend allgemeine Bildung erfahren haben und viel Grundwissen nachholen müssen. Der geringe Bildungsstand ist dadurch bedingt, dass Frauen während der Talibanzeit nicht zur Schule gehen durften (s. Kapitel 8.1.5). Auch heute ist es nicht allen Mädchen gestattet Schulen zu besuchen oder nur bis zu einer niederen Klasse. Ihre Aufgabe ist es für die Familie zu sorgen. Es wird in vielen Familien nicht gutgeheißen, wenn Mädchen bzw. Frauen zur Schule oder arbeiten gehen. Grundsätzlich bestimmen die Männer aus religiösen und kulturellen Gründen über die Frauen. Hinzu kommt, dass Frauen in vielen Provinzen die Familie nicht verlassen und sich allein in der Öffentlichkeit aufhalten dürfen (s. Kapitel 8.1.2). Eine formale Pflegeausbildung in der Großstadt, die meist weit entfernt und nur durch eine lange, beschwerliche Reise zu erreichen ist, bleibt daher für Frauen, die mit ihren Familien in den Dörfern leben, unmöglich. Frauen werden in der Regel sehr jung verheiratet (s. Kapitel 8.1.2). Nach der Heirat sind sie für den

Haushalt und die Kindererziehung zuständig. Falls eine Frau die 12. Klasse abgeschlossen hat und damit die Zugangsvoraussetzungen für eine formale Pflegeausbildung erfüllt, kann eine Einmündung in die pflegeberufliche Bildung durch diese kulturell bedingte Rollenverteilung der Geschlechter verhindert werden. Aus diesen Gründen fehlen viele professionell ausgebildete Frauen im Gesundheitssektor. Es wird angestrebt mehr Frauen formal auszubilden. Dies ist auch deshalb notwendig, da religiös und kulturell bedingt Frauen nur von Frauen umfassend behandelt werden dürfen (s. Kapitel 8.1.6).

Der Einfluss der Religion (s. Kapitel 8.1.3) zeigt sich auch darin, dass Religionslehre in den formalen Ausbildungsgängen in allen Semestern integriert ist. Dies hängt mit der traditionell verhafteten Frömmigkeit der Bevölkerung sowie der religiösen Überzeugung der Regierenden zusammen. IP3 interpretierte die Gründe wie folgt: *„Weil aufgrund dieser ganzen politischen Lage und die sich immer sehr streng darauf berufen, dass sie sehr gläubige Menschen sind und dass der Glaube ja nicht vernachlässigt werden darf, ist das extrem integriert. [...] Und aber auch, weil die Menschen auch wiederum auch so sehr orthodox oder sehr einfach sind, konservativ. Dass man sagt, dass man das sozusagen beibehält, damit man das Gefühl hat, dass die Kinder jetzt irgendwie etwas lernen, was nicht gegen die Religion ist oder das da nichts Religiöses vernachlässigt wird.“* (IP3 S. 13, Z. 13-20)

Die Bestrebungen sind vorhanden mit dem Ausland gleichzuziehen und eine zwölfjährige Schulbildung als Zugangsvoraussetzung für die Pflegeausbildung vorauszusetzen. Dies wurde wahrscheinlich durch die vielen beteiligten NGOs miteingebracht (s. Kapitel 8.1.4). Dennoch stehen hier einige Faktoren im Weg. Einerseits ist dies der schlechte Bildungsstand vieler Frauen (s. Kapitel 8.1.5) und andererseits der massive Personalmangel, insbesondere an weiblichen Pflegekräften (s. Kapitel 8.1.6). Eine Öffnung der Pflegebildung für weniger gebildete Frauen ist geboten, um den gesellschaftlichen Bedingungen zu begegnen. Dies zeigt sich bereits an den Ausnahmeregelungen in Bezug auf die Zugangsvoraussetzungen (s. Kapitel 8.2.3).

Die Bildungsziele der öffentlichen Pflegeschulen differieren sehr zu den Bildungszielen der Pflegeausbildung privater Schulen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Privatschulen durch NGOs explizit in ländlichen, isolierteren Regionen, angegliedert an bestehende Gesundheitseinrichtungen, gegründet werden und die Lernenden, besonders die Frauen, dort häufig nur einen sehr geringen Bildungsgrad aufweisen (s. Kapitel 8.1.5).

Die Trennung der beiden Fachdisziplinen Hebammenkunde und Pflege, die mit der Curriculumrevision der 2000er Jahre unter dem Einfluss vieler NGOs erfolgte, scheint unter den Anforderungen des Gesundheitswesens auf dem Land nicht zielführend gewesen zu sein. Der Bedarf an Krankenschwester-Hebammen in den Provinzen ist groß (s. Kapitel 8.1.6), so dass die Absolventinnen informell im jeweils anderen Bereich weiter lernen müssen.

## 9 Diskussion

### 9.1 Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Kontext

Bei einem Abgleich der dargestellten Qualifizierungspraxis mit den globalen Standards (s. Kapitel 4.3) fällt auf, dass viele der geforderten Standards in den Curricula berücksichtigt werden und die Outcomes an einigen Stellen fast wortgetreu übernommen wurden. Insofern könnte der Eindruck entstehen, dass sich die Pflegebildung in Afghanistan internationalen Standards annähert. Mit Hinblick auf die Feststellung, dass diese Dokumente die Realität nicht widerspiegeln (s. Kapitel 8.5), kann diese Entwicklung nicht bestätigt werden. In Afghanistan befindet sich die Pflegebildung immer noch weit davon entfernt den globalen Standards zu entsprechen. Weiterer Handlungsbedarf besteht, der im Rahmen der nächsten International Nurse Education Conference zum Thema gemacht werden sollte.

Der internationale Vergleich von Qualifizierungspraktiken im Pflegesektor wird dadurch erschwert, dass die Berufsbilder der verschiedenen Länder stark differieren. Je nach Land und dessen gesamtgesellschaftlichen Kontext gibt es völlig unterschiedliche Gesundheitsfachberufe. Die Pflege, wie wir sie in Deutschland kennen, kann dabei in verschiedenen Berufen Eingang finden. So gibt es in Afghanistan die Krankenschwester-Hebammen, Krankenschwestern bzw. Pflegekräfte, B.Sc. Nurses, Traditional Birth Attendants, Community Health Workers, Arztassistenten, Gesundheitshelfer und Community Health Nurses, die alle mehr oder weniger für uns typische Pflegetätigkeiten durchführen und in unserem Pflegeverständnis in den Pflegesektor einzuordnen sind. Im Rahmen eines Vergleiches müsste daher ein geeignetes Tertium Comparationis gefunden werden, der alle Praktiken miteinschließt, so dass kein unvollständiges Bild entsteht. Möglich wäre es nach einzelnen pflegerischen Aufgaben zu differenzieren, die in beiden Ländern vorkommen und anhand dieser die Qualifizierungspraktiken zur Vorbereitung auf diese Aufgaben zu vergleichen. Damit wäre zudem eine Orientierung am Outcome gegeben (s. Kapitel 5).

Für die internationale Einordnung der afghanischen Pflegebildung kann das Klassifikationschema von Clement (s. Kapitel 3) herangezogen werden, um hervorzustellen, welchen Sinn der Qualifizierung von Pflegekräften beigemessen wird. In der afghanischen Pflegebildung gilt es bei der Einordnung zu beachten, dass sich die akademische von der nicht-akademischen und nicht-formalen bzw. informellen Qualifizierungspraxis, hinsichtlich der Sinnkategorien, unterscheiden. Das Pflegestudium fällt dabei deutlich in die Kategorie *Bildungserwerb*. Es dient vordergründig dazu einen höheren Bildungsgrad zu erzielen und zur afghanischen Oberschicht zu zählen (s. Kapitel 8.3). Dies zeigt sich mitunter daran, dass die studierten Pflegekräfte nicht in öffentlichen Einrichtungen arbeiten würden, sondern mit

Hinblick auf eine bessere Bezahlung in privaten Institutionen oder als Lehrende an der Universität beschäftigt sind. Die formalen nicht-akademischen sowie die nicht-formalen und informellen Qualifizierungspraktiken können dagegen nicht in diese Kategorie eingeordnet werden. Mit ihnen soll eine direkte funktionale Verwertbarkeit in den Gesundheitseinrichtungen des BPHS oder EPHS erreicht werden. Daher sind sie in die sinnstiftende Kategorie *Beschäftigung* einzuordnen. Dies zeigt wiederum, dass die Bildungsgänge sehr unterschiedlich sind und nicht gemeinsam in einen Topf geworfen werden können.

## **9.2 Bedeutung der Ergebnisse für die berufliche Integration afghanischer Pflegekräfte in Deutschland**

Im Folgenden werden, anhand der Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel, Handlungsempfehlungen für die berufliche Integration afghanischer Pflegekräfte in Deutschland abgeleitet. Diese sind als vorläufige hypothetische Aussagen zu sehen, die durch eine sich anschließende Komparation der Pflegebildung in Afghanistan und Deutschland ergänzt und überarbeitet werden müssen. Sie stellen Vorüberlegungen für weitere Untersuchungen dar.

Für eine erfolgreiche Integration muss zunächst das ethnozentristische Pflegeverständnis aufgebrochen werden, um offen für die Vorstellungen afghanischer Pflegekräfte zu sein. Pflegen in Afghanistan bedeutet medizinische Maßnahmen zu verrichten und Hilfskraft des Arztes bzw. der Ärztin zu sein (s. Kapitel 8.1.6). Bei einer Gegenüberstellung mit dem deutschen Pflegeverständnis, fällt auf, dass in Afghanistan die Durchführung der Grundpflege nicht zum beruflichen Selbstverständnis einer Pflegekraft gehört. In Deutschland ist diese dagegen neben der Behandlungspflege im Sozialgesetzbuch (SGB) V und XI verankert und zählt zu den grundlegenden Aufgaben einer Pflegekraft. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass selbst formal ausgebildete afghanische Pflegenden grundpflegerische Tätigkeiten professionell durchführen können. Sie haben in diesem Bereich umfassenden Weiterbildungsbedarf. Die Schulung in grundpflegerischen Tätigkeiten ist dennoch kritisch zu betrachten. Für viele afghanische Menschen ist die Konfrontation mit dem nackten Körper, insbesondere des anderen Geschlechts, sowie der Kontakt mit Ausscheidungen Fremder mit Scham behaftet und widerspricht ihren religiösen und kulturellen Vorstellungen. Dies wird auch in einem Erfahrungsbericht über Anerkennungsverfahren in Deutschland in ähnlicher Weise beschrieben (vgl. Ammende 2016, S. 91). Es ist möglich, dass sie deshalb in Deutschland nicht mehr in ihrem Beruf tätig sein wollen. Daher sollte im Einzelfall geprüft werden, inwiefern eine Integration in einen Arbeitsbereich, innerhalb dessen weniger grundpflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden, zielführender ist. Dies können beispielsweise diagnostische Abteilungen, Ambulanzen oder Arztpraxen sein. Ebenso wäre es denkbar im ambulanten Pflegesektor Touren zu planen, in denen ausschließlich Maßnahmen der Behandlungspflege zu verrichten sind. Sicherlich wird dies nur in größeren Pflegediensten

umsetzbar sein. Ein Einsatz der Frauen auf gynäkologischen oder Kinderstationen und ein Einsatz der Männer auf urologischen Stationen könnten den Arbeitsalltag streng religiöser afghanischer Pflegekräfte erleichtern. Die berufliche Tätigkeit in der stationären Altenpflege, innerhalb derer grundpflegerische Tätigkeiten im Vordergrund stehen, könnte für eine religiöse afghanische Pflegekraft aus den genannten Gründen weniger attraktiv erscheinen (s. Kapitel 8.1.6). Hinzu kommt, dass solche Pflegeeinrichtungen in Afghanistan nicht existieren und von vielen Afghanen nicht akzeptiert werden. Die Weiterbildung der afghanischen Pflegekräfte in der Grundpflege sollte trotz allem nicht pauschal abgelehnt werden. Das Verständnis der afghanischen Stadtbevölkerung differiert heute z. T. stark zu den tradierten Vorstellungen in den Provinzen (s. Kapitel 8.1.2). Ein individuelles Gespräch, in dem die religiösen und kulturellen Vorstellungen in Zusammenhang mit den beruflichen Perspektiven thematisiert werden, könnte eine Möglichkeit sein die Angemessenheit einer weiteren Qualifizierung in der Grundpflege für die Afghanin bzw. den Afghanen festzustellen.

