

**Biomedizinische Analytik in der  
Gesundheitsversorgung**

**Arbeitsbedingungen und berufliche Identität in Deutschland  
und der Schweiz**

**Angelika Homberg**

**Working Paper No. 14-01**

**Berlin, August 2014**

**Zitierhinweis:**

Homberg A (2014):  
Biomedizinische Analytik in der Gesundheitsversorgung,  
Arbeitsbedingungen und berufliche Identität  
in Deutschland und der Schweiz  
Working Paper No. 14-01 der Unit  
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.  
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Impressum:**

Working Paper No. 14-01 der  
Unit Gesundheitswissenschaften  
und ihre Didaktik

Berlin, August 2014

**ISSN 2193-0902**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Gesundheits-  
und Pflegewissenschaft  
CVK – Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin / Deutschland  
Tel. +49 (0)30 450 529 092  
Fax +49 (0)30 450 529 900  
<http://igpw.charite.de>





## Vorwort

Im vorliegenden Working Paper wird eine Untersuchung vorgestellt, die im Jahr 2013 von Angelika Homberg als Diplomarbeit im Studiengang Medizin- und Pflegepädagogik umgesetzt wurde. Sie reiht sich in die Aktivitäten zur gesundheitsberuflichen Bildungsforschung ein, die am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin stattfindet.

(Gesundheits-)Berufsbildungsforschung als anwendungsorientierte und interdisziplinär arbeitende Forschungsrichtung untersucht Bedingungen, Abläufe und Folgen des Erwerbs fachlicher Qualifikationen sowie personaler und sozialer Einstellungen und Orientierungen, die für den Vollzug beruflich organisierter Arbeitsprozesse bedeutsam erscheinen (DFG 1990). Sie untersucht Grundlagen zur Weiterentwicklung von Berufen, Berufsfeldern und –systemen sowie zur Gestaltung beruflicher Bildungsprozesse (Rauner 2006).

In der vorliegenden Untersuchung wird dabei vor dem Hintergrund gegenwärtiger Entwicklungen im Gesundheitswesen und damit verbundener sich verändernder Anforderungen an berufliche Qualifikationen ein Vergleich des Arbeitshandelns Medizinisch-technischer LaboratoriumsassistentInnen (MTLA) in Deutschland und damit vergleichbarer Biomedizinischer AnalytikerInnen (BMA) in der Schweiz vorgenommen. Dies geschieht mit dem Ziel, Einblicke in die nationalen und internationalen Entwicklungen des Ausbildungsberufsbildes MTLA/BMA zu erhalten. Der Blick ist dabei darauf gerichtet, wie sich Veränderungen gesellschafts- und gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen auf die berufliche Identität der BerufsinhaberInnen auswirken.

Die vorzustellende Untersuchung überzeugt sowohl durch die Differenziertheit und Güte der theoretischen Überlegungen als auch durch die Genauigkeit und Originalität ihrer forschungsmethodischen Umsetzung.

Mittels problemzentrierter Interviews wurden zehn BerufsmigrantInnen zu den Themen Berufszufriedenheit, Handlungsspielräume, Anpassungsleistungen bei einer Migration ins Nachbarland, Zukunftschancen und gesellschaftliche Akzeptanz ihres Berufs befragt. Als BerufsmigrantInnen werden hier MTLA/BMA verstanden, die bei einer in Deutschland abgeschlossenen Ausbildung zum Befragungszeitpunkt in der Schweiz tätig waren bzw. bei einer in der Schweiz absolvierten Ausbildung ihren Beruf nun in Deutschland ausüben. Diese Konstellation verspricht einen besonderen Erkenntnisgewinn, da diese Personen die jeweilige Besonderheiten des Berufsfeldes im Nachbarland differenzierter wahrnehmen können als solche, die nur in einem Land tätig gewesen sind.

Aus der besonderen subjektorientierten Perspektive der BerufsmigrantInnen deckt die Studie auf, welche Unterschiede im beruflichen Alltag bzw. im Arbeitshandeln von MTLA in Deutschland und BMA in der Schweiz von den Befragten wahrgenommen werden und welche Anpassungsleistungen bei einer Migration ins jeweilige Nachbarland erbracht werden müssen.

Diese und weitere Ergebnisse, die aus den von den Befragten geschilderten berufsbiografischen Verläufen und erlebten Widersprüchen, etwa zwischen Ausbildungs- und Arbeitsinhalten, gewonnen wurden, können zum besseren Verständnis der Situation in der Ausbildung und Berufsausübung von MTLA bzw. BMA in Deutschland und in der Schweiz beitragen.

Berlin, im August 2014

Dr. Yvonne Lehmann

### **Literatur**

DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) (1990). Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Situation, Hauptaufgabe, Förderungsbedarf. Weinheim: VCA – Acta Humaniora.

Rauner F (2006). Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bielefeld: Bertelsmann.

## Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der sich verändernden Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen wird der Vergleich des Arbeitshandelns Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistenten (MTLA) in Deutschland und Biomedizinischer Analytiker (BMA) in der Schweiz aus subjektorientierter Perspektive vorgenommen. Der Fokus ist auf die Zusammenhänge zwischen Veränderungen von gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die berufliche Identität gerichtet.

Für die empirische Untersuchung wurden zehn Interviews mit Berufsmigranten geführt. Mittels problemzentrierter Interviews wurden offene Fragen zu den Themen: Anpassungsleistungen, Handlungsspielraum, Berufszufriedenheit, Bewertung der Zukunftschancen und gesellschaftliche Akzeptanz gestellt. Den Prinzipien der Grounded Theory folgend wurde den Befragten die Möglichkeit eingeräumt, möglichst eigenständig ihr eigenes Relevanzsystem zu entfalten. Die Interpretation der Daten erfolgte unter Einbeziehung des situativen Kontextes und ordnet sich forschungstheoretisch in den Diskurs der subjektorientierten Arbeits- und Berufssoziologie ein.

Als Vergleichsbasis dienen die Berufsform und die Tätigkeitsbereiche, die sich in beiden Ländern nicht unterscheiden. Durch die hochgradige Spezialisierung und die begrenzten Arbeitsmöglichkeiten entsteht ein berufsstruktureller Engpass und es gelingt nicht, die Zahl der ausgebildeten MTLA/BMA dem Bedarf auf dem Arbeitsmarkt anzupassen. In der Schweiz wird von einem Fachkräftemangel ausgegangen. Die Akademisierung der Ausbildung führt zu einem Attraktivitätsverlust, da die Zugangsvoraussetzungen erschwert, der Berufsstatus aber nicht verbessert wurden. Die Folgen sind eine sinkende Ausbildungszahl und eine hohe Fluktuation auf dem Arbeitsmarkt, die derzeit schon die Berufszufriedenheit des Einzelnen beeinträchtigen.

In Deutschland wurden im Rahmen der Automatisierung massive Einsparungen im personellen Bereich vorgenommen. Dies führt zu Schwierigkeiten, an der sogenannten zweiten Schwelle einen Arbeitsplatz zu finden. Dadurch kommt es zum innerberuflichen Konkurrenzdruck, der das Arbeitsklima massiv beeinträchtigt, und zu einer Arbeitsverdichtung, welche zusätzlich den Leistungsdruck erhöht und das Tätigkeitsspektrum unter dem Aspekt der Effizienz reduziert. Den MTLA gelingt es nicht, den durch die Ausbildung eingeräumten Handlungsspielraum einzunehmen und ihre subjektiven Fähigkeiten in den Arbeitsprozess einzubringen.

Die unterschiedlichen Erklärungsmuster, die zur Interpretation des berufsbiografischen Verlaufs und der erlebten Widersprüche herangezogen werden, und die dargelegten Zusammenhänge zwischen Arbeitsmarkt, Akademisierung, Arbeitsverdichtung und beruflicher Identität können zum besseren Verständnis der beruflichen Situation von MTLA in Deutschland und BMA in der Schweiz beitragen.

**Abstract**

Current developments in the public health system and the changing demands on professional qualifications have driven this comparison of the daily work performed by *Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten* (medical-technical laboratory assistants, MTLA) in Germany and *Biomedizinische Analytiker* (biomedical scientists, BMA) in Switzerland with a subject-oriented perspective. The focus is on the changes in the socio-political context and the correlating impact on occupational identity.

Ten migrant workers were interviewed for the empirical investigation. In a problem-centered interview open-ended questions were posed on the following topics: efforts of adaption, scope of practice, job satisfaction, evaluation of future professional opportunities and social acceptance. Following the principles of Grounded Theory the persons interviewed were given the opportunity to unfold their own system of relevance as independently as possible. The interpretation of the survey data took into consideration the situational context of the interviewees. The discourse of subject-oriented sociologies of work and occupation has been integrated into this analysis.

The basis of comparison in this study was the areas of professional and daily work activities as these are the same in both countries. Nevertheless, the high degree of specialization during the education and the highly specialized jobs present in the labour market are generating challenges to match qualified workers with vacancies. Furthermore, the number of trained MTLA/BMA's is not being adjusted to the needs of the labour market. It is estimated that increasingly Switzerland will experience BMA workforce shortages. The academization of the training has led to a loss of attractiveness for this profession as the admission requirements have become more difficult, but in parallel the professional status has not improved. As a result of this, the number of trainees has decreased and there are high fluctuations in the labour market. This has impacts on individual job satisfaction.

In Germany significant staff redundancies have occurred due to automation. This has also lead to problems finding reemployment after being laid off, or indeed after any period of absence. As a result, internal rivalry has arisen and is interfering negatively in the work atmosphere. In addition to this, the continuous workload has increased performance pressure and deteriorating efficiency. The MTLA cannot completely fulfil their scope of practice acquired through their training and are not able to include their subjective capabilities in the work process.

Different patterns of explanation are drawn upon to interpret the professional biography and the contradictions experienced. In addition, links between labour market, academization, workload and occupational identity are made to illuminate the professional situation for MTLA in Germany and BMA in Switzerland.