Ein weiteres Gebiet, für das afghanische Pflegekräfte bis 2009 nicht ausgebildet wurden, ist der psychiatrische bzw. psychotherapeutische Bereich. In Afghanistan gibt es bis heute keine psychiatrischen Einrichtungen (s. Kapitel 8.1.6). Eine berufliche Eingliederung in dieser Fachdisziplin setzt vor diesem Hintergrund für alle vor 2009 ausgebildeten afghanischen Pflegekräfte Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der psychiatrischen Pflege voraus.

Ein Gespräch kann dazu verhelfen herauszufinden, in welchem Rahmen sich die Pflegekraft in Afghanistan qualifiziert hat. Hierbei gilt es aufzuklären, ob sie eine formale Ausbildung in einer Großstadt abgeschlossen oder das Pflegen auf informellen oder nicht-formalen Weg im ländlichen Bereich gelernt hat. Schließlich ist es für die afghanische Bevölkerung selbstverständlich, dass sich eine Person, die keine formale Pflegeausbildung durchlaufen, sondern auf Grundlage ihrer Erfahrung in den Dörfern praktiziert hat, als Pflegekraft oder Arzt betiteln kann (s. Kapitel 8.1.6). Ein Gespräch allein könnte zum einen irreführend sein und zum anderen manipuliert werden. Kompetenzprüfungen sind daher für eine Feststellung des Wissens, der Fertigkeiten und Fähigkeiten der afghanischen Pflegekraft unerlässlich. Eine solche Kompetenzprüfung ist auch zu empfehlen, wenn im Rahmen des Anerkennungsverfahrens Zertifikate den Eindruck erwecken, dass alle Bereiche der KrPfiAPrV abgedeckt wurden. Schließlich können in der von Korruption geprägten afghanischen Gesellschaft Zertifikate gefälscht und gekauft werden (s. Kapitel 8.5). Kann die Echtheit dennoch bestätigt werden, gilt es zu berücksichtigen, dass die angegebenen Stunden nicht den real erbrachten theoretischen und praktischen Zeiten entsprechen müssen. Fehlzeiten sind in Afghanistan gängig und werden nicht unbedingt erfasst (s. Kapitel 8.5).

Zudem ist es maßgeblich, die Berufsidentität der afghanischen Pflegekraft zu erkunden. In Afghanistan unterscheidet sich die berufliche Identität der Pflegekräfte immens (s. Kapitel 8.5). Dies liegt vorwiegend daran, dass es schon immer ein großes Portfolio verschiedener



Ausbildungen gegeben hat. Nach der Eruiierung der Berufsidentität können geeignete Tätigkeitsbereiche abgeleitet werden. Eine Krankenschwester-Hebamme könnte idealerweise auf gynäkologischen Stationen oder Kinderstationen eingesetzt werden.

Wie bereits geschildert wurde, sind afghanische Pflegekräfte nicht in allen Bereichen, die in der KrPflAPrV benannt werden, ausgebildet. Aufgrund dessen wäre eine Teilanerkennung für die Fachgebiete, innerhalb derer sie qualifiziert wurden, denkbar. Hierfür besteht indes aktuell keine gesetzliche Grundlage (vgl. KrPflIG 2003; KrPflAPrV 2003).

Arztassistenten sowie Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte wurden in Afghanistan entweder in einer kurzen Ausbildung formal oder im Betrieb informell qualifiziert, wobei letzteres häufiger zutrifft (s. Kapitel 8.4.1). Eine Anerkennung, im Sinne des BQFG und des § 2 Abs. 3 KrPflIG sowie § 20b KrPflAPrV, ist aufgrund mangelnder pflegerischer Grundkenntnisse für diesen Personenkreis nicht geeignet. Hier wird die Teilnahme an einer grundständigen Pflegeausbildung empfohlen. Da viele der weiblichen Hilfskräfte wenig gebildet sind, gilt es zunächst deren generelle Eignung für eine weitere Pflegeausbildung festzustellen.

Fraglich bleibt, inwieweit die afghanischen Pflegekräfte überhaupt Interesse an einer Anerkennung in Deutschland haben. Schließlich ist ihr Beruf in ihrem Heimatland gesellschaftlich wenig angesehen (s. Kapitel 8.1.6). Die Ausübung des Pflegeberufes als Frau kann sogar eine Verletzung der Familienehre nach sich ziehen. Bei den akademisch ausgebildeten Pflegekräften kommt hinzu, dass sie in den meisten Fällen Pflege als Kompromiss studierten und grundsätzlich in den medizinischen Bereich einmünden wollten (s. Kapitel 8.3.1). Es ist möglich, dass sie ihre Ankunft in Deutschland als neue Chance sehen sich in der Medizin zu qualifizieren und damit zugleich familiär mehr Anerkennung zu erhalten.

Im Weiteren ist zu bedenken, dass die afghanische Bevölkerung ein funktionierendes Rechtssystem nicht gewohnt ist (s. Kapitel 8.5). Rechtliche Vorgaben spielen für sie zumeist eine untergeordnete Rolle. Demnach müssen sie erst daran herangeführt werden, dass es in Deutschland Gesetze und Verordnungen gibt, welche die Pflegeausbildung verbindlich regeln. Es ist möglich, dass sie die durch die Behörden erteilten Auflagen für eine Anerkennung wenig ernst nehmen und den bürokratischen Aufwand (vgl. Ammende 2016, S. 87) als überflüssig empfinden. Schließlich ist es für die afghanischen Menschen unüblich, dass Dokumente verbindlichen Wert haben und in Deutschland deren Umsetzung erwartet wird (s. Kapitel 8.5). Folglich ist eine enge Begleitung im Anerkennungsverfahren empfehlenswert.

Entsprechend dem § 20b KrPflAPrV können die Antragstellenden aus Drittstaaten, deren Ausbildung sich wesentlich von der Deutschen unterscheidet, eine Kenntnisprüfung mit mündlichen und praktischen Anteilen oder einen Anpassungslehrgang mit einem abschließenden Gespräch absolvieren, um das Anerkennungsverfahren erfolgreich abzuschließen

(s. Kapitel 1). Bei Letzteren nehmen die Antragstellenden an theoretischen und praktischen Unterricht teil und durchlaufen eine praktische Ausbildung an einem Krankenhaus (vgl. Ammende 2016, S. 88). Für die afghanischen Pflegekräfte wird die Kenntnisprüfung als ungeeignet eingeschätzt, da viele der Aufgaben einer Pflegekraft in Deutschland in keiner Weise im Rahmen der Pflegeausbildung in Afghanistan thematisiert und auch nicht in den dortigen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden. Entsprechend stellt der Anpassungslehrgang eine Chance dar, das deutsche Pflegesystem und das Berufsverständnis der Pflegekraft kennenzulernen und relevantes Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erwerben. Für einen solchen Anpassungslehrgang werden folgend Handlungsempfehlungen gegeben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die afghanischen Pflegekräfte die heute in Deutschland gängigen Lehr-Lern-Methoden nicht kennen. Die Ausbildung bestand für sie in der Theorie aus Frontalunterricht (s. Kapitel 8.5). In der Praxis lernten sie durch das Beobachten und Nachahmen ihrer Modelle. Ein Modul, welches das Lernen thematisiert wäre zu Beginn des Anpassungslehrgangs hilfreich. Ebenso wird empfohlen vor dem Praktikum ein weiteres Modul, das sich mit dem pflegerischen Selbstverständnis befasst, einzuführen. Hierdurch hätten die Teilnehmenden die Möglichkeit ihr bisheriges Pflegeverständnis mit dem deutschen Pflegeverständnis zu vergleichen und sich gedanklich auf die Praxis vorzubereiten. Module, welche die grundpflegerischen Tätigkeiten abdecken sind weiterhin obligatorisch, besonders wenn die Pflegekräfte zukünftig z. B. auf allgemeinen Stationen im Krankenhaus oder in Altenpflegeeinrichtungen eingesetzt werden sollen. Dass dies nicht in jedem Fall zu empfehlen ist, wurde bereits thematisiert. Zuletzt sollte auch das hygienische Arbeiten in den Anpassungslehrgängen berücksichtigt werden. Die hygienischen Verhältnisse in afghanischen Krankenhäusern liegen weit unter europäischen Standards (s. Kapitel 8.1.6). Da davon auszugehen ist, dass die afghanischen Pflegekräfte in der Praxis mit Situationen konfrontiert werden, die sie nur schwer mit ihren religiösen und kulturellen Vorstellungen vereinbaren können, sind regelmäßige Reflexionsrunden notwendig.

### **9.3 Kritische Methodenreflexion**

Diese Untersuchung hat einen stark heuristischen Fokus, um die bislang unbekanntes afghanischen Qualifizierungspraktiken im Pflegesektor zu explorieren. Demnach wurden Methoden gewählt, die diesem Anspruch genügen (s. Kapitel 7). Nachteilig ist dabei, dass hermeneutische Verstehensprozesse geringfügig in den Hintergrund getreten sind.

Mit der Triangulation von Experteninterviews und Dokumentenanalyse wurde eine breitere und tiefere Analyse möglich (vgl. Fielding & Fielding 1986, S. 33) und multiperspektivisch auf die verschiedenen Qualifizierungspraktiken geblickt (vgl. Köckeis-Stangl 1980, S. 363). Dadurch konnte herausgestellt werden, dass Diskrepanzen zwischen der makro-, meso-

und mikrocurricularen Ebene bestehen (s. Kapitel 8.5). Eine alleinige Analyse der Dokumente hätte ein nicht realitätsgetreues Abbild der Qualifizierungspraxis hervorgebracht. Durch die Triangulation mit den Expertengesprächen konnte gezeigt werden, dass in Afghanistan schriftlich fixierte Vorgaben keine hohe Bedeutung für die Praxis selbst haben.

Die Auswahl der analysierten Dokumente erfolgte zwar anhand definierter Kriterien, dennoch wurde sie durch die Perspektive der Forschenden beeinflusst. Ein größeres Forscherteam könnte diese subjektiven Einflüsse bei der Dokumentenauswahl reduzieren.

Für die Analyse der Dokumente ist die zum Teil lückenhafte Herstellung des Entstehungskontextes nachteilig gewesen, da dieser für die Interpretation eine tragende Rolle spielt (vgl. Früh 2011, S. 48). Bei der Analyse stellte es sich zudem als schwierig heraus in allen Themenbereichen Gemeinsamkeiten zu entdecken. Dies lag mitunter daran, dass die Dokumente unterschiedliche Qualifizierungspraktiken beschrieben. Es wurden daher an einigen Stellen eher Beziehungen zwischen den einzelnen Aussagen der Dokumente geknüpft. Kleining (1991, S. 257) spricht zwar auch davon, dass der dokumentenübergreifende Vergleich der Herstellung von Zusammenhängen ergo Beziehungen diene, allerdings reduziert er dies auf das Aufdecken von Gemeinsamkeiten. Insofern wurde das Vorgehen von Kleining (1991) (s. Kapitel 7.7.1) in geringfügig abgewandelter Form angewandt.

Die Expertengespräche mit den afghanischen Pflegekräften waren mit Hinblick auf das Betriebswissen weniger ergiebig als die Interviews mit den IPen, die in die Qualifizierungspraxis von Pflegenden in Afghanistan eingebunden sind oder waren. Dies könnte daran liegen, dass IP1 und IP2 ihre Ausbildung vor über 30 Jahren in Afghanistan absolvierten. Trotzdem stellten die Interviews eine Chance dar durch den Perspektivwechsel ethnozentristische Annahmen zu relativieren. Die meisten der Experteninterviews nahmen grundsätzlich einen erfolgreichen Verlauf. Bei den IPen 1, 2 und 3 konnte durch die Forscherin Interesse für das Thema geweckt werden, so dass sie ihre Perspektiven darstellten. Meuser und Nagel (1989, S. 10) sprechen in diesem Fall von einem gelungenen Expertengespräch. Lediglich bei IP4 gab es auch Momente des Misslingens. Die IP4 hielt lange Monologe und versuchte darin ihr Krankenhaus in der afghanischen Provinz zu präsentieren. Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2008, S. 138) wird damit weniger Betriebswissen, sondern vielmehr die Unternehmensphilosophie erkenntlich. Solche Informationen würden weniger zur Erkenntnisgenerierung beitragen. Ebenso gab es Katharsiseffekte, indem die IP4 zwischen der Rolle der Expertin und der Privatperson wechselte (vgl. Lamnek 2010, S. 657). Wie auch Meuser und Nagel (1989, S. 9) beschreiben, ist es nahezu unmöglich eine solche IP auszubremsen. Demgemäß war es an vielen Stellen aussichtslos das Gespräch in Richtung der interessierenden Fragen zu lenken. Dennoch waren die Ausführungen von IP4 in vielen Passagen inhaltsträchtig und verhalfen vornehmlich dazu den gesamtgesellschaftlichen Kontext sowie die Qualifizierungspraxis in ländlichen Regionen besser zu verstehen. Mit IP5 konnte

kein persönliches Interview geführt werden. Mit dem Fragenkatalog sollten trotzdem alle interessierenden Aspekte, die in einem Gespräch thematisiert worden wären, berücksichtigt werden. Da die Expertin zu Beginn bereits Antworten auf folgende Fragen gab, waren einige dieser überflüssig. IP5 verwies an diesen Stellen auf die vorangegangenen Passagen. Fragen hätten hier deutlich mehr zusammengefasst werden können.

Hinsichtlich der Gültigkeit der Ergebnisse gilt es anzumerken, dass eine räumliche und zeitliche Begrenzung vorliegt (vgl. Titschler 1998, S. 156). Die analysierten Dokumente sind Zeugnisse ihrer Entstehungszeit und beschreiben die Qualifizierungspraktiken eines bestimmten Gebietes Afghanistans. Ebenso sind die Expertinnenaussagen als räumlich und zeitlich begrenzt einzuschätzen. Es ist möglich, dass Qualifizierungspraktiken bestimmter Zeiten an anderen Orten nicht erfasst wurden. Da darauf geachtet wurde mit den Dokumenten und Expertinnen möglichst viele Regionen (z. B. städtische und ländliche Praktiken) und Zeiten abzudecken wurde diesen Einschränkungen der Validität z. T. entgegengewirkt.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde die Qualifizierungspraxis anhand zuvor theoretisch abgeleiteter Kategorien dargestellt. Für den sich anschließenden Vergleich mit der Pflegebildung in Deutschland ist die Entwicklung eines angemessenen Tertium Comparationis notwendig (s. Kapitel 2.2). Die Kategorie Rechts- und Verwaltungsrahmen müsste von dem Rechtsbegriff befreit werden, da es keine rechtlichen Einflüsse auf die Qualifizierungspraktiken der Pflegekräfte in Afghanistan gibt (s. Kapitel 8.2.2 und 8.3.2). Zudem spielen im Rahmen der informellen Qualifizierungspraxis administrative Rahmenbedingungen keine Rolle (s. Kapitel 8.4.1). Die Kategorie Umfang, Struktur und Inhalt ist weiterhin zu überdenken, da sie für die informelle Qualifizierungspraxis nicht passend scheint. Die Kategorien sind dahingehend zu prüfen, inwiefern sie im deutschen Pflegebildungssystem ebenfalls zu finden sind. Da die Kategorien aus Arbeiten abgeleitet wurden, in der die deutsche Pflegebildung mit der Pflegebildung in anderen europäischen Ländern verglichen wurde, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich als Drittes im Vergleich eignen.

Bestenfalls sollte bei Länder- und Vergleichsstudien interdisziplinär gearbeitet werden. Insofern sei ein Forscherteam aus unterschiedlichen Fachdisziplinen und verschiedenen Kulturen erfolgsversprechend (vgl. Robinsohn 1973; Hilker 1962, S. 108). Allemann-Ghionda (2004, S. 167) konstatiert, dass die Forschenden die Sprache des Ziellandes sprechen und ein tieferes Verständnis über die Gesellschaft haben sollten. Demgemäß wäre es angemessen gewesen die Untersuchung gemeinsam mit Forschenden durchzuführen, welche die afghanische Sprache beherrschen und tiefere Kenntnisse über die afghanische Gesellschaft besitzen. Zum Teil erfüllte dies die Forschende, da sie in ein afghanisches Familiensystem eingebunden ist. Gleichwohl beruhen die Kenntnisse auf Erzählungen und nicht auf eigenen Erlebnissen. Ein größeres interkulturelles Verständnis lag aber besonders durch dieses Eingebunden-Sein in die afghanische Gemeinschaft in Deutschland vor.

## 10 Fazit und Forschungsdesiderata

Das Pflegenlernen in Afghanistan erfolgte, damals wie heute, in verschiedenster Art und Weise. Es gab seit den 1970er Jahren formale Ausbildungen sowie nicht-formale und informelle Qualifizierungspraktiken. Formale Ausbildungen sind hauptsächlich in Großstädten zu finden. Bereits in den 1970er Jahren gab es dort öffentliche und private Pflegeschulen, die in drei Jahren zur Krankenschwester-Hebamme oder Krankenschwester qualifizierten und z. T. durch ausländische NGOs unterstützt wurden. Zudem wurden Krankenschwester-Hebammen-Hilfskräfte in einer einjährigen Ausbildung qualifiziert. Diese Ausbildungen waren ausschließlich für Frauen konzipiert. Männer wurden entweder in einer kurzen formalen Ausbildung oder über einen informellen Qualifizierungsweg Arztassistenten. Obwohl sie weniger qualifiziert waren als die Frauen, sind sie berechtigt gewesen umfassendere Aufgaben wahrzunehmen. Während der Kriegsjahre gab es kaum noch eine geregelte formale Ausbildung. Frauen wurden in der Talibanzeit von der Ausbildung ausgeschlossen. Ab dem Jahr 2002 bis heute konnte die Pflegebildung durch die Hilfe vieler NGOs wieder aufgebaut werden. Die öffentlichen Schulen wurden wieder eröffnet und neue Curricula implementiert. Die Ausbildungen zur Pflegekraft und Hebamme wurden getrennt und können jeweils in zwei Jahren durchlaufen werden. Für die Berufspraxis ist diese Zweiteilung der Ausbildungen nicht günstig, da die Pflegekräfte, insbesondere auf dem Land, Tätigkeiten beider Berufe erfüllen müssen. Zum einen liegt dies an den eingeschränkten personellen und finanziellen Ressourcen, zum anderen ist dies in der Berufstradition begründet. Weitere internationale Einflüsse zeigen sich an den Universitäten. Seit kurzem gibt es Pflegestudiengänge an öffentlichen und privaten Universitäten. An der KMU wurde ein Curriculum mit Unterstützung von NGOs und Partneruniversitäten implementiert. Sowohl in den analysierten Curricula des Studiengangs Nursing B.Sc. an der KMU sowie der CHN-Ausbildung an den IHS werden zahlreiche outcomeorientierte Bildungsziele, die es in ähnlicher Art und Weise auch in der Pflegebildung in westlichen Ländern gibt, benannt. Es gilt zu beachten, dass sie insgesamt stark vom Ausland geprägt sind und den afghanischen Menschen fremd erscheinen. Dementsprechend mangelt es an der Umsetzung, insbesondere auch deshalb, da qualifiziertes Lehrpersonal fehlt. Dies zeigt sich entsprechend an der enormen Diskrepanz zwischen dem Curriculum und der tatsächlichen Qualifizierungspraxis. Unterrichte werden willkürlich und nicht nach curricularen Vorgaben gestaltet. Eine Lernbegleitung der Lernenden in der Praxis gibt es kaum. Aufgrund des Mangels an Lehrpersonen, übernehmen Ärztinnen und Ärzte die Ausbildung der Pflegekräfte. Daher ist die Ausbildung auch besonders auf medizinische Inhalte fokussiert, wie sie es auch vor Kriegszeiten schon war. Dies hängt auch damit zusammen, dass Pflegende aus religiösen und kulturellen Gründen die körpernahen Tätigkeiten, wie die der Grundpflege, nicht ausführen, sondern lediglich als Hilfskräfte für den Arzt fungieren. Informell werden Pflegekräfte schon immer im Sinne eines

Training on the job ausgebildet. Da es auf dem Land keine Bildungsinstitutionen gibt, ist dies dort die einzige Qualifizierungspraxis. Einige Hilfskräfte haben diese Problematik erkannt und setzten sich mittlerweile für die formale und nicht-formale Qualifizierung von Pflegenden unmittelbar in ländlichen Gesundheitseinrichtungen ein. Regeln und Standards gibt es jedoch nicht. Zentral ist die Intention das Gesundheitswesen auf dem Land aufzubauen, indem afghanische Pflegekräfte und Hebammen qualifiziert werden. Hierzu zählt auch die Qualifikation von Dorffrauen, die jahrelang ungelernnt geburtshelferische und pflegerische Tätigkeiten durchgeführt haben und in ihrer Sippe als Ärztinnen des Dorfes anerkannt sind.

Besondere Beachtung für die berufliche Integration sollte das Faktum finden, dass Afghanistan ein von Korruption geprägtes Land ist und Zertifikate gefälscht sein können. Zudem existiert keinerlei Schutz der Berufsbezeichnungen, wodurch sich Jeder als Pflegekraft betiteln kann, der in irgendeiner Form schon einmal, wenn auch ungelernnt, in diesem Feld tätig war. Dies ist ein gewöhnliches Phänomen in Afghanistan und muss nicht zwingend einen vorsätzlichen Betrug bedeuten. Kompetenzprüfungen sind daher für eine Anerkennung der afghanischen Pflegekräfte in Deutschland unumgänglich (s. Kapitel 9.2).

Aussagen über die Gleichheiten, Ähnlichkeiten und Unterschiede der Qualifizierungspraktiken von Pflegekräften in Afghanistan und Deutschland können, wie in Kapitel 2.1 dargestellt, ausschließlich über einen systematischen Vergleich erfolgen. Nachdem eine Beschreibung der deutschen Pflegebildung einschließlich einer sich anschließenden Interpretation vor dem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund erfolgt ist, können die beiden Länder gegenübergestellt und eine systematische Komparation durchgeführt werden. Die in Kapitel 9.2 getroffenen Aussagen zur beruflichen Integration afghanischer Flüchtlinge in die deutsche Pflegewelt müssen danach überprüft und ggf. erweitert werden.

Zudem wäre es wertvoll zu eruieren, aus welchen Gründen sich afghanische Pflegekräfte nicht anerkennen lassen. Hierbei gilt es zu hinterfragen, ob das schlechte Ansehen des Pflegeberufes in Afghanistan eine Rolle spielt und inwiefern eine Rekrutierung in diesem Zusammenhang sinnvoll ist. Zu diesem Zweck sind geeignete Konzepte zu entwickeln, die auf den Vorstellungen und Bedürfnissen der afghanischstämmigen Menschen aufbauen.

Pflegekraft zu sein und zu pflegen kann in jedem Land eine ganz andere Bedeutung haben. Dies wird aus den Ausführungen ersichtlich. Wenn Flüchtlinge in die deutsche Pflegewelt integriert werden sollen, dann müssen zunächst die ethnozentristischen Sichtweisen durchbrochen werden, um sich unvoreingenommen dem zu widmen, was eine Pflegekraft in ihrem Heimatland ausmacht und was sie unter Pflege versteht. Entsprechend können Tätigkeitsfelder erkannt werden, die dem Pflegeverständnis der ausländischen Pflegekräfte nahe kommen. Auf diese Weise können sie sich mit ihrer weiteren beruflichen Tätigkeit in Deutschland identifizieren, wodurch berufliche Integration erst erfolgreich wird.