## Inhalt

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>9</b>
1.1 Problembetrachtung.....	9
1.2 Forschungs- und Erkenntnisstand.....	11
1.3 Forschungsfrage.....	14
1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Studie .....	14
<b>2. Die berufliche Situation MTLA/BMA in Deutschland und der Schweiz .....</b>	<b>17</b>
2.1 Positionierung der Gesundheitsberufe innerhalb des Berufsbildungssystems.....	17
2.2 Historische Entwicklung des Berufsbildes.....	19
2.3 Gesetzliche Regelungen der Ausbildung, Weiterbildung und Anerkennung .....	22
2.4 Gesundheitspolitische Aspekte aus labormedizinischer Perspektive .....	26
2.5 Gegenwärtige Arbeitsmarktsituation.....	28
<b>3. Subjektivität, Arbeitshandeln und Identität.....</b>	<b>30</b>
3.1 Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie.....	30
3.2 Subjektivität.....	30
3.3 Arbeitshandeln.....	32
3.4 Identität.....	33
<b>4. Empirische Untersuchung des Arbeitshandelns .....</b>	<b>35</b>
4.1 Explikation der Forschungsmethode.....	35
4.2 Konstruktion der Erhebungsinstrumente .....	35
4.3 Sampling und Fallbeschreibung.....	37
4.4 Erhebung des Datenmaterials .....	39
4.5 Explikation der Analysemethode .....	40
<b>5. Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>42</b>
5.1 Anpassungsleistungen .....	42
5.1.1 <i>Arbeitsweise: Zack-Zack versus Gemütlichkeit.....</i>	42
5.1.2 <i>Implizite Spielregeln: Zurückhaltung versus Hervorhebung.....</i>	45
5.1.3 <i>Anerkennung und Legitimation der deutschen Ausbildung.....</i>	49
5.2 Berufszufriedenheit und Handlungsspielraum .....	52
5.2.1 <i>Arbeitsmarkt: Angebot und Nachfrage.....</i>	53
5.2.2 <i>Abwechslung und Kompetenzentwicklung versus Routine .....</i>	55
5.2.3 <i>Eigenverantwortung versus Kontrolle .....</i>	58
5.2.4 <i>Eigene Arbeit: Handarbeit versus Automatisierung.....</i>	61
5.2.5 <i>Gruppenkohäsion: Konstanz, Funktionalität und Vertrauen .....</i>	63
5.2.6 <i>Rahmenbedingungen: Kosten-Nutzen-Abwägung .....</i>	64
5.3 Berufliche Positionierung.....	67
5.3.1 <i>Berufsstatus: Wertschätzung versus Anonymität.....</i>	67
5.3.2 <i>Zukunftschancen: Möglichkeiten und Grenzen .....</i>	69
5.3.3 <i>Selbstbild: Hintergrund versus Vordergrund.....</i>	71
<b>6. Komparative Verdichtung und Diskussion .....</b>	<b>73</b>
6.1 Berufliche Anforderungen und Selbstverständnis.....	73

6.2 Berufsform ohne Flexibilität .....	75
6.3 Akademisierung.....	76
6.4 Fachkräftemangel in der Schweiz .....	78
6.5 Automatisierung und Rationalisierung .....	82
6.6 Schlechte Arbeitsbedingungen in Deutschland.....	84
<b>7. Fazit.....</b>	<b>87</b>
7.1 Methodenreflexion .....	87
7.2 Ausblick.....	88
<b>Literatur- und Quellenverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>98</b>
Leitfaden .....	98
Transkriptionsregeln.....	103

**Abkürzungsverzeichnis**

B	Befragte Person
BBG	Berufsbildungsgesetz (Schweiz)
BBiG	Berufsbildungsgesetz (Deutschland)
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (Schweiz)
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung (Deutschland)
BIGA	Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit (Schweiz)
BMA	Biomedizinische Analytik (Schweiz)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung (Deutschland)
BQFG	Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (Deutschland)
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DIW	Deutsches Institut zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/innen in der Medizin e.V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
dvta	Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/innen in der Medizin Deutschland e.V. (bis 2012: Deutscher Verband Technischer Assistentinnen und Assistenten in der Medizin e.V.)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FAMH	Foederatio Analyticorum Medicinalium Helveticorum (Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz)
FH	Fachhochschule
FMS	Fachmittelschule (Schweiz)
GAT	Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem
GDK	Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (bis 2004: SDK)
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (Deutschland)
HF	Höhere Fachschule (Schweiz)
I	Interviewer
IAMLT	International Association of Medical Laboratory Technologists (Internationale Vereinigung medizinischer Labortechniker, seit 2002: IFBLS)
IFBLS	International Federation of Biomedical Laboratory Science (Internationaler Verband für Biomedizinische Analytik)
ISCED	International Standard Classification of Education (Internationales Klassifizierungsmodell von Schulstufen mit Bildungsabschlüssen der UNESCO)
labmed	Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker
MGAF	Erste Verordnung über die Berufstätigkeit und die Ausbildung medizinisch-technischer Gehilfinnen und medizinisch-technischer Assistentinnen (Deutschland)
MiVo-HF	Verordnung über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (Schweiz)
MLab	Medizinische Laborantin (Berufsbezeichnung in der Schweiz bis 2005)
MTA	Medizinisch-technische Assistenz (Deutschland)

MTA-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (Deutschland)
MTAF	Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik (Deutschland)
MTAG	Gesetz über Technische Assistenten in der Medizin Deutschland
MTLA	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten (Deutschland)
MTRA	Medizinisch-technische Radiologieassistenten (Deutschland)
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (Schweiz)
POCD	Point of care Diagnostic (patientennahe Sofortdiagnostik)
POL	Problemorientiertes Lernen
QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor
Rili-BÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer (Deutschland)
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (Schweiz)
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (seit 2004: GDK)
SPSS	Methode zur Leitfadenerstellung nach Cornelia Helfferich (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren)
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SULM	Schweizerische Union für Labormedizin
SwissDRG	Schweizerische Diagnosis Related Groups
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur)
VMTA	Veterinärmedizinisch-technische Assistenz (Deutschland)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

## 1. Einleitung

### 1.1 Problembetrachtung

Gegenwärtig werden im Bereich des Gesundheitswesens zwei generelle Trends beobachtet: Die demografische Entwicklung wird die Bedeutung der Gesundheitsdienstberufe weiter steigen lassen und die politischen Strukturveränderungen wie Privatisierung und Kostendämpfung verlangen von den Berufsangehörigen die Bereitschaft zu Veränderungen (Reisch & Christe, 2009). Dies stellt an die berufliche Qualifikation und Weiterbildung neue Anforderungen wie Abstraktionsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Kreativität sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zu lebenslangem Lernen. Die Berufsbildungssysteme in Europa sind auf diese Herausforderungen sehr unterschiedlich vorbereitet. Rein nationale Lösungen sind bei wirtschaftlichen und sozialen Problemen kaum mehr möglich (Lauterbach & Sellin, 2000, 15). Die international vergleichende Berufsforschung gewinnt dadurch an Bedeutung. Die Komplexität der Berufsforschung, bedingt durch die vielfältigen Berufe und Berufstätigkeiten auf den Ebenen von Bildung, Ausbildung und Weiterbildung, die in jedem Bildungssystem eines Staates existieren, wird durch die internationale Betrachtung potenziert. Internationale Gegenüberstellungen und Systemvergleiche verlieren aufgrund ihrer meist unzureichenden Aussagekraft zugunsten von qualitativen und empirischen Vergleichen von bestimmten Teilaspekten und -problemen an Bedeutung (ebd., 11).

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich vor diesem Hintergrund auf einen subjektorientierten Vergleich des Arbeitshandelns Medizinisch-technischer Laborassistenten (MTLA) in Deutschland und Biomedizinischer Analytiker (BMA)<sup>1</sup> in der Schweiz. Grundlegend ist die Annahme, dass Handeln zielgerichtet ist und die Ausrichtung auf ein Ziel der Orientierung innerhalb eines bestimmten Spielraums bedarf (Stegmaier, 2008). Der Spielraum ist in diesem Falle gegeben durch die beruflichen Anforderungen sowie die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Das Berufsbild und die Tätigkeiten in beiden Ländern unterscheiden sich kaum (Blum & Grohmann, 2009). Anders sieht es mit den Rahmenbedingungen aus. In der Schweiz wurden im Gegensatz zu Deutschland die Gesundheitsberufe 2004 unter das Berufsbildungsgesetz (BBG) gestellt. Die Ausbildung wird weitgehend an höheren Fachschulen absolviert, die nominal dem Tertiärbereich zugeordnet sind. Die Berufsbezeichnung wurde in der Schweiz zum 11. März 2005 von *Medizinischer Laborant* (MLab) in *Biomedizinischer Analytiker* geändert (MiVo-HF, 2005).

In Deutschland ist die MTA<sup>2</sup>-Ausbildung über das entsprechende Berufsgesetz geregelt und außerhalb des Systems der beruflichen Bildung angesiedelt (Kachler, 2003, 17). Die Bemühungen des Berufsverbandes, eine Namensänderung herbeizuführen, waren bislang erfolglos, da dies der Einfügung einer Modellklausel im MTA-Gesetz bedarf, welche derzeit von der Politik abgelehnt wird. Dies verwehrt den MTA-Berufen auch den Zutritt zur Erprobung einer Ausbildung an den Hochschulen. Für

---

<sup>1</sup> Der Beruf BMA in der Schweiz entspricht bezüglich der Handlungsfelder dem MTLA-Beruf in Deutschland.

<sup>2</sup> Die Berufsbezeichnung MTA (Medizinisch-technische Assistenz) ist Sammelbegriff für die vier Berufszweige MTLA (Labor), MTRA (Radiologie), MTFa (Funktionsdiagnostik) und VMTA (Veterinärmedizin) (MTA-Gesetz, 1994).

die Berufe der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ist eine Klausel eingeräumt und somit die Ausbildung im tertiären Sektor möglich (Egert, 2011).

Die Bildungsminister der Europäischen Staaten und deren Sozialpartner verfolgen das Ziel, die europäische Zusammenarbeit in der beruflichen Bildung zu fördern. Dies soll durch erhöhte Vergleichbarkeit, Transparenz, Durchlässigkeit und Qualitätssicherung in der allgemeinen und beruflichen Bildung erreicht werden. Basis hierfür ist die im Jahr 2000 von der Europäischen Union (EU) erarbeitete Lissabon-Strategie, deren Ziele im Berufsbildungsbereich durch den Kopenhagen-Prozess verfolgt werden. Im Gegensatz zum intergouvernementalen Bologna-Prozess im Hochschulbereich werden hier Leitlinien erarbeitet, die es ermöglichen, die Vielfältigkeit der Berufsbildungssysteme beizubehalten. Prinzipien sind unter anderem die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit sowie ein dezentraler Bottom-up-Ansatz (Europäische Bildungsminister, Europäische Kommission, 2002). Die konkrete Ausgestaltung erfolgt im Rahmen von Projekten, die von Kammern, Bildungseinrichtungen und Schulen beantragt werden (Fahle & Thiele, 2003).