## Literaturverzeichnis

- Adick, C. (2008). *Vergleichende Erziehungswissenschaft. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Afentakis, A. & Maier, T. (2014). Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. *Wirtschaft und Statistik*, 3, 173-180.
- Afentakis, A. & Meier, T. (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11, 990-1002.
- AK DQR, Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Zugriff am 25.06.2016  
[http://www.dqr.de/media/content/Der\\_Deutsche\\_Qualifikationsrahmen\\_fue\\_lebenslanges\\_Lernen.pdf](http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf).
- AKU, Aga Khan University (2016). Aga Khan Development Network. Zugriff am 19.06.2016  
<http://www.akdn.org/>.
- Allemann-Ghionda, C. (2004). *Einführung in die Vergleichende Erziehungswissenschaft*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Ammende, R. (2016). Pflegefachpersonal aus anderen Ländern. Anerkennungsverfahren in der Kranken- und Kinderkrankenpflege durchführen – Ein Erfahrungsbericht. *PADUA*, 11 (2), 87-92.
- Atteslander, P. (1971). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: de Gruyter Verlag.
- Auswärtiges Amt (2016). Afghanistan. Zugriff am 03.04.2016  
[http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-No-des\\_Uebersichtsseiten/Afghanistan\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-No-des_Uebersichtsseiten/Afghanistan_node.html).
- BAMF, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015). Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl. Zugriff am 06.04.2016  
[https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015-asyl.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015-asyl.pdf?__blob=publicationFile).
- BAMF, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016). Asylgeschäftsstatistik für den Monat Juli 2016. Zugriff am 21.08.2016  
[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201607-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile#page=2](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201607-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile#page=2).
- Baraulina, T., Bommers, M., El-Cherkeh, T., Daume, H. & Vadean, F. (2006). *Ägyptische, afghanische und serbische Diasporagemeinden in Deutschland und ihre Beiträge zur Entwicklung ihrer Herkunftsländer. Diskussionspapier*. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
- Behrendt, H. (2008). *Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Bell, A. (2013). *Verhandeln statt Bürgerkrieg. Ein Plädoyer für Waffenstillstand und offizielle Friedensgespräche in Afghanistan*. Frankfurt a. Main: Hessische Stiftung Friedens- und Konfliktforschung.

- Bennewitz, H. (2010). Entwicklungslinien und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., vollst. überarb. Aufl., S. 43-60), Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Bereday, G. Z. F. (1964). *Comparative method in Education*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bjørnåvold, J. (2000). *making learning visible. Identification, assessment and recognition of non-formal learning in Europe*. Thessaloniki: Cedefop, European Centre for the Development of Vocational Training.
- Blings, J. (2012). EQR-Implementierung und Lernergebnisorientierung – ein Weg in Richtung mehr Durchlässigkeit? In J. Blings & K. Ruth (Hrsg.), *Transparenz und Durchlässigkeit durch den EQR? Perspektiven zur Implementierung* (S. 9-22). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Blum, K., Isfort, M., Schilz, P. & Weidner, F. (2006). *Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS)*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3., grundl. überarb. Aufl., S. 7-31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohlinger, S. (2006). Qualifikationsentwicklung und -forschung für die berufliche Bildung. Lernergebnisorientierung als Ziel beruflicher Qualifikation? Absehbare und nicht absehbare Folgen der Einführung des Europäischen Qualifikationsrahmens. *bwp@*, 11.
- Bohlinger, S. (2007). Steuerung beruflicher Bildung durch Qualifikationsrahmen. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 103 (1), 43-58.
- Bohlinger, S. (2013). *Wertigkeit von (beruflicher) Bildung und Qualifikationen*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Buchinger, S. M. (2013). Multikulturelle Pflegeteams in der stationären Altenhilfe. *Sozialer Fortschritt*, 62, 246-251.
- Bundesagentur für Arbeit (2013). Vermittlung von qualifizierten Pflegekräften aus Drittstaaten nach Deutschland. Zugriff am 22.07.2016  
[http://www.cimonline.de/documents/Triple\\_Win\\_Arbeitgeber\\_Informationen\\_April\\_2014.pdf](http://www.cimonline.de/documents/Triple_Win_Arbeitgeber_Informationen_April_2014.pdf).
- Bundesagentur für Arbeit (2014). Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse – Juni 2014. Zugriff am 01.05.2016  
<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2014-06.pdf>.
- Bundesagentur für Arbeit (2014). Ausländische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt. Wie die ZAV Ihnen bei der Suche und Einstellung helfen kann. Zugriff am 22.07.2016  
<https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdu4/~edisp/l6019022dstbai685070.pdf>.
- Bundesregierung Deutschland (2012). Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. Zugriff am 01.05.2016  
[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/IB/2012-01-31-nap-gesamtbarrierefrei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2012-01-31-nap-gesamtbarrierefrei.pdf?__blob=publicationFile).



- Busch, F. W. (1996). Entwicklung, Programm und Ergebnisse der Bildungsforschung. In F. W. Busch (Hrsg.), *Aspekte der Bildungsforschung. Studien und Projekte der Arbeitsstelle Bildungsforschung im Fachbereich 1 Pädagogik, Institut für Erziehungswissenschaft* (S. 11-32). Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- CEC, Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2000). Memorandum über Lebenslanges Lernen. Zugriff am 16.08.2016  
[file:///G:/Master/Masterarbeit/Hintergrund/Formales,%20nicht-formales,%20informelles%20Lernen/Kommission%20der%20Europ%C3%A4ische%20Gemeinschaft%202000\\_Memorandum%20%C3%BCber%20Lebenslanges%20Lernen.pdf](file:///G:/Master/Masterarbeit/Hintergrund/Formales,%20nicht-formales,%20informelles%20Lernen/Kommission%20der%20Europ%C3%A4ische%20Gemeinschaft%202000_Memorandum%20%C3%BCber%20Lebenslanges%20Lernen.pdf).
- Chiari, B. (2007). *Wegweiser zur Geschichte Afghanistan* (2., durchges. u. erw. Aufl.). Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Clement, U. (1996). Vom Sinn beruflicher Bildung. Zur Modellbildung in der vergleichenden Berufsbildungsforschung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 92 (6), 617-626.
- Clement, U. (2003). Competency Based Education and Training – eine Alternative zum Ausbildungsberuf? In R. Arnold (Hrsg.), *Berufsbildung ohne Beruf?* (S. 129-156) Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Cordaid (2011a). Kandahar Institute of Health Sciences. Zugriff am 20.06.2016  
<https://www.cordaid.org/en/projects/kandahar-institute-of-health-sciences/>.
- Cordaid (2011b). Kandahar Institute of Health Sciences. Zugriff am 20.06.2016  
<https://www.cordaid.org/en/projects/kandahar-institute-of-health-science/>
- Danner, H. (2006). *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik* (5., überarb. u. erw. Aufl.). München: Reinhardt Verlag.
- Dehnbostel, P. (2011). Qualifikationsrahmen: Lernergebnis- und Outcomeorientierung zwischen Bildung und Ökonomie. *Magazin Erwachsenenbildung.at*, 14, 05-1–05-11.
- Deng, F.-F. (2015). Comparison of nursing education among different countries. *Chinese Nursing Research*, 2, 96-98.
- DESTATIS, Statistisches Bundesamt (2008). Pflegebedürftige heute und in Zukunft. Zugriff am 22.04.2016  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Soziales/2008\\_11/2008\\_11Pflegebeduerftige.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Soziales/2008_11/2008_11Pflegebeduerftige.html).
- Diakonie Deutschland (2014). Arbeitsmigration und Pflege. Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger. Zugriff am 22.07.2016  
[https://www.diakonie.de/media/Texte-11\\_2014-Arbeitsmigration-Pflege.pdf](https://www.diakonie.de/media/Texte-11_2014-Arbeitsmigration-Pflege.pdf).
- Diehm, I. & Radtke, F.-O. (1999). *Erziehung und Migration. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Dielmann, G. (1996). Pflegeausbildung in Europa – Gleichklang oder Disharmonie? *PfleGe*, 2, 2-7.
- Dilthey, W. (1900/1990). *Die Entstehung der Hermeneutik* (8. unveränd. Aufl.). Stuttgart: Teubner Verlagsgesellschaft.

- Dohmen, G. (2001). Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Zugriff am 16.08.2016  
[http://www.werkstatt-frankfurt.de/fileadmin/Frankfurter\\_Weg/Fachtagung/BMBF\\_Das\\_informelle\\_Lernen.pdf](http://www.werkstatt-frankfurt.de/fileadmin/Frankfurter_Weg/Fachtagung/BMBF_Das_informelle_Lernen.pdf).
- Dolamo, B. L. & Olubiyi, S. K. (2013). Nursing education in Africa: South Africa, Nigeria, and Ethiopia experiences. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 5 (2), 14-21.
- Dpa, Deutsche Presse-Agentur (2016). Flüchtlinge in Deutschland. Innenministerium erklärt Pässe aus IS-Gebieten für ungültig. Zugriff 19.04.2016  
<http://www.wiwo.de/politik/deutschland/fluechtlinge-in-deutschland-innenministerium-erklaert-paesse-aus-is-gebieten-fuer-ungueltig/13025340.html>.
- Durham, J. (2010). Training Nurses Bolsters Health Care in Rural Afghanistan. Zugriff am 17.04.2016  
<http://www.globalpartnersinternational.com/news/training-nurses-bolsters-health-care-in-rural-afghanistan>.
- Europäisches Parlament und Rat (2008). Empfehlung des europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2008/C 111/01).
- Fielding, N. G. & Fielding J. L. (1986). *Linking data*. Beverly Hills: Saga Publications.
- Fischer, P. (2014). Erfahrungen mit Arbeitsmigration von koreanischen, philippinischen und indischen Krankenschwestern in den 60er und 70er Jahren. Zugriff am 22.07.2016  
<http://www.diakonie.de/erfahrungen-mit-arbeitsmigration-in-den-60er-70er-jahren-15396.html>.
- Flick, U. (2002). Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 203-220). Bern: Hans Huber Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2009). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (7. Aufl., S. 13-29). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Friebe, J. (2006). *Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.
- Frommberger, D. & Reinisch, H. (1999). *Ordnungsschemata zur Kennzeichnung und zum Vergleich von „Berufsbildungssystemen“ in deutschsprachigen Beiträgen zur international-vergleichenden Berufsbildungsforschung: Methodologische Fragen und Reflexionen* (Jenaer Arbeiten zur Wirtschaftspädagogik, Reihe A: Kleine Schriften, Heft 3). Jena: wipäd Jena.
- Früh, W. (2011). *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis*. Konstanz: UVK Verlag.
- Georg, W. (2006). Berufsbildungsforschung in der Entwicklungszusammenarbeit. In F. Rauner (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (2., aktual. Aufl.). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Glaser, E. (2010). Dokumentenanalyse und Quellenkritik. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., vollst. überarb. Aufl., S. 365-375). Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Global Partners (2016). Creating stronger communities. Zugriff am 17.04.2016  
<http://www.globalpartnersinternational.com/>.
- Grollmann, P., Frommberger, D., Clement, U., Deissinger, T., Lauterbach, U., Pilz, M. & Spöttl, G. (2014): *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Grollmann, P., Frommberger, D., Clement, U., Deissinger, T., Lauterbach, U., Pilz, M. & Spöttl, G. (1999). Hinweise für den Benutzer. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. IHBB-12–IHBB-17). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Herberg, P. (2005). Nursing, midwifery and allied health education programmes in Afghanistan. *International Nursing Review*, 52, 123-133.
- Hilker, F. (1962). *Vergleichende Pädagogik. Eine Einführung in ihre Geschichte, Theorie und Praxis*. München: Max Hueber Verlag.
- Hitzler, R. (1994). Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In R. Hitzler, A. Honer & C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 13-30). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmann-Riem, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 339-372.
- Hölzer, T. (2016). LIPortal Länder-Informationen-Portal. Afghanistan. Zugriff am 03.08.2016  
<https://www.liportal.de/afghanistan/ueberblick/>.
- Honer, A. (2011). *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hörner, W. (1993). *Technische Bildung und Schule. Eine Problemanalyse im internationalen Vergleich*. Köln: Böhlau Verlag.
- Huber, J. (2007). Eine Frage der Ehre: Rollenbilder von Frauen und Männern in Afghanistan. In B. Chiari (Hrsg.), *Wegweiser zur Geschichte Afghanistan* (2., durchges. u. erw. Aufl., S. 188-195). Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag.
- ICN, International Council of Nurses (2010). Nursing Education Network. Conferences. Zugriff am 27.07.2016  
<http://www.icn.ch/networks/nursing-education-network/>.
- ICN, International Council of Nurses (2012). International Council of Nurses Education Network Fact Sheet. Zugriff am 04.07.2016  
[http://www.nln.org/docs/default-source/default-document-library/icn\\_fact\\_sheet.pdf?sfvrsn=0](http://www.nln.org/docs/default-source/default-document-library/icn_fact_sheet.pdf?sfvrsn=0).
- IOM, International Organization for Migration (2014). Länderinformationsblatt Afghanistan. Zugriff am 04.04.2016  
[http://www.bamf.de/SharedDocs/MILo-DB/DE/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs\\_afghanistan-dl\\_de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/MILo-DB/DE/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs_afghanistan-dl_de.pdf?__blob=publicationFile).
- IOM, International Organization for Migration (2015). Länderinformationsblatt Afghanistan. Zugriff am 05.04.2016  
[http://germany.iom.int/sites/default/files/ZIRF\\_downloads/Afghanistan\\_CFS\\_2015\\_DE.pdf](http://germany.iom.int/sites/default/files/ZIRF_downloads/Afghanistan_CFS_2015_DE.pdf).