Als Instrument für die länderübergreifende Vergleichbarkeit und Anerkennung von Abschlüssen dient der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Er ist ein aus acht Niveaustufen bestehendes Raster. Die Einordnung erfolgt nach Dauer und Verortung der Ausbildung. Berufsausbildungen im sekundären Sektor mit Dauer von bis zu drei Jahren werden der Niveaustufe 4 zugeordnet, während ein dreijähriges Bachelorstudium mit Berufszulassung dem Niveau 6 entspricht (Europäische Union, 2008). In Deutschland werden die Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen anders als in den meisten europäischen Ländern nicht im tertiären Hochschulbereich, sondern im sekundären Bildungsbereich erworben (Blum & Grohmann, 2009). Für die Einstufung der medizinischen Assistenzberufe sieht das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gegenwärtig die Niveaustufe 4 vor (Krämer, 2009). Da allein von der Verortung der Berufe im Hochschulsektor nicht auf eine erhöhte Fähigkeit und Kompetenz der Absolventen geschlossen werden kann, wurde 2009 die systematische Studie *Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich* (GesinE) durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen Akademisierung und Kompetenzen sowie die Verwertbarkeit der in unterschiedlichen Bildungssektoren erworbenen Qualifikationsstufen im europäischen Vergleich untersucht (BMBF, 2014). Im Rahmen dieser Studie wurden unter anderem umfassende Qualifikationsanalysen für die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizinisch-technischen Radiologieassistenz (MTRA) sowie der Physiotherapie erstellt. Im empirischen Teil der Studie war der Beruf der MTLA nicht eingeschlossen.

Die Problematik der Vergleichbarkeit und Anerkennung ist auch für MTLA/BMA evident. Vom 18. bis 22. August 2012 fand der Welt-Kongress der International Federation of Biomedical Laboratory Science (IFBLS) in Berlin statt. Ärzte, Wissenschaftler, MTLA/BMA und Auszubildende trafen sich zum internationalen fachwissenschaftlichen und berufspolitischen Austausch. Im Rahmen des Expertenforums zur Zukunft der biomedizinischen Berufe wurden die Entwicklungen in einzelnen Ländern reflektiert. Scharfe Kritik wurde an der deutschen Politik geübt. Die Qualität der deutschen Ausbildung fiel im europäischen Vergleich immer weiter zurück, da der Schritt zur Akademisierung nicht umgesetzt würde. Nach Mendes verstoße dies gegen die Prinzipien der beruflichen Mobilität und Vergleichbarkeit innerhalb Europas (Still, 2012).

Auch die berufstätigen MTLA/BMA schätzen ihre berufliche Situation kritisch ein. Aus Anlass des 40-jährigen Jubiläums des Deutschen Berufsverbands für Technische Assistenten (dvta) gab die Fachzeitschrift *MTADialog* die *MTA-Studie 2009* in Auftrag. Der Hoppenstedt-Verlag befragte die Teilnehmer der Studie unter anderem zu ihrem Selbstbild und ihren Zukunftschancen. Hierbei wurden 1.500 Fragebögen ausgewertet. Mit *nicht gut* bewerteten 83% der MTA ihre Berufsgruppensituation, 64% das Image ihres Berufes in der Öffentlichkeit und 76% die MTA-Zukunftsperspektiven (Riegel, 2009). 45% der Befragten waren MTLA. Die Zahlen wurden nicht für jeden Berufszweig gesondert ausgewiesen. Es ist offen, in welchem Zusammenhang das Ergebnis mit der fehlenden Akademisierung, der ausstehenden Änderung der Berufsbezeichnung und den Regelungen im MTA-Gesetz steht, beziehungsweise auf welche anderen Faktoren es zurückzuführen ist.

Im Mittelpunkt des Interesses der vorliegenden Studie steht, wie die Berufsangehörigen mit den strukturellen und organisatorischen Vorgaben und Rahmenbedingungen ihrer Berufstätigkeit umgehen und sich mit ihnen auseinandersetzen und wie sich dies im praktischen Arbeitsalltag auswirkt. Die Studie ist daher explorativ angelegt und erhebt nicht den Anspruch auf Repräsentativität. Sie soll zum umfassenden Verständnis der beruflichen Situation von MTLA in Deutschland beitragen und Interdependenzen zwischen gesellschaftlichen Strukturen und beruflicher Identität aufzeigen. Durch die Ergebnisse der Studie kann die Professionalisierungsdebatte um die subjektorientierte Perspektive erweitert werden und so zur Anpassung der Qualifizierungswege und Positionierung der Berufsgruppe innerhalb Europas einen Beitrag leisten (vgl. Lauterbach, 2003, 104).

## 1.2 Forschungs- und Erkenntnisstand

Der Strukturwandel innerhalb der Gesundheitsberufe<sup>3</sup> wurde 1982 von Zettel untersucht. Die Grundmerkmale nichtärztlicher Berufsarbeit wurden exemplarisch am Beispiel der MTA erarbeitet, als Beruf, der sich einerseits von unqualifizierter Hilfsarbeit und andererseits von ärztlicher Arbeit abgrenzt und sich innerhalb dieses Handlungsspielraums immer wieder neu behaupten und positionieren muss (Zettel, 1982).

Die Berufsgeschichte der MTA wurde umfassend von Kirchberger 1986 aus historisch-soziologischer Sicht dargelegt. Er beschreibt den Wandel der Qualifikationsanforderungen, die damit verbundenen Veränderungen der Rolle in der medizinischen Versorgung sowie das berufliche Selbstverständnis der MTA über einen Zeitraum von 80 Jahren. Die Zukunft der MTLA sieht er insbesondere durch Mechanisierung und Automatisierung gefährdet. Dies erübrige die Kunstfertigkeit und Verantwortungsbereitschaft von MTLA und reduziere den Beruf auf eine „eingeschränkt-dienende“ Funktion. Das letzte Kapitel endet mit folgendem Fazit:

<sup>3</sup> Mit Gesundheitsberufen sind in dieser Studie die nichtärztlichen Gesundheitsberufe gemeint, welche ursprünglich nicht im Berufsbildungsgesetz verankert waren. In Deutschland befinden sich diese auch heute noch außerhalb des regulären Bildungssystems und sind durch eigene Berufsgesetze auf Bundes- oder Länderebene geregelt. In der Schweiz wurden diese inzwischen unter das BBG gestellt, die Regulierung und Überwachung obliegt aber dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) (vgl. Kapitel 2.1). Die Abgrenzung erfolgt auf der einen Seite gegenüber den Medizinalberufen wie den akademischen Ärzten und Zahnärzten und auf der anderen Seite gegenüber den originären Ausbildungsberufen wie den Medizinischen Fachangestellten.

„Ein so unspezifiziert strukturierter, paramedizinischer Beruf wie die medizinisch-technische Assistenz hat im Rahmen dieser Entwicklungstendenzen keine Chance zu weiterer Profilierung. [...] Der einstige Anspruch des Berufes, flexibles Bindeglied zwischen Naturwissenschaft und Gesundheitsversorgung zu sein, hier Mittlerfunktionen auszuüben, hätte sich also erst wieder zu bewähren. Die Bedingungen hierfür scheinen nicht günstig.“ (Kirchberger, 1984, 245)

Wie sich der Beruf in den letzten 27 Jahren behaupten konnte, wurde meines Wissens nicht berufssoziologisch untersucht. In Anbetracht der Abhängigkeit des Berufs von technischen und gesundheitspolitischen Veränderungen ist davon auszugehen, dass sich die Situation seither grundlegend verändert hat.

Neuere Untersuchungen bezüglich des MTLA-Berufs existieren zu folgenden Themenbereichen:

- Gesundheitsberufe in Rheinland-Pfalz und Luxemburg, darunter auch der Beruf MTA, wurden im Rahmen einer international-vergleichenden *Regionalstudie zur Beruflichen Bildung 2004* gegenübergestellt und analysiert. Unter anderem wurden Perspektiven der Aus- und Weiterbildung, Curricula, historische und aktuelle Entwicklungen, die Arbeitsmarktsituation und die Funktionslogik der Berufsbildungssysteme mittels Datenanalyse und Experteninterviews beleuchtet (Kraus, Müller & Gonon, 2004).
- 2007 publizierte Kachler die Ergebnisse der *Qualifikationsforschung zum Handlungsfeld der biomedizinischen Analytik*. Es wurde untersucht, ob im Ergebnis des MTLA-Ausbildungsprozesses von einer fachlich-professionellen Qualifikation gesprochen werden kann. Das Datenmaterial wurde durch schriftliche Befragung von MTLA mittels eines standardisierten Fragebogens sowie der Inhaltsanalyse problemzentrierter leitfadengestützter Interviews mit MTLA, MTLA mit Managerfunktion und akademischen Laborleitern erhoben.
- Das Bundesministerium für Gesundheit vergab 2008 ein Forschungsgutachten zur *Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen* an das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI). Als Zielsetzungen wurden verfolgt: Darstellung der Entwicklungen der Qualifizierung, Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den einzelnen Qualifizierungen, Aufzeigen neuer Kooperationsformen und Kompetenzen. Konkret untersucht und für jeden Berufszweig separat ausgewiesen wurden die Tätigkeitsbereiche, der Bedarf und die Durchlässigkeit im Berufssystem. Zusätzlich wurden vorhandene Konzepte aus anderen Staaten einschließlich der Schweiz dargestellt und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit analysiert. Folgende methodische Verfahren wurden eingesetzt: Befragung von MTA-Schulen anhand von Fragebögen, eine Krankenhausbefragung, Experteninterviews sowie Sekundäranalysen vorhandener Statistiken (Blum & Grohmann, 2009).
- Im April 2009 wurde vom Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe eine Studie zur Arbeitsmarktsituation und zu Qualifikationsanforderungen an MTLA vorgelegt. Anhand von amtlichen Statistiken, Befragung von Laborärzten und leitenden MTLA sowie der Analyse von Stellenanzeigen wurden Arbeitsmarkt-



situation, Qualifikation und zukünftige Anforderungen und Entwicklungen analysiert, zueinander in Beziehung gebracht und bewertet (Reisch & Christe, 2009).