- Islamic Republic of Afghanistan (2016). Number of Vocational and Islamic General Education 2002-2015/16. Zugriff am 05.08.2016  
<http://cso.gov.af/Content/files/%D8%AA%D8%B9%D9%84%DB%8C%D9%85%20%D9%88%20%D8%AA%D8%B1%D8%A8%DB%8C%D9%87%20%D8%A7%D9%86%DA%AF%D9%84%DB%8C%D8%B3%DB%8C.pdf>.
- IW, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2016). Berufsbildungssystem Afghanistan. Zugriff am 16.04.2016  
<https://www.bq-portal.de/de/printpdf/7472>.
- Käppeli, S. (2016). Es mangelt an allem. *Die Schwester Der Pfleger*, 55 (1), 32-35.
- Katsaros, S. (2003). Nursing Faculty Member Offers Guidance in Kabul. Zugriff am 04.06.2016  
<http://calstate.fullerton.edu/news/people/2003/kabul.html>.
- Kleining, G. (1991). Das qualitativ-heuristische Verfahren der Textanalyse am Beispiel der Neujahrsansprachen des Bundeskanzlers Kohl. In M. Opp de Hipt & E. Latniak (Hrsg.), *Sprache statt Politik? Politikwissenschaftliche Semantik- und Rhetorikforschung* (S. 246-277). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kleining, G. (1994). *Qualitativ-heuristische Sozialforschung: Schriften zur Theorie und Praxis*. Hamburg: Fechner Verlag.
- KMK, Kultusministerkonferenz (2011). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Zugriff am 28.06.2016  
[http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_09\\_23\\_GEP-Handreichung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf).
- KMK, Kultusministerkonferenz (2016). Europäischer Qualifikationsrahmen / Deutscher Qualifikationsrahmen. Zugriff am 27.06.2016  
<https://www.kmk.org/themen/internationales/eqr-dqr.html>.
- KMU, Kabul Medical University & MHE, Ministry of Higher Education in Afghanistan (2008). The Faculty of Nursing. Prospectus. Unveröffentlichtes Manuskript.
- KMU, Kabul Medical University (2008). Syllabus. Unveröffentlichtes Manuskript.
- KMU, Kabul Medical University (2016). About Kabul Medical University. Zugriff am 15.06.2016  
<http://kmu.edu.af/en>.
- Koch, M. (2014). Fortschrittsbericht Afghanistan 2014 einschließlich einer Zwischenbilanz des Afghanistan-Engagements. Zugriff am 03.04.2016  
[http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/691670/publication-File/199485/141119-Fortschrittsbericht\\_AFG\\_2014.pdf](http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/691670/publication-File/199485/141119-Fortschrittsbericht_AFG_2014.pdf).
- Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim: Beltz Verlag.
- Köhler, G. (1992). Methodik und Problematik einer mehrstufigen Expertenbefragung. In J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten* (S. 318-332). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Kopp, B. von, Sern, L. C. & Spöttl, G. (2013). Malaysia. Ergänzungslieferung 44. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. MY – 1-140), Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Kraus, C. (2016). Telefonat und E-Mail vom 19.04.16. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kraus, K., Müller, S. & Gonon, P. (2004). *Gesundheitsberufe in der Grenzregion. Eine international-vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung*. Frankfurt a. Main und London: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Kreutzmann, H. (2007). Traditionelle Wirtschaftsformen: Landwirtschaft und Nomadismus. In B. Chiari (Hrsg.), *Wegweiser zur Geschichte Afghanistan* (2., durchges. u. erw. Aufl., S. 196-205). Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Kühne, P. (2009). Flüchtlinge und der deutsche Arbeitsmarkt. Dauernde staatliche Integrationsverweigerung. In C. Butterwegge & G. Hentges (Hrsg.), *Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung. Migrations-, Integrations- und Minderheitenpolitik* (4. aktual. Aufl., S. 253-268). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kurz, S. (2006). Outputorientierung in der Qualitätsentwicklung. In F. Rauner (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (2., aktual. Aufl., S. 427-435). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5., überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Landenberger, M. (2005). Ländervergleich: Lehren aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und Berlin. In M. Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger & P. Schön (Hrsg.), *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland* (S. 177-216). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., Them, C., Selinger, Y. & Schön, P. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Lauterbach, U. (1995a). Vergleichende Berufsbildungsforschung als Bestätigung für Stereotype? In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. VGL-26–VGL-29). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Lauterbach, U. (1995b). Typen-, Kategorien- und Modellbildung von Systemen beruflicher Bildung. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. VGL-103–VGL-114). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Lauterbach, U. (2000). Theorien und Methodologien des Internationalen Vergleichs in der Berufsbildungsforschung. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. VGL-123–VGL-184). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

- Lauterbach, U. (2003). *Vergleichende Berufsbildungsforschung. Theorien, Methodologien und Ertrag am Beispiel der Vergleichenden Berufs- und Wirtschaftspädagogik mit Bezug auf die korrespondierende Disziplin Comparative Education / Vergleichende Erziehungswissenschaft*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J. & Landenberger, M. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Liebold, R. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 32-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. (1984/2015). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie* (16. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mayer, M. M. (2013). Fachkräftezuwanderung aus Nicht-EU-Staaten nach Deutschland im Jahr 2013. Aufenthaltstitel zur Erwerbstätigkeit und weitere Kanäle. Zugriff am 22.07.2016  
[https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28\\_Einwanderung\\_und\\_Vielfalt/Mayer-Studie\\_Fachkraeftezuwanderung\\_online.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Mayer-Studie_Fachkraeftezuwanderung_online.pdf).
- Mayer, R. (2005). *Diaspora. Eine kritische Begriffsbestimmung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- McAdams-Jones, D. (2015). Special Session: Connecting Nurse Faculty: International Networking Opportunities. Zugriff am 16.08.2016  
<https://stti.confex.com/stti/congrs15/webprogram/Session21822.html>.
- Mecheril, P. (2010). Migrationspädagogik. Hinführung zu einer Perspektive. In P. Mecheril, M. Castro Varela, I. Dirim, A. Kalpaka & C. Melter (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 7-20). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mediendienst Integration (2015). Informationspapier. Wie ist die Situation in den 10 Herkunftsländern, aus denen die meisten Asylsuchenden kommen? Zugriff am 03.08.2016  
[https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Informationspapier\\_Herkunftslaender\\_Asyl.pdf](https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Informationspapier_Herkunftslaender_Asyl.pdf).
- Meier, M. & Spreth, G. (2003). Beschreibung beruflicher Bildungssysteme im nationalen und internationalen Kontext. Zugriff am 19.07.2016  
[http://www.bwpat.de/profil1/meier\\_spreth\\_profil1.pdf](http://www.bwpat.de/profil1/meier_spreth_profil1.pdf).
- Merten, M. (2014). Plötzlich musste Cuadrado Patienten waschen. Ausländische Pflegekräfte. *kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, 19 (5), 68-70.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1989). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion (Arbeitspapier, Sfb 186 6) Zugriff am 01.06.2016  
<http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/5773>.

- Meuser, M. & Nagel, U. (2010a). ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (3., erw. u. durchges. Aufl., S. 376-379). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2010b). Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prenzel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., vollst. überarb. Aufl., S.457-471). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Milolaza, A. (2013). Spanien. Ergänzungslieferung 43. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. ES-1–ES-142). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Mitter, W. (1995). Vergleichende Berufsbildungsforschung und Vergleichende Erziehungswissenschaft. In P. Grollmann, D. Frommberger, U. Clement, T. Deissinger, U. Lauterbach, M. Pilz & G. Spöttl (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Berufsbildung. Loseblattsammlung* (Stand 2014) (S. VGL-13 – VGL-17). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Mitter, W. (1996). Vergleichende Methoden. In H. Hierdeis & T. Hug (Hrsg.), *Taschenbuch der Pädagogik* (S. 641-651). Hohengehren: Schneider Verlag.
- MoPH, Ministry of Public Health of Afghanistan (2009). Competency Based Community Health Nursing Education Curriculum. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Morin, K. H. (2011). Worldwide Standards for Nursing Education: One Answer to a Critical Need. *Journal of Nursing Education*, 50 (7), 363-364.
- Most, B. (2016). Telefonat vom 03.04.2016. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Nardi, D. A. & Gyurko, C. C. (2013). The Global Nursing Faculty Shortage: Status and Solutions for Change. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), 317-326.
- NETNEP, International Nurse Education Conference (2016). History. Zugriff am 27.07.2016 <http://www.netnep-conference.elsevier.com/conference-history.asp>.
- OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Recognition of Non-formal and Informal Learning – Home. Zugriff am 15.08.2016 <http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/recognitionofnon-formalandinformal-learning-home.htm>.
- Oldemeyer, E. (2001). Vergleichen: Zur Entwicklung, Eingrenzung und Methodisierung einer menschlichen Bewußtseinsleistung. In G. Rothe (Hrsg.), *Die Systeme beruflicher Qualifizierung Deutschlands, Österreichs und der Schweiz im Vergleich. Kompendium zur Aus- und Weiterbildung unter Einschluß der Problematik Lebensbegleitendes Lernen* (S. 35-40). Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag.
- Pfadenhauer, M. (2009). Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (3., überarb. Aufl., S. 99-116). Wiesbaden: VS Verlag.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

- Rennen-Allhoff, B. & Bergmann-Tyacke, I. (2000). *Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedsstaaten*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Riedl, A. & Schelten, A. (2010). Bildungsziele im berufsbezogenen Unterricht der Berufsschule. In R. Nickolaus (Hrsg.), *Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik* (S. 179-188). Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.
- Robinson, S. B. (1973). Vergleichende Erziehungswissenschaft. In F. Braun, D. Glowka & H. Thomas (Hrsg.), *Erziehung als Wissenschaft* (S. 285-355). Stuttgart: Klett Verlag.
- Rothe, G. (2001). *Die Systeme beruflicher Qualifizierung Deutschlands, Österreichs und der Schweiz im Vergleich. Kompendium zur Aus- und Weiterbildung unter Ein-schluß der Problematik Lebensbegleitendes Lernen*. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag.
- Russell, L. K. & Richter, A. M. (1981). The training of auxilliary nurse-midwives in Afghani-stan. *Journal of Nurse-Midwifery*, 26 (6), 23-25.
- Rzehak, L. (2007). Facetten des Islams in Afghanistan. In B. Chiari (Hrsg.), *Wegweiser zur Geschichte Afghanistan* (2., durchges. u. erw. Aufl., S. 110-123). Paderborn/Mün-chen/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Safran, W. (1991). Diasporas in Modern Societies: Myths of Homeland and Return. *Dias-pora: A Journal of Transnational Studies*, 1 (1), 83-99.
- Scheckel, M. (2009). Nursing Education: Past, Present, Future. In G. Roux & J. A. Halstead (Hrsg.), *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and To-morrow* (S. 27-61). Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Schetter, C. (2003). *Ethnizität und ethnische Konflikte in Afghanistan*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Schetter, C. (2007). Stammesstrukturen und ethnische Gruppen. In B. Chiari (Hrsg.), *Weg-weiser zur Geschichte Afghanistan* (2., durchges. u. erw. Aufl., S. 124-133). Pa-derborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Schetter, C. (2012). Afghanistan im 19. und 20. Jahrhundert. Zugriff am 04.04.2016 <http://www.bpb.de/internationales/asien/afghanistan/138381/afghanistan-im-19-und-20-jahrhundert>.
- Schwittek, P. (2011). *In Afghanistan*. Zürich: vdf Hochschulverlag
- Simmel, G. (1908). Exkurs über den Fremden. In G. Simmel (Hrsg.), *Soziologie. Untersu-chungen über die Formen der Vergesellschaftung* (S. 509-512). Berlin: Duncker & Humblot Verlag.
- Sloane, P. F. E. (2005). ...Standards von Bildung – Bildung von Standards. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 101 (4), 484-496.
- Sloane, P. F. E. (2007). *Bildungsstandards in der beruflichen Bildung. Wirkungssteue-rung beruflicher Bildung*. Paderborn: Eusl-Verlagsgesellschaft.
- Smith, D. E. (1974). The Social Construction of Documentary Reality. *Sociological Inquiry*, 44 (4), 257-268.
- Speakman, E. M., Shafi, A., Sondorp, E., Atta, N. & Howard, N. (2014). Development of the Community Midwifery Education initiative and its influence on women's health and empowerment in Afghanistan: a case study. *BMC Womens Health*, 14, 111-122.