- Unter dem Titel *MTA-Studie 2009* wurde die berufliche Situation von MTA mittels strukturiertem Fragebogen untersucht. Die Ergebnisse wurden nur auszugsweise analysiert und veröffentlicht (Riegel, 2009).
- Eine *Studie zur Professionalisierungsbedürftigkeit der Handlungsaufgabe MTLA in der Biomedizinischen Analytik* wurde 2010 im Rahmen einer Dissertation von Kachler veröffentlicht. Von Interesse war, mit welchen Kompetenzen die Berufsangehörigen bereits ausgestattet sind und welche sie für einen erfolgreichen Professionalisierungsprozess noch benötigen sowie die Professionalisierungs- beziehungsweise Expertisierungsbedürftigkeit der Handlungsaufgaben per se.
- In der GesinE-Studie wurden eine grundlegende Bestandsaufnahme sowie ein systematischer Vergleich der Gesundheitsberufe in Europa vorgenommen. Im ersten Teil der Studie wurden die in Deutschland bundesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe hinsichtlich Ausbildung, Kompetenzprofilen und gesetzlichen Regelungen mit den entsprechenden Berufen in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich verglichen. Die Ausbildung zur MTLA war in diesem Teil der Studie eingeschlossen (BMBF, 2014).

Die oben genannten Studien erlauben, die aktuelle berufliche Situation von MTLA im Hinblick auf Arbeitsmarkt, Qualifikationsanforderungen in Ausbildung und Beruf sowie der formal-strukturellen Handlungslogik umfassend darzustellen. Es liegt meines Wissens keine Studie vor, die das Arbeitshandeln aus der Perspektive des Subjekts fokussiert. In einigen Studien wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt (Kraus et al., 2004; Kachler, 2007; Blum & Grohmann, 2009), die jedoch eher problem- und objektzentriert ausgewertet wurden. Sie dienten hauptsächlich der Interpretation quantitativ ermittelter Daten und der Rekonstruktion objektivierbarer Merkmale. Die quantitativ erhobenen Daten in der MTA-Studie 2009 (Riegel, 2009) zur subjektiven Einschätzung der beruflichen Situation, Motivation und Berufszufriedenheit lassen sich aufgrund der geschlossenen Fragestellung nicht hinsichtlich der Deutungsmuster analysieren. Die gewählten Begrifflichkeiten weisen eine situativ-kontextuelle Indexikalität auf und sind damit nur über offene Erhebungen zugänglich (Kruse, 2011). Die Frage, wie die arbeitenden Personen mit den strukturellen und organisatorischen Vorgaben ihrer Arbeit umgehen und diese deuten, ist eminent für die Bewältigung der beruflichen Herausforderungen und der aktiven Gestaltung des Arbeitsprozesses. In umfangreichen empirischen Untersuchungen erweist sich die Bewältigung von Unwägbarkeiten und Unbestimmtheiten als zentrale Anforderung an menschliche Arbeit. Dieses setzt subjektivierendes Arbeitshandeln und das damit verbundene praktische Erfahrungswissen als wesentliches Element menschlichen Arbeitsvermögens voraus (Böhle et al., 2011). Die Erhebung und Analyse von subjektiven Deutungsmustern, von Alltagstheorien und Sichtweisen der Berufsinhaber komplementieren als *Wie* die Frage nach dem *Was* und stellen damit einen weiteren Referenzrahmen zur Rekonstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit dar.

### 1.3 Forschungsfrage

Bei subjektorientierten Betrachtungen gibt es eine Fülle von Faktoren, die berücksichtigt werden müssen, um zu ergiebigen Erklärungen der Probleme beruflichen Handelns und des Bewusstseins von Arbeitenden zu gelangen (Bolte, 1983, 21). Die Forschungsfrage wird daher in Anlehnung an die Grounded Theory zu Beginn offen und weit gestellt und erst bei der Analyse der Daten verfeinert und spezifiziert. Dies ermöglicht, für wichtige, bisher nicht bekannte Probleme und Themen Antworten zu finden (Strauss & Corbin, 1996, 21 ff).

Zentrale Frage der Studie ist:

Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Arbeitshandeln erleben MTLA/BMA in Deutschland und in der Schweiz?

Zur Beantwortung werden Berufsmigranten interviewt, die Berufserfahrungen sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz vorweisen können. Durch den subjektiven Vergleich erster Ordnung können Deutungsmuster, die MTLA/BMA ihrem Arbeitshandeln im jeweiligen Land zugrunde legen, zugänglich gemacht werden, da die befragten Personen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten jeweils selbst erlebt haben.

Weitere Teilfragen sind:

- Welche Anpassungsleistungen müssen von den jeweiligen MTLA/BMA durch die Berufsmigration erbracht werden?
- Welche Deutungsmuster legen sie der Bewertung ihrer Berufszufriedenheit zugrunde? Verändern sich diese durch die Migration?
- Welche Deutungsmuster werden zur Bewertung der Zukunftschancen herangezogen? Verändern sich diese durch die Migration?
- Welche Handlungsspielräume können im jeweiligen Land zur Persönlichkeitsentfaltung eingenommen werden, welche Einschränkungen werden erlebt?
- Welche Faktoren werden zur Konstruktion der beruflichen Identität herangezogen? Wie wird die gesellschaftliche Akzeptanz eingeschätzt?

### 1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Studie

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird der Weg über eine international komparative Analyse gewählt. Erstens wird durch den Vergleich zweier Systeme ein kategorialer Vergleichshorizont geschaffen, zweitens werden dadurch internationale Anschlussmöglichkeiten hergestellt und drittens treten dadurch soziale Phänomene besser in Erscheinung. Nach Kohl (2012, 96) können aus der distanzierten Sicht eines von außen kommenden Beobachters die sozialen Institutionen, Normen und Werte, Gewohnheiten und Selbstverständlichkeiten der eigenen Gesellschaft besser betrachtet werden. Die relationale Fremdheit wird so zum methodischen Prinzip. Die Schweiz wurde als Vergleichsland gewählt, da sowohl sprachlich, kulturell sowie bil-

derungspolitisch viele Gemeinsamkeiten mit Deutschland vorliegen (Criblez, 2008). Die Wahl eines Landes mit größtmöglichen Ähnlichkeiten erlaubt auch, mit kleinen Fallzahlen Phänomene auf der Ebene der Systemunterschiede zu ermitteln (Hörner, 1993, 15 ff). Auf erkenntnistheoretischer Ebene entspricht das Forschungsverständnis der Theorie des Symbolischen Interaktionismus, welcher individuelles Verhalten und Bewusstsein aus dem sozialen Prozess heraus erklärt und diesen selbst durch Muster aufeinander bezogenen Handelns strukturiert (Lamnek, 2010, 34 f).

Am Anfang einer Analyse muss der Gegenstandsbereich genau und umfassend beschrieben werden (Mayring, 2002, 21). Der Gegenstandsbereich dieser Studie befindet sich in der Schnittmenge der situativ konstruierten Arbeitshandlungen und der gesellschaftspolitisch strukturierten beruflichen Situation der MTLA/BMA in Deutschland und dem deutschsprachigen Teil der Schweiz.

Die Studie ist so aufgebaut, dass im zweiten und dritten Kapitel die theoretischen Grundlagen darlegt werden und das vierte bis sechste Kapitel den empirischen Teil bilden.

Die berufliche Situation der MTLA/BMA in Deutschland und der Schweiz<sup>4</sup> wird im zweiten Kapitel literaturgestützt gegenübergestellt, aber nicht verglichen. Der eigentliche Gegenstand eines Vergleichs ist nicht die Juxtaposition von Daten, sondern deren funktionale Bedeutung (Lauterbach, 2003, 101), diese aber soll empirisch ermittelt werden. Deshalb beschränkt sich an dieser Stelle die Darstellung auf eine reine Deskription. Aktuelle Berufssituationen sind das Ergebnis sehr unterschiedlicher historisch gewachsener Konstituierungs- und kulturell geprägter Handlungslogiken. Deshalb wird zunächst die gegenwärtige Positionierung der MTLA/BMA-Ausbildung im Bildungssystem in den Kontext der länderspezifischen Berufsbildung eingeordnet. Die Sonderstellung, die die Gesundheitsberufe hier innehaben, entwickelte sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Bedarfslagen, gesellschaftlicher Einflüsse und Traditionen (Kraus et al., 2004) und kann daher nur aus der historischen Perspektive erklärt werden. Die Berufsgeschichte wird unter Bezugnahme auf die Einflussfaktoren skizzenhaft rekonstruiert. Anschließend wird die aktuelle Situation anhand der derzeit gültigen Gesetze und Verordnungen nachgezeichnet, welche Ausbildungsinhalte, Aufgabenfelder und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Anerkennung der Bildungsabschlüsse regeln. Gesundheitspolitische Aspekte werden aus der Perspektive der Labormedizin aufgeführt. Die Darstellung der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation erfolgt anhand von Forschungsdaten. Die Rekonstruktion historischer Entwicklungen und deren Wechselwirkung mit den sich wandelnden gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bildet die Voraussetzung für die Analyse, Interpretation und Bewertung der empirisch erhobenen Daten (Becker & Spöttl, 2008, 26).

Das soziale Phänomen des Arbeitshandelns wird im dritten Kapitel systemtheoretisch reflektiert, um daraus das forschungsleitende Konzept zu entwickeln. Auf theoretischer Ebene wird die Perspektive der subjektorientierten Arbeits- und Berufssoziologie eingenommen, die Zusammenhänge zwischen sozialen Strukturen und individuellem beruflichem Handeln in den Blick nimmt (Bolte, 1983; Baethge, 1991; Klemann,

<sup>4</sup> In der stark föderalistisch geprägten Schweiz haben die Kantone bezüglich des Gesundheitssystems und der beruflichen Bildung eigenständige Entwicklungen durchlaufen. Die Studie bezieht sich, soweit nicht anders angegeben, auf den deutschsprachigen Teil der Schweiz.

2012). Ergänzend werden zwei weitere Konzepte herangezogen, zum einen das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns, das die Bedeutung von prozesshaft-interaktiven, empathischen und intuitiven Aspekten heraushebt (Böhle et al., 2011), zum anderen das Konzept zur Herstellung der narrativen Identität in Interviewsituationen von Lucius-Hoene und Deppermann (2011).

Der eigentliche Hauptteil befindet sich im vierten bis sechsten Kapitel. Zunächst wird die empirische Forschungsmethode offengelegt und methodologisch fundiert. Die Daten werden anhand teilnarrativer, leitfadengestützter Interviews erhoben. Interviewt werden MTLA/BMA, die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben und nun in der Schweiz arbeiten und umgekehrt. Auf diese Weise wird eine Perspektiven-Triangulation vorgenommen (Flick, 2012, 315). Artefakte, die durch die für die Migranten neu erlebte Situation auftreten, können besser kontrolliert und die Validität der Studie damit erhöht werden.

Im fünften Kapitel werden die Interviews zunächst einzeln analysiert, anschließend verglichen und ausgewertet. Durch den nationalen Vergleich erster Ordnung können extern zugeschriebene Arbeits- und Professionsmerkmale mit den subjektiven Erfahrungen abgeglichen und neu überdacht werden (Kruse, 2004). Wissenschaftstheoretisch wird hierbei der Interpretative Approach des Symbolischen Interaktionismus zugrunde gelegt, der sich entgegen dem logischen Empirismus und kritischen Rationalismus auf den gemäßigten Konstruktivismus bezieht, ausgehend von der Vorstellung, dass Werte und Wahrnehmungen von Tatsachen nicht zu trennen sind. Theoretische Konstrukte im Sinne der Grounded Theory werden aus dem Erfahrungsmaterial selbst heraus entwickelt. Der Forscher ist hier im Feld involviert und strebt eine egalitäre Beziehung zu den Befragten an (Heidegger, 2006).

Im sechsten Kapitel erfolgt eine komparative Verdichtung der Daten durch deren Gegenüberstellung mit der beruflichen Situation von MTLA/BMA aus arbeits- und berufssoziologischer Perspektive. Die Interpretation erfolgt situativ-kontextuell, da die soziale Wirklichkeit erst im Zuge der Interaktion von Menschen innerhalb ihrer Umwelt sinnhaft konstruiert werden kann. Folglich dürfen hier keine Wahrheitsfragen gestellt werden, sondern es muss die Frage verfolgt werden, welchen Sinn die so dargestellte Wirklichkeit für die befragte Person im jeweiligen Kontext hat (Helfferich, 2011). Die Ergebnisse der Interviews werden reflexiv an die Fragestellung und den Gegenstandsbereich rückgekoppelt. Das Ziel ist die Entwicklung einer realitätsnahen Theorie, die soziale Phänomene sichtbar macht und den Gegenstandsbereich erhellt (Strauss & Corbin, 1996, 9). Hierbei wird nicht beansprucht, Hilfestellungen für bestimmte Problemlagen zu finden, sondern eher schlüssige Kausalverhältnisse auszumachen und die Multikausalität, Vielschichtigkeit und Komplexität der Berufs- und Bildungsverhältnisse umfassend darzustellen (Caruso, 2010, 6).

Die Studie schließt mit einer kritischen Methodenreflexion und einem Ausblick.

## 2. Die berufliche Situation MTLA/BMA in Deutschland und der Schweiz

### 2.1 Positionierung der Gesundheitsberufe innerhalb des Berufsbildungssystems

In *Deutschland* wirkt heute noch die neuhumanistische Bildungsidee Humboldts nach, die die zweckfreie Allgemeinbildung der beruflichen Bildung entgegengesetzt (Rothe, 2008, VI). Die Berufsbildung wurde in den Verfassungen der deutschen Länder nach 1918 nicht als staatliche Aufgabe gesehen. Das Grundgesetz (GG, 1949) stellt gemäß Art. 7 das gesamte Schulwesen unter die Aufsicht des Staates, geht aber dabei nicht auf die Durchführung von Bildung und Berufsbildung ein. Die Länder sind danach für Bildung und Erziehung allein zuständig. Das GG weist allerdings gemäß Art. 74/11 die Regelung der Wirtschaft dem Bund zu. Daraus wird abgeleitet, dass die betriebliche Berufsausbildung in die Kompetenz des Bundes fällt (Rothe, 2008, 5 ff). Die betriebsgebundene Ausbildung im dualen System gilt in Deutschland als dominierender Weg beruflicher Bildung unterhalb der Hochschulebene. Das duale System ist gekennzeichnet durch die gleichberechtigte Kooperation der Ausbildungspartner Betrieb und Berufsschule, wobei sich hier die Kompetenzen für die Berufsschule auf das Land und für den Betrieb auf den Bund aufteilen. In Deutschland gelang es bisher nicht, parallel zur betrieblichen Ausbildung berufsqualifizierende Vollzeitschulen aufzubauen (Rothe, 2008, 10). Dies zeigen beispielsweise die Zahlen des Statistischen Bundesamtes, wonach 2011 70,1% der Berufsausbildungen innerhalb des dualen Systems, 21,7% im Bereich Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialwesen stattfanden und nur 6,8% an Berufsfachschulen (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2013). Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen nehmen hier eine Zwitterstellung zwischen dem dualen und dem vollzeitschulischen System ein, da einerseits die praktische Ausbildung eine große Rolle spielt und die Schulen über ihre Träger im Berufsfeld verankert sind. Andererseits handelt es sich um eine schulbasierte Ausbildung in Verantwortung der Schulen (Kraus et al., 2004, 32).

Die Berufsausbildung im dualen System sowie die berufliche Weiterbildung und Umschulung werden in Deutschland bundesweit durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt, welches in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Länder fällt. Die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen hingegen unterliegen nicht generell dem BBiG und somit auch nicht der damit verbundenen Kultushoheit der Länder. Die Folge ist eine bis heute andauernde Unübersichtlichkeit des Berufsfeldes, das sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Bedarfslagen entwickelt hat (Kraus et al., 2004, 31 f). Die Unübersichtlichkeit zeigt sich beispielsweise darin, dass zum einen der Bund für 16 Gesundheitsberufe Einzelgesetze erlassen hat, wobei die Überwachung der Ausbildung, die Durchführung der Prüfungen und die Anerkennung als Fachkraft den Ländern obliegt, zum anderen die Länder ihrerseits 31 Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens geregelt haben (Rothe, 2001, 498). Das MTA-Gesetz (MTA-Gesetz, 1994) reiht sich in die Berufszulassungsgesetze für ärztliche und andere

Heilberufe ein, für die der Bund eine Regelungskompetenz nach GG Art. 74/19 besitzt und damit die Ausbildung, Prüfung und Anerkennung staatlich regelt (Raps & Meltzer, 2002, 17).

Auch in der *Schweiz* hat sich historisch eine Trennung zwischen Allgemeinbildung und beruflicher Bildung herausgebildet, die beispielsweise die Sekundarstufe II in zwei getrennte Bereiche unterteilt. Zum allgemeinbildenden Bereich gehören zwei verschiedene Schultypen: das Gymnasium mit der Maturität als Bildungsabschluss und die Fachmittelschulen. Hierbei steht das Gymnasium in der Tradition des deutschen Bildungsbürgertums. Die Fachmittelschulen (FMS) wurden mit weniger hohen Anforderungen vor und nach dem zweiten Weltkrieg als höhere Töchterschulen gegründet und stellten laut Oertle Bürki (2008, 47 f) ein wichtiges Rekrutierungspotenzial für die Gesundheitsberufe dar. Die FMS schließt sich an die obligatorische Schulzeit an und endet nach drei Jahren mit dem zwölften Schuljahr.

Der berufsbildende Bereich ist sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz geprägt durch eine kooperative Form der Regelung zwischen staatlichen Standardisierungsbedarfen einerseits und den betrieblich, regional und lokal vertretenen Interessen andererseits, wobei der Lernort Betrieb eine wichtige Rolle spielt (Frommberger, 2010, 10). In den 1997 veröffentlichten Internationalen bildungsstatistischen Grundlagen ist das Bildungssystem der Schweiz noch charakterisiert durch seine extrem dezentrale politische Struktur und erhebliche intrakulturelle Unterschiede. Die Schulhoheit war grundsätzlich den Kantonen übertragen. Der Bund erließ lediglich Vorschriften über einen Teil der Berufsbildung. In der französischsprachigen Schweiz dominierten im Bereich der Berufsbildung Vollzeitschulen, im deutschsprachigen Raum das duale Ausbildungssystem (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1997, 102). Daneben waren auch die im höheren Berufsbildungsbereich existierenden Höheren Fachschulen aus dem technischen und wirtschaftlichen Bereich durch das Berufsbildungsgesetz (BBG, 2004) geregelt. Sie erforderten keine Hochschulzugangsberechtigung, sondern eine abgeschlossene Berufsausbildung und waren daher nicht eindeutig dem Tertiärbereich zuzuordnen (Oertle Bürki, 2008, 61). Die nichtakademischen Gesundheitsberufe waren nicht bundesrechtlich geregelt, sondern dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), also einer privaten Institution, unterstellt (Späni, 2008, 194). Auch hier war die Ausbildung in einem Übergangsbereich zwischen Sekundarstufe II und Tertiärstufe angesiedelt, da mehr Vorbildung als die obligatorische Schulzeit von neun Jahren und ein Mindestalter von 18 Jahren bei Ausbildungseintritt verlangt wurden. Die Mobilität der Angehörigen der Gesundheitsberufe im europäischen Raum war dennoch erschwert, weil ihre Diplome nicht staatlich anerkannt waren, sondern über das SRK geregelt wurden (Oertle Bürki, 2008, 103 ff).