- Sprondel, W. M. (1979). ‚Experte‘ und ‚Laie‘: Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In W. M. Sprondel & R. Grathoff (Hrsg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften* (S.140-154). Stuttgart: Enke Ferdinand Verlag.
- Tenberg, R. (2006). *Didaktik lernfeldstrukturierter Unterrichts. Theorie und Praxis beruflichen Lernens und Lehrens*. Hamburg/Bad Heilbrunn: Verlag Handwerk und Technik und Verlag Julius Klinkhardt.
- Titschler, S. (1998). *Methoden der Textanalyse: Leitfaden und Überblick*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ullrich, P. (2006). Das explorative ExpertInneninterview: Modifikation und konkrete Umsetzung der Auswertung von ExpertInneninterviews nach Meuser/Nagel. In T. Engartner, D. Kuring & T. Teubl (Hrsg.), *Die Transformation des Politischen: Analysen, Deutungen und Perspektiven; siebentes und achtes DoktorandInnenseminar der Rosa-Luxemburg-Stiftung* (S. 100-109). Berlin: Dietz Verlag.
- UN, United Nations (2000). General Assembly. Fifty-fifth session. Agenda item 60 (b). Resolution adopted by the General Assembly 55/2. United Nations Millennium Declaration. Zugriff am 06.04.2016  
<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
- UN, United Nations (2013). Die 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen. Zugriff am 27.07.2016  
<http://www.unric.org/html/german/pdf/mitgliedstaaten.pdf>.
- UN, United Nations (2016). Millennium Development Goals. Zugriff am 06.04.2016  
[http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html).
- University Directory worldwide (2016). University Directory Worldwide. Zugriff am 19.06.2016  
<http://www.university-directory.eu/index.html>.
- USAID, United States Agency for International Development (2016). Health Services Support Project (HSSP). Zugriff am 19.06.2016  
<https://www.usaid.gov/news-information/fact-sheets/health-services-support-project-hssp>.
- Waldhausen, A., Sittermann-Brandens, B. & Matarea-Türk, L. (2014). (Alten)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. Zugriff am 06.04.2016  
[http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/news-folder.html?no\\_cache=1&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=235&cHash=20497ef4a681b3011804d0377c536f21](http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/news-folder.html?no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=235&cHash=20497ef4a681b3011804d0377c536f21).
- Walter, W. (1994). Strategien der Politikberatung. Die Interpretation der Sachverständigen-Rolle im Lichte von Experteninterviews. In R. Hitzler, A. Honer & C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 268-284). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wang, C. C., Whitehead, L. & Bayes, S. (2016). Nursing education in China: Meeting the global demand for quality healthcare. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 131-136.
- Waterkamp, D. (2006). *Vergleichende Erziehungswissenschaft. Ein Lehrbuch*. Münster: Waxmann Verlag.

- WHO, World Health Organization (2001). Fifty-Fourth World Health Assembly. WHA54.12. Agenda Item 13.4. Strengthening nursing and midwifery. Zugriff am 06.04.2016 [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/ea54r12.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r12.pdf).
- WHO, World Health Organization (2002). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2002-2008. Zugriff am 06.04.2016 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42558/1/924156217X.pdf>.
- WHO, World Health Organization (2006). Resolution WHA 59.23. Rapid scaling up of health workforce production. Zugriff am 06.04.2016 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21452/1/A59\\_R23-en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21452/1/A59_R23-en.pdf).
- WHO, World Health Organization (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Zugriff am 28.03.2016 [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf).
- Wiemann, G. (1994). Beratung für Mikro-Systeme beruflichen Lernens. In H. Biermann, W.-D. Greinert & R. Janisch (Hrsg.), *Systementwicklung in der Berufsbildung: Berichte, Analysen und Konzepte zur internationalen Zusammenarbeit* (S. 87-111). Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Windelband, L., Spöttl, G. & Becker, M. (2014). Qualität in der Berufsbildung – Chancen und Gefahren einer Output-/Outcome-Orientierung. In M. Fischer (Hrsg.), *Qualität in der Berufsausbildung. Anspruch und Wirklichkeit* (S. 297-317). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Wittwer, W. (2005). Übergreifende Aspekte im Kontext der individuellen Dokumentation von Kompetenzen. In I. Frank, K. Gutschow & G. Münchhausen (Hrsg.), *Informelles Lernen: Verfahren zur Dokumentation und Anerkennung im Spannungsfeld von individuellen, betrieblichen und gesellschaftlichen Anforderungen* (S. 59-70). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Wolf, S. (2013). Bedarfsorientierte Lehrplanentwicklung in der Berufsbildungszusammenarbeit mit Entwicklungs- und Schwellenländern. In M. Becker, A. Grimm, W. Petersen & R. Schlausch (Hrsg.), *Kompetenzorientierung und Strukturen gewerblich-technischer Berufsbildung. Berufsbildungsbiografien, Fachkräftemangel, Lehrerbildung* (S. 95-114). Berlin: LIT Verlag.
- Wolff, S. (2009). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (7. Aufl., S. 502-513). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Ziener, G. (2008). *Bildungsstandards in der Praxis. Kompetenzorientiert unterrichten*. Seelze-Velber: Kallmeyer in Verbindung mit Klett Erhard Friedrich Verlag.

## **Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien**

- BQFG, Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2572) geändert worden ist.
- FreizügG/EU, Freizügigkeitsgesetz/EU vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950, 1986), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist.
- KrPflAPrV, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), die durch Artikel 33 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

KrPflG, Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das durch Artikel 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Richtlinie 77/452/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr.

Richtlinie 77/453/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

SGB V, Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 1a des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1937) geändert worden ist.

SGB XI, Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das durch Artikel 3 Absatz 3 des Gesetzes vom 26. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) geändert worden ist.

## Anhangsverzeichnis

### Abgedruckte Anhänge

Anhang 1 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflege- und Hebammenberuf der WHO .....	i
Anhang 2 Musteranschreiben an eine potentielle Expertin .....	vii
Anhang 3 Musteranschreiben an eine Institution mit potentielltem Zugang zu Dokumenten .....	viii
Anhang 4 Musteranschreiben an Institutionen in Deutschland mit potentielltem Kontakt zu afghanischen Pflegekräften .....	ix
Anhang 5 Einverständniserklärung für die Experteninterviews .....	x
Anhang 6 Interviewleitfaden für das Experteninterview mit afghanischen Pflegekräften ...	xi
Anhang 7 Interviewleitfaden für das Experteninterview mit pädagogischen Fachkräften .	xiv
Anhang 8 Abwandlung des Interviewleitfadens zu einem Fragenkatalog.....	xvii
Anhang 9 Übersicht der analysierten Dokumente.....	xix
Anhang 10 Bildungswesen in Afghanistan.....	xx

### Elektronische Anhänge

Anhang 11 Dokument 1 (D1)	
Anhang 12 Dokument 2 (D2)	
Anhang 13 Dokument 3 (D3)	
Anhang 14 Dokument 4 (D4)	
Anhang 15 Dokument 5 (D5)	
Anhang 16 Dokument 6 (D6)	
Anhang 17 Dokument 7 (D7)	
Anhang 18 Dokumentenanalyse D1 – Hauptdialog	
Anhang 19 Dokumentenanalyse D1 – Kritischer Dialog	
Anhang 20 Dokumentenanalyse D2 – Hauptdialog	
Anhang 21 Dokumentenanalyse D2 – Kritischer Dialog	
Anhang 22 Dokumentenanalyse D3 – Hauptdialog	
Anhang 23 Dokumentenanalyse D3 – Kritischer Dialog	
Anhang 24 Dokumentenanalyse D4 – Hauptdialog	
Anhang 25 Dokumentenanalyse D4 – Kritischer Dialog	
Anhang 26 Dokumentenanalyse D5 – Hauptdialog	
Anhang 27 Dokumentenanalyse D5 – Kritischer Dialog	
Anhang 28 Dokumentenanalyse D6 – Hauptdialog	
Anhang 29 Dokumentenanalyse D6 – Kritischer Dialog	

- 
- Anhang 30 Dokumentenanalyse D7 – Hauptdialog
  - Anhang 31 Dokumentenanalyse D7 – Kritischer Dialog
  - Anhang 32 Dokumentenübergreifende Analyse
  - Anhang 33 Interviewtranskript IP1
  - Anhang 34 Interviewtranskript IP2
  - Anhang 35 Interviewtranskript IP3
  - Anhang 36 Interviewtranskript IP4
  - Anhang 37 Beantworteter Fragenkatalog IP5
  - Anhang 38 Analyse des Experteninterviews mit IP1
  - Anhang 39 Analyse des Experteninterviews mit IP2
  - Anhang 40 Analyse des Experteninterviews mit IP3
  - Anhang 41 Analyse des Experteninterviews mit IP4
  - Anhang 42 Analyse des Experteninterviews mit IP5
  - Anhang 43 Interviewübergreifende Analyse

## Anhang

### Anhang 1 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflege- und Hebammenberuf der WHO

Tabelle 1 Globale Standards für die Grundausbildung im Pflege- und Hebammenberuf der WHO

Schlüsselbereich	Kategorie	Standards
	Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Graduates demonstrate established competencies in nursing and midwifery practice.</li> <li>- Graduates demonstrate sound understanding of the determinants of health.</li> <li>- Graduates of an initial programme in nursing or midwifery meet regulatory body standards leading to professional licensure/registration as a nurse or a midwife.</li> <li>- Graduates are awarded a professional degree.</li> <li>- Graduates are eligible for entry into advanced education programmes.</li> <li>- Nursing or midwifery schools employ methods to track the professional success and progression of education of each graduate.</li> </ul>
Programme graduates	Programme graduate attributes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing or midwifery school graduates will be knowledgeable practitioners who adhere to the code of ethics and standards of the profession.</li> <li>- Nursing or midwifery schools prepare graduates who demonstrate:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ use of evidence in practice,</li> <li>▪ cultural competence,</li> <li>▪ the ability to practice in the health-care systems of their respective countries and meet population needs,</li> <li>▪ critical and analytical thinking,</li> <li>▪ the ability to manage resources and practice safely and effectively,</li> <li>▪ the ability to be effective client advocates and professional partners with other disciplines in health-care delivery,</li> <li>▪ community service orientation,</li> <li>▪ leadership ability and continual professional development.</li> </ul> </li> </ul>

Programme development / revision	Governance	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- define and make public their mission, vision and objectives.</li> <li>- educate their students through the programme to meet the health-care needs of their societies.</li> <li>- clearly define the educational and clinical outcomes of the programme.</li> <li>- employ nursing or midwifery faculty with relevant expertise in the subject matter and the ability to develop and revise their programmes.</li> <li>- have in place and use a system of formative and summative assessment of the programme's educational and clinical objectives and outcomes.</li> <li>- define role descriptions for theoretical and clinical educators including, but not limited to, faculty, clinical supervisors, mentors, preceptors and teachers.</li> </ul>
	Accreditation	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- are an integral part of a higher education institution that meets internal standards, recognized accreditation and/or governing body requirements.</li> <li>- have criteria in place that meet accreditation standards for clinical practice components of their programmes, academic content and the demonstration of professional outcomes.</li> <li>- and their programmes are recognized or accredited by credible, relevant professional and academic bodies and re-accredited as required.</li> </ul>
	Infrastructure	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- have accessible, current and relevant physical facilities including, but not limited to, classrooms, clinical practice sites, information and communications technology, clinical simulation laboratories and libraries.</li> <li>- have a system and policy in place that ensures the safety and welfare of students and faculty.</li> <li>- have professional support personnel and human resources to meet programme and student demand.</li> <li>- have a budget allocation and budget control that meets programme, faculty and student needs.</li> <li>- have a system in place for student-support services.</li> </ul>

	Partnerships	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing or midwifery schools demonstrate successful partnerships with the academic institution where their programme is located, with other disciplines, with clinical practice sites, with clinical and professional organizations and with international partners.</li> </ul>
Programme curriculum	Curriculum design	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- design curricula and deliver programmes that take into account workforce planning flows and national and international health-care policies.</li> <li>- plan and design curricula to meet national and international education criteria, and professional and regulatory requirements for practice.</li> <li>- provide classroom and clinical learning that delivers the knowledge and skills required to meet the needs of their respective populations.</li> <li>- establish and demonstrate balance between the theory and practice components of the curriculum.</li> <li>- demonstrate use of recognized approaches to teaching and learning in their programmes, including, but not limited to, adult education, self-directed learning, e-learning and clinical simulation.</li> <li>- provide classroom and clinical learning based on established competencies and grounded in the most current, reliable evidence.</li> <li>- enable the development of clinical reasoning, problem solving and critical thinking in their programmes.</li> <li>- conduct regular evaluations of curricula and clinical learning, and include student, client, stakeholder and partner feedback.</li> <li>- Nursing or midwifery programmes offer opportunities for multidisciplinary content and learning experiences.</li> </ul>



	Core curriculum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing or midwifery curricula provide core content that will enable their graduates to meet the established competencies.</li> <li>- Nursing programmes provide core content in nursing theory, practice, interventions and scope of practice.</li> <li>- Midwifery programmes provide core content in midwifery theory, practice, interventions and scope of practice for strengthening health systems the primary health-care approach.</li> <li>- Nursing or midwifery programmes provide supervised clinical learning experiences that support nursing or midwifery theory in diverse settings.</li> </ul>
	Curriculum partnerships	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- develop partnerships with other health-care disciplines.</li> <li>- use interprofessional teamwork approaches in their classroom and clinical learning experiences.</li> <li>- have access to, and arrangements for, the clinical learning sites required for programme delivery.</li> </ul>
	Assessment of students	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assess student learning, knowledge and skill development throughout their programmes, using reliable evaluation methodologies.</li> <li>- use a variety of methods to assess the subject matter being studied including, but not limited to, student performance-based assessment and client/stakeholder feedback.</li> <li>- have student retention system in place.</li> </ul>

Faculty	Academic faculty	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The head of a nursing or midwifery programme is a nurse or midwife who holds a graduate degree, is educated and experienced in leadership and administration, and demonstrates knowledge as an educator.</li> <li>- The core academic faculty are nurses and midwives who demonstrate knowledge as educators and have a minimum of a bachelor's degree – preferably a graduate degree – with advanced preparation and clinical competence in their specialty area.</li> <li>- Other health professionals who are guest lecturers in nursing or midwifery programmes hold a graduate degree and possess clinical and educational expertise in their specialty.</li> </ul>
	Clinical faculty	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinical faculty comprises nurses, midwives and other health professionals who hold a minimum of a university degree and possess clinical and educational expertise in their specialty area.</li> <li>- Nurses and midwives with clinical expertise in the content area being taught are designated to supervise and teach students in that clinical practice area.</li> <li>- Nursing or midwifery schools form partnerships to secure a variety of qualified people to be clinical supervisors and teachers.</li> </ul>
	Professional development of faculty	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- have a policy and system in place that validates the updated clinical and educational expertise and competency of faculty.</li> <li>- have a system in place that provides faculty with opportunities for development in teaching, scholarship, practice and external professional activity.</li> <li>- have a system and policy in place and provide time and resources for competency development for staff.</li> <li>- have a policy and system in place for reward and recognition of staff in accordance with the requirements for promotion and tenure of the institution.</li> </ul>

Programme admission	Admission policy and selection	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- have a transparent admission policy that specifies the process of student selection and the minimum acceptance criteria.</li> <li>- have a transparent non-discriminatory admission and selection process.</li> <li>- have a system and policy in place that takes into account different entry points of students, recognition of their prior learning, experience and progression options toward higher education goals.</li> <li>- have entry requirements that meet national criteria for higher education institutions including, but not limited to, completion of secondary education.</li> </ul>
	Student type and intake	<p>Nursing or midwifery schools...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- admit students with backgrounds in basic science and mathematics who demonstrate skills in the language of instruction and in dealing with the clients.</li> <li>- admit students who have the ability to meet the requirements of the programme.</li> <li>- admit students who meet the institution's health and any other requirements, as well as any national requirements for selection.</li> <li>- seek students who demonstrate the will to serve in health and the ability to be independent learners.</li> </ul>

Quelle: WHO (2009, S. 20 ff.)

**Anhang 2 Musteranschreiben an eine potentielle Expertin**

Sehr geehrte Frau XY,

ich bin Studentin des Studiengangs Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe an der Universität Kassel. Ich schreibe derzeit meine Master-Thesis und erforsche in diesem Rahmen die nationalen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan. Dabei interessieren mich besonders die Formen der Ausbildung und die intendierten Bildungsziele.

Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel in der Fachzeitschrift XY zur Pflegesituation in Afghanistan gelesen. Als Expertin können Sie mir wichtige Informationen für meine Forschungsarbeit geben. Sehr gerne würde ich daher mit Ihnen im Juni diesen Jahres ein persönliches oder telefonisches Interview führen. Für Ihre Mithilfe wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen

Katrin Arianta

(Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe cand. M.A.)  
(Pflege B.Sc.)  
(Gesundheits- und Krankenpflegerin)

**Anhang 3 Musteranschreiben an eine Institution mit potentielltem Zugang zu Dokumenten**

Dear Mrs. XY,

I am a student in nursing education at the University Kassel in Germany. I am writing my master-thesis at the moment about nursing education in Afghanistan. With the findings of the study I want to improve the further training of afghan nurses in Germany. For this I search some informations about nursing education in Afghanistan.

I would be very grateful if you could give me some informations for example a curriculum or something else.

Many thanks in advance for your assistance!

Best regards

Katrin Arianta

(Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe cand. M.A.)  
(Pflege B.Sc.)  
(Gesundheits- und Krankenpflegerin)

**Anhang 4 Musteranschreiben an Institutionen in Deutschland mit potentielltem Kontakt zu afghanischen Pflegekräften**

Sehr geehrte Frau XY,

ich bin Studentin des Studiengangs Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe an der Universität Kassel. Ich schreibe derzeit meine Master-Thesis und erforsche in diesem Rahmen die nationalen Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan. Dabei interessieren mich besonders die Formen der Ausbildung und die intendierten Bildungsziele.

In diesem Zusammenhang möchte ich Experteninterviews mit afghanischen Pflegekräften führen, die ihre Erstausbildung in Afghanistan absolviert haben. Haben oder hatten Sie in Ihren Kursen Kontakt mit Pflegekräften mit diesem Background? Um eine Weitervermittlung an mögliche Forschungsteilnehmerinnen und Forschungsteilnehmer wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Die Ergebnisse meiner Forschungsarbeit sollen einen Anhaltspunkt für die Optimierung der Schulungs- und Prüfungsmaßnahmen im Rahmen der Anerkennung afghanischer Pflegekräfte in Deutschland liefern.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen

Katrin Arianta

(Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe cand. M.A.)  
(Pflege B.Sc.)  
(Gesundheits- und Krankenpflegerin)

**Anhang 5 Einverständniserklärung für die Experteninterviews****Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten**

Forschungsprojekt: Nationale Praktiken der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan

Durchführende Institution: Universität Kassel

Forschungsleiterin: Katrin Arianta

Interviewerin: Katrin Arianta

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview / an mehreren Interviews teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts mündlich und schriftlich informiert. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, weitere Interviews ablehnen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des / der Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person anonymisiert. Ich bin damit einverstanden, dass mein persönlicher Werdegang in seinem Verlauf in anonymisierter Form dargestellt wird. Mir ist bewusst, dass durch seine Einmaligkeit ein Bezug zu meiner Person möglicherweise hergestellt werden könnte.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Interviewerin in Schriftform gebracht wird.

---

Datum

Unterschrift Forschungsteilnehmerin  
Forschungsteilnehmer

Unterschrift Forschungsleiterin

**Anhang 6 Interviewleitfaden für das Experteninterview mit afghanischen Pflegekräften**

Wie Sie wissen, interessiere ich mich für die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan. Ich würde Sie nun bitten mir zu erzählen, auf welchen Wegen Pflegekräfte in Afghanistan ihr Handwerk zu Ihrer Zeit gelernt haben.

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde:

- In welcher Zeit war das?
- In welcher Stadt ist dies gewesen?
- Wie würden Sie die Einrichtung von der Sie gerade berichtet haben beschreiben?
- Können Sie mir noch erzählen, wer die angehenden Pflegekräfte ausgebildet hat?
- Können Sie mir erzählen, inwieweit sich die Qualifizierungspraxis von Pflegekräften in der Stadt von der auf dem Land unterscheidet?

Erzählen Sie mir bitte, inwieweit man in Afghanistan bestimmte Voraussetzungen erfüllen musste, um Pflegekraft werden zu können?

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde und es in die Zeit passt, von der die IP erzählt:

- Bildung ist in Afghanistan kein Selbstverständnis. Viele Frauen sind nie zur Schule gegangen und ein großer Teil der Bevölkerung sind Analphabeten. Erzählen Sie mir bitte, inwieweit sich die Gegebenheiten im Bildungswesen auf die Qualifizierung der Pflegekräfte auswirken bzw. ausgewirkt haben.

---

---

---

- Die Kultur hat stets auf alle Lebensbereiche einen Einfluss, so auch auf das Bildungswesen. Bitte erzählen Sie mir, inwieweit kulturelle Gegebenheiten in Afghanistan Einfluss auf die Qualifizierung der Pflegekräfte zu Ihrer Zeit hatten.

---

---



- Die Sicherheitslage war ja auch zu Ihrer Zeit in Afghanistan aufgrund verschiedener politischer und ökonomischer Entwicklungen (je nach Zeit der Ausbildung u. U. kurze konkrete Benennung der politischen Lage) prekär gewesen. Erzählen Sie mir bitte, inwieweit sich dies auf die Qualifizierung der Pflegekräfte ausgewirkt hat.

---

---

---

- Das Gesundheitssystem ist in Afghanistan in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Kriegsgeschehnisse massiv zusammengebrochen. Bitte erzählen Sie mir, inwieweit sich dies (zu Ihrer Zeit) auf die Qualifizierung der Pflegekräfte in Afghanistan ausgewirkt hat.

---

---

---

Bitte geben Sie mir Ihre Einschätzung, inwieweit die angehenden Pflegekräfte auf ihr späteres berufliches Handeln vorbereitet wurden.

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde:

- In welchen Arbeitsbereichen konnten Pflegekräfte tätig sein?

---

- Können Sie mir von eventuellen Vorgaben erzählen, an denen Pflegende in Afghanistan ihr berufliches Handeln ausrichten müssen?

---

Man lernt ja gewissermaßen nie aus im Leben. Inwieweit hatten Pflegekräfte nach ihrer ersten Qualifikation die Möglichkeit weiter zu lernen?

---

---

---

Wie würden Sie die gesellschaftliche Stellung der Pflegekräfte in Afghanistan beschreiben?

---

---

---

Haben wir etwas vergessen, was Sie gern noch ansprechen würden?

---

---

---

**Anhang 7 Interviewleitfaden für das Experteninterview mit pädagogischen Fachkräften**

Wie Sie wissen, interessiere ich mich für die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan. Ich würde Sie nun bitten, mir zu erzählen auf welchen Wegen Pflegekräfte in Afghanistan ihr Handwerk lernen können.

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde:

- Zu welcher Zeit waren Sie, in welchem Rahmen an der Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan beteiligt?
- In welcher Stadt war die von Ihnen angesprochene ausbildende Institution?
- Wie würden Sie die ausbildenden Einrichtungen beschreiben?
- Können Sie mir noch erzählen, wer die angehenden Pflegekräfte ausbildet und wie sie das tun?
- Bitte erzählen Sie mir, inwieweit die Regierung die Qualifizierung der Pflegekräfte überwacht.
- Bitte erzählen Sie mir, inwieweit sich das Erlernen des Pflegeberufes in den letzten vier Jahrzehnten verändert hat.
- Können Sie mir erzählen, inwieweit sich die Qualifizierungspraxis von Pflegekräften in der Stadt von der auf dem Land unterscheidet?
- Bitte erzählen Sie mir, welche Akteure an der Qualifizierung der Pflegekräfte beteiligt sind.