Die Schweiz geriet international zunehmend unter Druck, weil ihre verglichen mit anderen industrialisierten Ländern sehr niedrige Maturitätsquote und der geringe Anteil tertiärer Abschlüsse in internationalen Vergleichsstudien und Statistiken immer wieder erklärungsbedürftig waren. Besonders kritisiert wurde die Lage der Ingenieure, die durch die Ausbildung an Höheren Fachschulen (HF) nicht über ein im eu-

ropäischen Umfeld anerkanntes Ingenieur-Diplom verfügten (ebd., 1), da die HF bis dahin im europäischen Vergleich niedrig positioniert waren. Insbesondere die Lage der Ingenieure gilt als Auslöser für die Annäherung der Berufsbildung an die Allgemeinbildung (Gonon 2001, 70 f). Eine der ersten bedeutenden Innovationen war die Schaffung der Berufsmaturität als doppelqualifizierender Ausbildungsgang. Sie vereinigt ein Fähigkeitszeugnis für einen Beruf und eine Hochschulzugangsberechtigung. Ende der 90er Jahre wurde die schweizerische Berufsbildung grundlegend reformiert. Nach siebenjähriger Vorbereitungszeit trat 2004 ein neues Bundesgesetz über die Berufsbildung in Kraft. Seither wird die Berufsbildung als gemeinsame Aufgabe von Bund, Kantonen und Organisationen der Arbeitswelt aufgefasst (BBG Art. 1). Es regelt sämtliche Berufsbereiche außerhalb der Hochschulen (BBG Art. 2) einschließlich der nichtakademischen Gesundheitsberufe (Späni, 2008, 188). Seit Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Grundlagen wird ein eidgenössisch anerkanntes Diplom gefordert. Die Registrierung erfolgt weiterhin im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) durch das SRK (Oertle Bürki, 2008, 108). Insgesamt ist es in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten gelungen, das Berufsbildungssystem als ein in sich kohärentes und auf das Bildungssystem bezogenes Ganzes zu etablieren (Barmettler, 2008). Nach BBG Art. 3a wird durch das Gesetz ein Berufsbildungssystem gefördert und entwickelt, das dem Einzelnen die berufliche und persönliche Entfaltung und die Integration in die Gesellschaft ermöglicht sowie die Fähigkeit und Bereitschaft vermittelt, beruflich flexibel zu sein und in der Arbeitswelt zu bestehen.

## 2.2 Historische Entwicklung des Berufsbildes

Die Geschichtsschreibung der Gesundheitsberufe greift auf zwei grundlegende Entstehungsmuster zurück: die Durchsetzung von sozialen und ökonomischen Interessen und die Entwicklung der Berufe als Reaktion auf eine externe Bedarfslage (Zettel, 1982, 31). Die Bedarfslage im Falle des MTLA-Berufs entstand in *Deutschland* durch das zunehmende Arbeitspensum in medizinischen Laboratorien im 19. Jahrhundert, das zunächst durch Assistenzärzte, Volontäre und Laboratoriumsdiener bewältigt wurde. Es wurde jedoch zunehmend schwieriger, männliche Personen für diese schlecht bezahlte Tätigkeit zu finden und so wurde zunächst vereinzelt auf weibliche Arbeitskräfte des Mittelstandes zurückgegriffen. Die Tätigkeit wurde als Liebhaberei, als Anregung zur Fortbildung im Sinne humanistischer Bildungsideale und weniger als Broterwerb verstanden (Kirchberger, 1986, 23 ff). Die Entwicklung zum Ausbildungsberuf ist eng an den Lette-Verein geknüpft, der 1866 als *Verein zur Förderung der Erwerbsfähigkeit des weiblichen Geschlechts* gegründet wurde. Kirchberger führt aus, dass mit dem MTA-Beruf bewusst ein Ausbildungskonzept entworfen wurde, das auf Frauen der mittleren und höheren Gesellschaftsklassen zugeschnitten war (ebd., 17). Als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung wurde der Nachweis des Lyzeumsbesuches bis zur Mittleren Reife oder eine gleichwertige Ausbildung vorausgesetzt, um den Beruf von vornherein auf einen kleinen Kreis von Bewerberinnen zu begrenzen und

eine hohe, quasi-akademische Qualifikation zu schaffen (ebd., 33). Der Lette-Verein begann 1886 in Berlin mit der Ausbildung von *Röntgenphotographinnen* und erweiterte 1902 das Unterrichtsangebot um die Fächer Histologie, Mikroskopie und einfache Harn-, Blut- und Magensaftuntersuchungen (ebd., 42). Das Konzept des Lette-Vereins konnte sich gegen andere Konzepte durchsetzen, die die Trennung der beiden Fachrichtungen Labor und Röntgen im Rahmen der Ausbildung vorsahen. Für die gemeinsame Ausbildung sprach in erster Linie die Absicherung der Berufschancen gegenüber der Gefahr einer zu großen Spezialisierung (ebd., 33). In den verschiedenen Bundesländern wichen die Vorschriften jedoch teilweise stark voneinander ab. In Preußen wurde 1929 die Trennung in zwei Berufsgruppen wieder eingeführt, die Ausbildungsdauer auf eineinhalb Jahre festgelegt, für die Gesamtausbildung in beiden Bereichen waren zweieinhalb Jahre vorgesehen (Kirchberger, 1986, 37).

Eine Neuordnung wurde durch das Gesetz der Krankenpflege von 1938 in die Wege geleitet, das nur noch ausgebildeten Personen erlaubte, im Gesundheitswesen tätig zu sein. Die *Erste Verordnung über die Berufstätigkeit und die Ausbildung medizinisch-technischer Gehilfinnen und medizinisch-technischer Assistentinnen* (MGAV, 1940) beseitigte die Trennung der Bereiche Labor und Röntgen und stellte die einheitliche Ausbildungsform wieder her, schuf aber neu den Beruf der medizinisch-technischen Gehilfin mit einer einjährigen Ausbildungszeit neben dem der medizinisch-technischen Assistentin mit zweijähriger Ausbildung (Raps & Meltzer, 2002, 9). Die einjährige Ausbildung bewährte sich hauptsächlich in den damaligen Kriegsverhältnissen, wurde aber 1958 aufgrund steigender Anforderungen an die Berufsangehörigen wieder eingestellt. Insgesamt sollte die Ausbildung verbessert werden. Es wurde ein halbjähriges Berufspraktikum eingeführt, das nach Abschluss der theoretischen Ausbildung und bestandener Prüfung zu absolvieren war (ebd., 9). Ein Problem stellte die teilweise kurze Verweildauer der Frauen im Beruf dar, bedingt durch Eheschließung oder aufgrund der gesundheitlichen Belastungen. Es gab Überlegungen dahingehend, die berufliche Situation bezüglich Einkommen und Aufstiegsmöglichkeiten zu verbessern, um auch Männer für diesen technischen Beruf gewinnen zu können. Dies gelang jedoch nur sehr begrenzt (Kirchberger, 1986, 47).

Die Neuordnung des Berufsrechtes durch das MTA-Gesetz vom 08.09.1971 sah erneut die Teilung in die Berufszweige Labor und Röntgen vor. Mit der Veterinärmedizinisch-technischen Assistenz (VMTA) wurde ein dritter Berufszweig integriert. Für die Ausbildung waren zwei Jahre vorgesehen, das Praktikum am Ende der Ausbildung entfiel. Laut Zettel (1982, 73) wurde auf die Berufsspaltung zurückgegriffen, um das mittlere Ausbildungsniveau beibehalten zu können. Gleichzeitig wurde die Betätigung in unabhängiger Stellung untersagt. Der Beruf sei von Anfang an durch die zentrale Stellung der ärztlichen Profession gekennzeichnet. Die Arbeitsinhalte seien so gewählt, dass sie zwar Teilaufgaben im Arbeitsprozess der Diagnose und Therapie erfüllen, jedoch ohne den Arzt innerhalb seiner Domäne vom Wissen und den Erfahrungen des nichtärztlichen Berufs abhängig werden zu lassen. Der Arzt erwarte von der BerufsinhaberIn eine Beschränkung auf assistierende Tätigkeiten.

Das Gesetz 1971 wurde durch das derzeit gültige Berufsgesetz 1993 abgelöst. Bereits



1982 war sowohl vom Berufsverband als auch von Fachkreisen eine Neuordnung der Ausbildung gefordert, nicht zuletzt aufgrund der gestiegenen Anforderungen durch die Entwicklung in der Medizintechnik. Wesentliche Veränderungen waren die Verlängerung der Ausbildungsdauer auf drei Jahre, die Einführung eines sechswöchigen Pflegepraktikums und die Aufnahme der Medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik (MTAF). Das Berufsbild der MTAF existierte in den neuen Bundesländern bereits seit 1976. Auch waren dort generell für die Ausbildung seit 1974 drei Jahre vorgesehen (Raps & Meltzer, 2002). Diese Regelungen wurden dort nach der Wiedervereinigung beibehalten. Das MTAG verhinderte somit eine Zersplitterung der Ausbildungen in den alten und neuen Bundesländern. Durch die dreijährige Ausbildung konnte der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.06.1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48EWG (betreffend Hochschuldiplome) Rechnung getragen und damit der Zugang zum Beruf in anderen Mitgliedsstaaten der EU erleichtert werden (ebd.).

Zur Aufarbeitung der Berufsgeschichte der BMA in der *Schweiz* liegen meiner Kenntnis nach bislang keine eigenständigen Arbeiten vor. Einblick in die anfänglichen Entwicklungen bieten Strebel und Zatti in der Biografie über Elisabeth Pletscher, die als Zeitzeugin über ihren Beruf als medizinische Laborantin berichtet, welcher auch in der Schweiz zu Beginn des 20. Jahrhunderts als typischer Frauenberuf entstand. Ursprünglich wurden Laborantinnen aus der Verwandtschaft der Chefarzte rekrutiert. Sie verrichteten ihre Arbeit unentgeltlich oder wurden vom Chefarzt aus eigener Tasche bezahlt (Strebel & Zatti, 2005, 115, 176). Die erste Laborantinnen-Schule wurde 1927 in Bern durch den ungarischen Emigranten Dr. von Riess gegründet. Die Ausbildung war zunächst einjährig, mit Schwerpunkt auf Labor und Röntgen. Elemente der späteren Physiotherapie und Ergotherapie ergänzten den Unterrichtsstoff (ebd., 106f).

Grundsätzlich wurden die Gesundheitsberufe bis Mitte des 20. Jahrhunderts in der Schweiz der Pflege zugeordnet und entstanden durch Abspaltung und Differenzierung des Pflegeberufs. Ein klassisches Beispiel ist das der *Röntgenschwester*, aus der später die Radiologie-Assistentin wurde (Rudolph, 2003, 163). Der zuerst nur den Nonnen vorbehaltene Krankenpflegeberuf wurde Anfang des 19. Jahrhunderts zu einem weltlichen Beruf für bürgerliche Frauen (Bischoff, 1997). Die ersten Absolventinnen der Kurse an der ersten *schweizerischen Schule für Laborantinnen und medizinische Gehilfinnen* gründeten bereits 1930 den *Schweizerischen Verband der medizinischen Laborantinnen* und entwickelten so frühzeitig ein von der Pflege unabhängiges Berufsbild. Zu Beginn des zweiten Weltkrieges setzte sich der Verband dafür ein, dass die Laborantinnen, die sich für den Frauenhilfsdienst meldeten, in ihrem Berufsfeld arbeiten konnten und nicht in den allgemeinen Pflegedienst eingeteilt wurden (Strebel & Zatti, 2005, 159). Eine weitere Forderung des Vereins bestand darin, dass für die Ausbildung zusätzlich ein Praktikum zu verrichten sei. 1941 erreichte der Verband, dass das Wort *Gehilfin* aus der Berufsbezeichnung entfernt wurde.

In den folgenden Jahren trat der Berufsverband für eine umfassende Berufsausbildung ein. Für den Besuch der Schulen sollten zehn Schuljahre vorausgesetzt werden. Zunächst waren Verhandlungen mit dem Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit (BIGA) notwendig, um den Beruf des medizinischen Laboranten vom chemischen und bakteriologisch-hygienischen Laboranten abzugrenzen. Kriterien für die medizinischen Laborantinnen waren die Berufsausübung in Spitälern und Kliniken, die Ausbildung in besonderen Laborantinnenschulen und der Kontakt zu Patienten (ebd., 180). Die Abgrenzung bewirkte, dass der Beruf, wie zuvor schon die Berufe der Krankenpflege, nicht unter das Bundesgesetz gestellt wurde. Mangels einer entsprechenden Bundesstelle für die gesetzliche Regelung wurde mit dem Roten Kreuz um die Anerkennung verhandelt. Zuvor hatte das SRK schon die Regelung der Krankenpflegeberufe übernommen. Der Beruf der medizinischen Laboranten war der erste medizinisch-technische Beruf, der neben den pflegerischen Berufen ab 1962 durch das SRK bundeseinheitlich geregelt wurde, nicht zuletzt aufgrund des Engagements des Berufsverbandes (ebd., 180). Die medizinisch-technische Radiologie wurde erst 1985 unter das SRK gestellt (Oertle Bürki, 2008, 161). 1963 wurden durch den Verband Ausbildungsrichtlinien publiziert. Die damalige Vorsitzende des Berufsverbandes Pletscher gründete 1954 die internationale Vereinigung medizinischer Labortechniker (IAMLT), die sich zum Ziel setzte, einen berufspolitischen und fachlichen Austausch zu fördern, unter anderem durch die Organisation regelmäßiger internationaler Kongresse (Strebel & Zatti, 2005, 194 f). Auf einem solchen Kongress wurde 2012 die deutsche Ausbildung heftig kritisiert (vgl. 1.1). Auf Antrag der IAMLT setzte der Europarat eine Arbeitsgruppe ein, welche Minimalrichtlinien für die Laborantinnenausbildung in Europa ausarbeitete, die weitgehend denen des SRK entsprachen.

### 2.3 Gesetzliche Regelungen der Ausbildung, Weiterbildung und Anerkennung

Die Medizinisch-technischen Assistenzberufe sind in *Deutschland* durch das MTAG (MTA-Gesetz, 1994) geregelt, welches vom Bundestag erlassen wurde und zum 1. Januar 1994 in Kraft trat. Es ordnet die vier verschiedenen Berufszweige, die jeweils eigene Arbeitsfelder mit vorbehaltenen Tätigkeiten aufweisen und so als eigenständige Berufe anzusehen sind. Dies sind die Bereiche Labor, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin. Das Gesetz regelt unter anderem die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen, die Ziele und Inhalte der Ausbildung und die den MTA vorbehaltenen Tätigkeiten.

Die Ausbildungsdauer der MTA-Berufe ist auf drei Jahre festgelegt. Laut MTAG § 3 ist das Ziel der MTLA-Ausbildung die Befähigung, unter Anwendung geeigneter Verfahren labordiagnostische Untersuchungsgänge in der Klinischen Chemie, Hämatologie, Immunologie, Mikrobiologie sowie Histologie und Zytologie einschließlich der Ergebniserstellung und Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle eigenverantwortlich durchzuführen. Es sind sowohl ein theoretischer als auch ein praktischer Unterricht sowie eine praktische Ausbildung vorgesehen. Der Unterricht wird durch staatlich anerkannte MTA-Schulen vermittelt, welche auch die praktische Ausbildung sicherzustellen haben. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung nach § 5 sind neben der

gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs unter anderem ein Realschulabschluss, eine gleichwertige Ausbildung oder eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer. Somit gehören die MTA-Berufe in Deutschland zu den nichtakademischen Gesundheitsberufen (Kraus et al., 2004, 105).

Das Bundesministerium für Gesundheit erließ zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft am 2. August 1993 die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV, 1994), die für die Ausbildung und die staatliche Prüfung Mindestanforderungen festlegt. Der theoretische und praktische Unterricht wird für MTLA auf 3.170 Stunden, die praktische Ausbildung auf 1.230 Stunden festgelegt. Der Unterrichtsanteil der berufsspezifischen Fächer beträgt insgesamt 2.110 Stunden, der medizinischen, naturwissenschaftlichen und allgemeinen Grundlagenfächer 810 Stunden. Die praktische Ausbildung schließt ein sechswöchiges Krankenhauspraktikum mit ein, in welchem die Schüler in solchen Verrichtungen und Fertigkeiten der Krankenpflege zu unterweisen sind, die für ihre Berufstätigkeit von Bedeutung sind. Des Weiteren ist jeweils ein Praktikum innerhalb der Bereiche Histologie/Zytologie, Klinische Chemie, Hämatologie und Mikrobiologie zu verrichten. Die sachliche und zeitliche Zuordnung der Ausbildungsinhalte zu den einzelnen Ausbildungsjahren wird den einzelnen Schulen überlassen. Eine bestimmte Anzahl Stunden ist zur freien Verteilung auf die Fächer vorgesehen, um einer möglichst praxisnahen Ausbildung Rechnung zu tragen (Raps & Meltzer, 2002).

Die Akademisierung der MTA-Berufe wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass eine Überarbeitung der Ausbildung längst überfällig ist. Neben der inhaltlichen Modernisierung und dem Einsatz neuer Lernformen, zeichnet sich auch die Notwendigkeit nach strukturellen Veränderungen ab, um durch eine Qualitätssteigerung die Zukunftsfähigkeit des Berufsbildes zu gewährleisten (Evans & Schalk, 2007). Durch die im Rahmen der von Reisch und Christe (2009) durchgeführten Befragungen von Laborärzten und leitenden MTLA wurden unter anderem folgende Veränderungen im Berufsalltag beschrieben: Zentralisierung durch Übernahme und Zusammenlegung von Laboren und Bildung von Laborgemeinschaften sowie Leistungsübernahme von niedergelassenen Ärzten; technische Veränderungen durch Vollautomatisierung, neue Technologien und patientennahe Sofortdiagnostik (POCD); Einführung neuer Laborsoftware; Erweiterung der fachlichen Aufgaben z.B. durch Qualitätssicherung und Dokumentationspflichten (ebd., 38). Die Erhöhung der Produktivität der Arbeit führt zu einer Arbeitsverdichtung, die einerseits hohe Fachlichkeit und andererseits Können und Wissen im Bereich fachübergreifender Qualifikationen voraussetzt. Die zunehmende Automatisierung verändert einen Teil der ursprünglichen Anforderungsbereiche. Soft Skills wie Verantwortungsbewusstsein, Teamfähigkeit und Belastbarkeit oder Technikverständnis werden an Bedeutung gewinnen (ebd., 46). Kachler (2010) prognostiziert zwei parallele Entwicklungen: die Spezialisierung und die Generalisierung. Zukünftig werden neben den *All-roundern*, die aufgrund der Arbeitsverdichtung die gesamte Palette der Laboruntersuchungen überblicken und die Ergebnisse zusammenhängend validieren können, auch *Spezialisten* gebraucht, die über ein vertieftes Fachwissen verfügen. Er leitet daraus die Notwendigkeit einer gestuften Ausbildung ab, die zwischen Hilfspersonen, Fachpersonen und Leitungspersonen differenziert. Generell wird in Deutschland der Bedarf an akademisch qualifizierten MTLA eher gering eingeschätzt. Bei der durch

das Deutsche Krankenhausinstitut durchgeführten Befragung von Krankenhäusern und MTA-Schulen waren sich beide Gruppen einig, dass akademisch qualifizierte MTA in erster Linie für bestimmte Positionen in ausgewählten Einrichtungen in Betracht kommen. Einen generellen Bedarf für akademische MTA sahen nur wenige der Befragten (Blum & Grohmann, 2009, 90 f).

Bezüglich Fragen der Weiterbildung fehlt in Deutschland ein umfassendes Gesetz. Die Kompetenzbereiche liegen für Gesundheitsberufe bei den Ländern (Rothe, 2008, 47). Nach dem Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) gibt es aktuell im Bereich der Pflege zahlreiche Weiterbildungsregelungen der Länder für spezielle Funktionsbereiche, für MTLA sind insgesamt nur zwei Weiterbildungen gesetzlich geregelt. Daneben gibt es eine große Zahl an Weiterbildungen durch private Anbieter, allen voran das *Deutsche Institut zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin (DIW)*, das als eingetragener Verein eng mit dem Berufsverband *dvta* zusammenarbeitet. Das DIW weist ein umfangreiches Angebot, teilweise im Modulsystem, für alle vier Berufszweige vor, bietet jedoch keine Anschlussmöglichkeiten im allgemeinen Bildungssystem. Der Übergang in den Tertiärbereich nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung ist in Deutschland generell schwierig, da sowohl die Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe als auch die Berufe des dualen Systems nicht als Bildungsstufe im öffentlichen Bildungssystem einbezogen sind. Nach Rothe ist, solange es keine Instanz gibt, die die Gräben der getrennten Rechtssphären beruflicher Bildung überbrückt, auch keine nachhaltige Besserung der Lage in Sicht (ebd., 498).

Die Anerkennung ausländischer Ausbildungen erfolgt auf Antrag durch die jeweiligen Landesbehörden gemäß der EU-Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/35/EG für Abschlüsse aus den EU-Mitgliedsstaaten. Generell konnte das Anerkennungsverfahren durch das Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) 2012 bundesweit vereinheitlicht werden. Da die Zugangsvoraussetzungen zur MTLA-Ausbildung im europäischen Vergleich sehr niedrig angesetzt sind, werden ausländische Diplome in der Regel bei vergleichbaren Unterrichtsinhalten und Praxisanteilen in Deutschland anerkannt.