Wie sehen Sie das Verhältnis zwischen den curricularen Vorgaben, z. B. dem nationalen Curriculum und der tatsächlichen Qualifizierung der Pflegekräfte?

---

---

---

Erzählen Sie mir bitte, inwieweit man in Afghanistan bestimmte Voraussetzungen erfüllen muss, um Pflegekraft werden zu können?

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde:

- Bildung ist in Afghanistan kein Selbstverständnis. Viele Frauen sind nie zur Schule gegangen und ein großer Teil der Bevölkerung sind Analphabeten. Erzählen Sie mir bitte, wie sich die Gegebenheiten im Bildungswesen auf die Qualifizierung der Pflegekräfte auswirken.

---

---

---

- Die Kultur hat stets auf alle Lebensbereiche einen Einfluss, so auch auf das Bildungswesen. Erzählen Sie mir bitte von den Einflüssen der kulturellen Gegebenheiten in Afghanistan auf die Qualifizierung der Pflegekräfte.

---

---

---

- Die Sicherheitslage war und ist in Afghanistan aufgrund verschiedener politischer und ökonomischer Entwicklungen prekär. Würden Sie mir erzählen, inwieweit sich dies auf die Qualifizierung der Pflegekräfte auswirkt?

---

---

- Das Gesundheitssystem ist in Afghanistan in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Kriegsgeschehnisse massiv zusammengebrochen und kann seit dem Fall der Taliban 2001 auch nur nach und nach wieder aufgebaut werden. Bitte erzählen Sie mir von dessen Auswirkungen auf die Qualifizierung der Pflegekräfte in Afghanistan.

---

---

---

Bitte geben Sie mir Ihre Einschätzung, inwieweit die angehenden Pflegekräfte auf ihr späteres berufliches Handeln vorbereitet werden?

---

---

---

Nur fragen, wenn es von der IP nicht selbst bereits angesprochen wurde:

- Können Sie mir von eventuellen Vorgaben erzählen, an denen Pflegende in Afghanistan ihr berufliches Handeln ausrichten müssen?

---

- In welchen Arbeitsbereichen können Pflegekräfte in Afghanistan tätig sein?

---

Man lernt ja gewissermaßen nie aus im Leben. Inwieweit hatten Pflegekräfte nach ihrer ersten Qualifikation die Möglichkeit weiter zu lernen?

---

---

---

Wie würden Sie die gesellschaftliche Stellung der Pflegekräfte in Afghanistan beschreiben?

---

---

---

Haben wir etwas vergessen, was Sie gern noch ansprechen würden?

---

---

---

## Anhang 8 Abwandlung des Interviewleitfadens zu einem Fragenkatalog

### Fragenkatalog zur Qualifizierung von Pflegekräften

Wie Sie wissen, interessiere ich mich für die Qualifizierung von Pflegekräften in Afghanistan.

1. Ich würde Sie bitten mir zu beschreiben, auf welchen Wegen Pflegekräfte in Afghanistan ihr Handwerk lernen können.
2. Inwieweit erhalten die Absolventinnen und Absolventen mit welcher Form der Qualifizierung einen Abschluss?
3. Wie viele Pflegekräfte qualifizieren sich jährlich?
4. Welche Qualifikationen haben die ausbildenden Personen? Welche Aufgaben haben sie?
5. Wie lange dauert es sich als Pflegekraft zu qualifizieren?
6. Inwieweit überwacht die Regierung die Qualifizierungspraxis?
7. Inwieweit unterscheidet sich die Qualifizierungspraxis in der Stadt von der in der Provinz?
8. Welche Akteure sind an der Qualifizierung der Pflegekräfte beteiligt?
9. Inwieweit wird der Lernerfolg überprüft?
10. Inwieweit hat sich die Qualifizierungspraxis von Pflegekräften in den letzten vier Jahrzehnten verändert?
11. Wie sehen Sie das Verhältnis zwischen den curricularen Vorgaben, z. B. dem nationalen Curriculum und der tatsächlichen Qualifizierung der Pflegekräfte?
12. Inwieweit muss man in Afghanistan bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um Pflegekraft werden zu können?
13. Bildung ist in Afghanistan kein Selbstverständnis. Viele Frauen sind nie zur Schule gegangen und ein großer Teil der Bevölkerung sind Analphabeten. Inwieweit wirken sich die Gegebenheiten im Bildungswesen auf die Qualifizierung der Pflegekräfte aus?
14. Die Kultur hat stets auf alle Lebensbereiche einen Einfluss, so auch auf das Bildungswesen. Inwieweit haben kulturelle Gegebenheiten in Afghanistan Einfluss auf die Qualifizierung der Pflegekräfte?

15. Die Sicherheitslage war und ist in Afghanistan aufgrund verschiedener politischer und ökonomischer Entwicklungen prekär. Inwieweit wirkt sich dies auf die Qualifizierung der Pflegekräfte aus?
16. Das Gesundheitssystem ist in Afghanistan in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Kriegsgeschehnisse massiv zusammengebrochen und kann seit dem Fall der Taliban im Jahr 2001 auch nur nach und nach wieder aufgebaut werden. Bitte beschreiben Sie mir dessen Auswirkungen auf die Qualifizierung der Pflegekräfte in Afghanistan.
17. Bitte geben Sie mir Ihre Einschätzung, inwieweit die angehenden Pflegekräfte auf ihr späteres berufliches Handeln vorbereitet werden?
18. Können Sie mir von eventuellen Vorgaben berichten, an denen Pflegende in Afghanistan ihr berufliches Handeln ausrichten müssen?
19. In welchen Arbeitsbereichen können die Pflegenden nach ihrer Qualifizierung tätig sein?
20. Man lernt ja gewissermaßen nie aus im Leben. Inwieweit haben Pflegekräfte in Afghanistan nach ihrer ersten Qualifikation die Möglichkeit weiter zu lernen?
21. Wie würden Sie die gesellschaftliche Stellung der Pflegekräfte in Afghanistan beschreiben?

**Anhang 9 Übersicht der analysierten Dokumente****Tabelle 2 Übersicht der analysierten Dokumente**

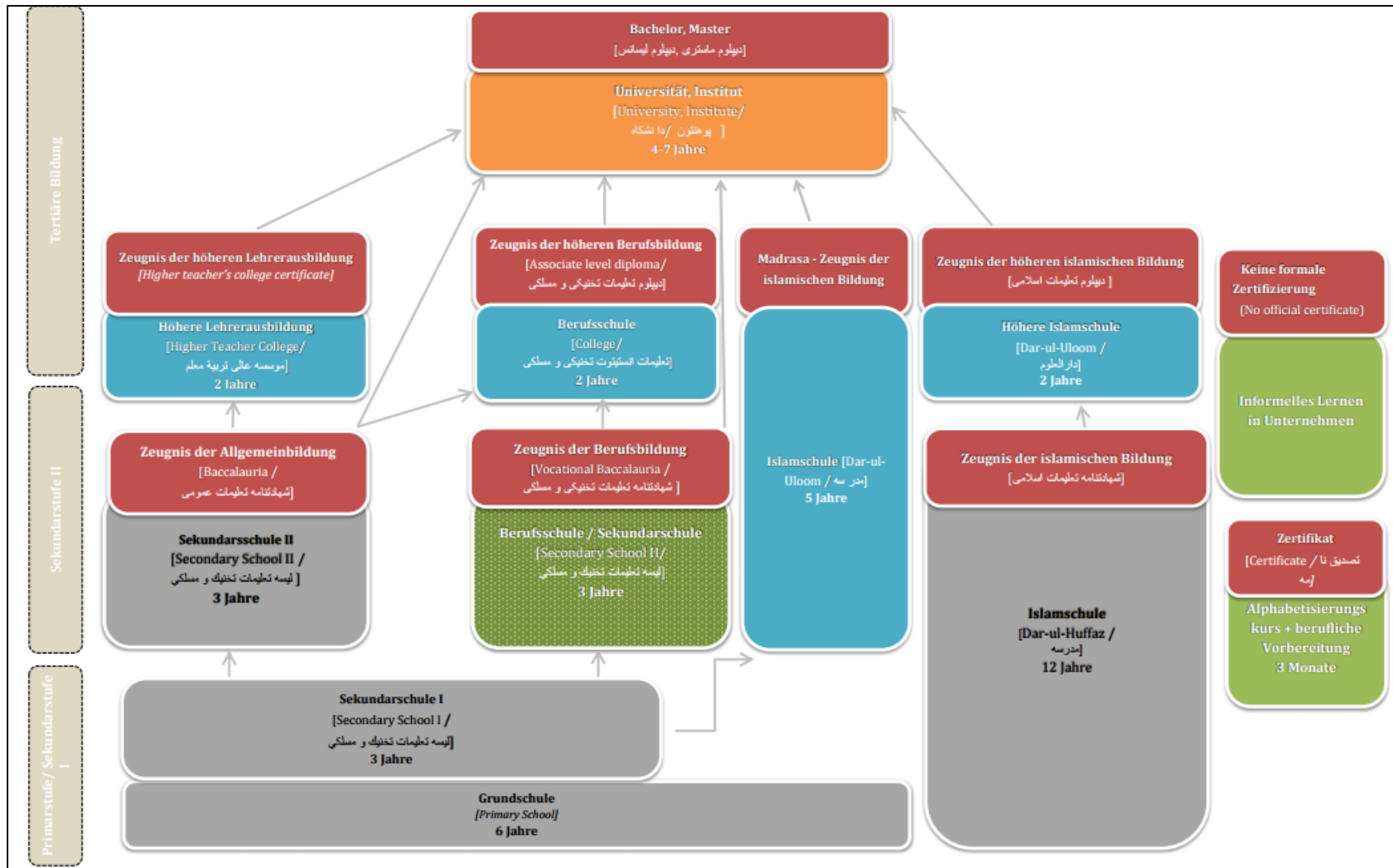
Kode	Dokumentenname	Art des Dokumentes	Jahr	Verfasser/in	Fundort
D1	Nursing, midwifery and allied health education programmes in Afghanistan	Artikel in einer wissenschaftlichen Zeitschrift	2005	Paula Herberg	Fachzeitschrift <i>International Nursing Review</i> Vol. 52
D2	Es mangelt an allem	Artikel in einer wissenschaftlichen Zeitschrift	2016	Sylvia Käppeli	Fachzeitschrift <i>Die Schwester Der Pfleger</i> Vol. 55
D3	The training of auxilliary nurse-midwives in Afghanistan	Artikel in einer wissenschaftlichen Zeitschrift	1981	Lynette K. Russell und Anne M. Richter	Fachzeitschrift <i>Journal of Nurse-Midwifery</i> Vol. 26 No. 6
D4	Training Nurses Bolsters Health Care in Rural Afghanistan	Artikel auf der Internetpräsenz der NGO GlobalPartners	2010	NGO GlobalPartners	Internet <a href="http://www.globalpartnersinternational.com/news/training-nurses-bolsters-health-care-in-rural-afghanistan">http://www.globalpartnersinternational.com/news/training-nurses-bolsters-health-care-in-rural-afghanistan</a>
D5	The Faculty of Nursing	Studienleitfaden und Curriculum	2008	Kabul Medical University (KMU)	Übermittlung durch eine Expertin
D6	Competency Based Community Health Nursing Education Curriculum	Curriculum	2009	MoPH, AKU Afghanistan/AKUSON, GIHS, HSSP, Jhpeigo, Cordaid	Übermittlung durch eine Expertin
D7	Kandahar Institute of Health Sciences	Internetpräsenz	2011	NGO Cordaid	Internet <a href="https://www.cordaid.org/en/projects/kandahar-institute-of-health-sciences/">https://www.cordaid.org/en/projects/kandahar-institute-of-health-sciences/</a>

Quelle: Eigene Erstellung



Anhang 10 Bildungswesen in Afghanistan

Abbildung 3 Bildungswesen in Afghanistan



Quelle: IW 2016, S. 5