In der *Schweiz* wurde 2005 die Berufsbezeichnung *Medizinischer Laborant* durch den *Biomedizinischen Analytiker* ersetzt (MiVo-HF, 2005). Durch die veränderte Bezeichnung sollte die Abgrenzung von den durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) reglementierten Laborberufen deutlich werden (Oertle Bürki & Plattner, 2003). Der Beruf wird durch den Rahmenlehrplan der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté vom 27.05.2008 auf Grundlage des BBG geregelt (OdASanté, 2012). Der Rahmenlehrplan dient als verbindliche Vorgabe für das Erarbeiten von Bildungsgängen durch die Bildungspartner Schule und berufliche Praxis. Die Ausbildung baut auf einem Abschluss der Sekundarstufe II auf und ist in den Bereich der Tertiärstufe B<sup>5</sup> einzuordnen. Als Voraussetzung gilt eine abgeschlossene mindestens dreijährige Grundbildung oder die Berufs-, Fach- oder gymna-

<sup>5</sup> Die Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) hat mit der International Standard Classification of Education (ISCED) den Bildungsbereich vertikal in drei Hauptebenen gegliedert: den Primär-, Sekundar- und Tertiärbereich. In der revidierten Fassung von 1997 ist der Tertiärbereich horizontal in theoretisch orientierte (5A) und beruflich-praktisch orientierte (5B) Ausbildungen unterteilt (Pauli, 2001)

siale Matura oder ein gleichwertiger Abschluss. Aus Sicht des Berufsverbands *labmed* ist die Ansiedelung der Ausbildung auf der Tertiärstufe für die Erhaltung der guten Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens unabdingbar. Begründet wird diese These unter anderem durch folgende Argumente: Das Arbeitsfeld wird komplexer, immer weniger Personal muss in immer kürzerer Zeit Ergebnisse liefern, Berufsangehörige haben meist die alleinige Verantwortung für überlebenswichtige Laborresultate an Nacht- und Wochenenddiensten, häufig ist das Arbeiten in mehreren Fachbereichen gleichzeitig notwendig (Oertle Bürki & Plattner, 2003).

Das Arbeitsfeld der BMA umfasst alle Aufgaben des medizinischen Labors im Bereich der Human- und Veterinärmedizin sowie Aufgaben in der biomedizinischen Forschung. Sie arbeiten in der Regel auf ärztliche Verordnung in den Fachbereichen Hämatologie und Hämostaseologie, Histologie/Zytologie, Immunhämatologie/ Transfusionsmedizin, Klinische Chemie und Klinische Immunologie sowie Mikrobiologie. Der Rahmenlehrplan gliedert das Arbeitsfeld in die fünf Arbeitsprozesse Analytik, Qualitätsmanagement, Organisation und Zusammenarbeit, Entwicklung und Innovation sowie Wissensmanagement und Berufsentwicklung. Jeder Prozess wird in den folgenden vier Schritten beschrieben: Informieren, Planen, Realisieren und Evaluieren. Somit wird die Komplexität und Verantwortung der beruflichen Praxis berücksichtigt und den international gültigen Standards der IFBLS Rechnung getragen. Für Inhaber des Abschlusses der Sekundarstufe II beträgt die Mindestdauer der Vollzeitausbildung drei Jahre mit mindestens 5.400 Lernstunden, wovon 40-50 % auf den schulischen Anteil, 40-50 % auf den praktischen Anteil und 10-20 % auf den Bildungsteil Training und Transfer fallen. Hierbei hat die Schule den Auftrag, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass im Praktikum die Kompetenzen zur Bewältigung des Arbeitsprozesses erworben werden können. Der Anteil an grundlegenden allgemeinen sowie gesundheits- und laborspezifischen Themen umfasst zusammen rund 30 %, an fachspezifische Themen rund 70 %. Die fachspezifischen Themen beziehen sich auf die Bereiche Hämatologie/Hämostaseologie, Histologie/Zytologie, Immunhämatologie/Transfusionsmedizin, Klinische Chemie/Klinische Immunologie und Mikrobiologie. In diesen fünf Fachbereichen sind sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktische Fertigkeiten zu vermitteln. Praktika werden in Einrichtungen absolviert, die die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Der Bildungsteil Training und Transfer dient der Unterstützung des Kompetenzerwerbs und der Vernetzung von Theorie und Praxis, beispielsweise anhand der Bearbeitung von Fallbeispielen. Er wird von der Schule und den Praktikabetrieben zu gleichen Teilen gestaltet. Der Rahmenlehrplan ermöglicht bei einschlägigen Voraussetzungen, die Ausbildungsdauer auf zwei Jahre zu verkürzen, das Verhältnis der Theorie- und Praxisanteile verändert sich dadurch nicht. Eine weitere Möglichkeit besteht in der berufsbegleitenden Ausbildung. Hier werden Arbeitszeiten als Praktikumszeiten anerkannt, die Ausbildungszeit kann sich aber insgesamt verlängern.

Bezüglich Weiterbildung wird in der Schweiz zwischen höherer Berufsbildung, die auf eine vorangehende Ausbildung aufbaut, und beruflicher Weiterbildung unterschieden. Allgemeine Vorgaben sind in Art. 2 des BBG enthalten. Nach BBG Art. 31 haben die Kantone für ein bedarfsgerechtes Angebot beruflicher Weiterbildung zu sorgen (Rothe, 2008, 47). Etwa dreizehn Kantone bieten beispielsweise im Gesundheitsbereich Kurse für Wiedereinsteigende an (Grüning & Dolder, 2009, 40). Die höhere Berufsbildung baut auf der beruflichen Grundbildung auf und ist staatlich geregelt. Sie

findet im Rahmen der nichtuniversitären tertiären Bildungsstufe statt und bereitet auf Berufstätigkeiten in mittleren Führungspositionen vor. Die Ausbildung BMA eröffnet laut Rahmenlehrplan der OdASanté Anschlussmöglichkeiten innerhalb der Tertiärstufe B, beispielsweise zur Höheren Fachprüfung Experte in Biomedizinischer Analytik und Labormanagement, zu Nachdiplomkursen oder Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen sowie anderen Bildungsgängen der Fachhochschule (FH) und zur Tertiärstufe A.

Die Anforderungen an das Lehrpersonal sind in der Verordnung über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) geregelt. Lehrkräfte sollten über einen Hochschulabschluss, den Abschluss einer höheren Fachschule oder über eine gleichwertige Qualifikation verfügen, hauptberufliche Lehrer zusätzlich über eine berufspädagogisch-didaktische Bildung im Umfang von 1.800 Lernstunden, nebenberufliche über 300 Lernstunden.

Gestützt auf Leistungsverträge mit dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und der GDK ist in der Schweiz das SRK für die Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse von Gesundheitsberufen zuständig. Die Anerkennung in biomedizinischer Analytik stützt sich auf das BBG und die Berufsbildungsverordnung sowie die EU-Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/35/EG für Abschlüsse aus den EU-Mitgliedsstaaten.

Die Anerkennung wird seit Inkrafttreten des Rahmenlehrplans auf dem Niveau Höhere Fachschule (HF) vorgenommen. Es wird seitens des SRK ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ausländische Ausbildungsabschlüsse, die auf der Sekundarstufe II abgeschlossen wurden, nur geringe Chancen auf Anerkennung haben. Als Ausgleichsmaßnahmen können Anpassungslehrgänge und/oder Zusatzausbildungen absolviert beziehungsweise eine Eignungsprüfung abgelegt werden (Schweizerisches Rotes Kreuz, o. J.).

## 2.4 Gesundheitspolitische Aspekte aus labormedizinischer Perspektive

Sowohl in der ambulanten als auch stationären Patientenversorgung spielt die Labormedizin eine bedeutende Rolle. Etwa 70 % der medizinischen Entscheidungen werden auf Basis von Laborresultaten getroffen (Still, 2013). In Deutschland wurde bei Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) vor zehn Jahren befürchtet, dass sich die Laboranforderungen im stationären Bereich deutlich verringern. Dies bestätigte sich in dieser Weise nicht, da zum einen eine zeitnahe Diagnostik zur Verkürzung der Liegedauer als wichtiger Kostenfaktor beitragen kann, zum anderen die Kodierung bestimmter Diagnosen mit Hilfe von Laborresultaten zu einer erheblichen Erlössteigerung führt (Hoffmann, 2009). Die Kosten für die Labormedizin sind im Verhältnis zu den Gesamtausgaben im Gesundheitssystem sehr gering. Einschließlich Personal- und Sachkosten beträgt ihr Anteil circa 1,5 % an den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) (Aufenanger, Schernikau & Wieland, 2010). Dennoch führt der Kostendruck dazu, dass vor allem am Krankenhauslabor gespart wird. Nur noch 22 % der Krankenhäuser in Deutschland besaßen im Jahr 2003 eine Abteilung für Labormedizin. Davon stehen nur 7,3 % unter laborärztlicher Leitung. Der Trend zum Outsourcing und das Festhalten an Laborstrukturen ohne fachliche Leitung sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass vor allem die Klinische

Chemie als technische Dienstleistung gesehen wird, die keiner medizinisch-fachlichen Aufsicht bedarf (ebd., 272). In der *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen* ist zwar vorgesehen, dass ein medizinisches Laboratorium einer fachlich qualifizierten Leitung unterstellt sein muss, die Art der Qualifikation ist aber nicht geregelt (Bundesärztekammer, 2012).

Im ambulanten Sektor reichen die seitens der GKV zur Verfügung stehenden Mittel seit der Laborreform 1999 nicht mehr aus, um den medizinisch begründeten Laboraufwand zu decken. Dies führt dazu, dass die Laborärzte die tatsächlich entstehenden Kosten für Laboruntersuchungen für gesetzlich Versicherte nicht mehr voll erstattet bekommen. Derzeit erhalten sie eine Erstattungsquote von 89,18% (Wiegel, 2013a). Am 26. Juni diesen Jahres protestierten deutsche MTA und Laborärzte gemeinsam unter dem Motto „Die Unsichtbaren sichtbar machen“ gegen die Unterfinanzierung in der Laboratoriumsmedizin (Still, 2013).

Beim europäischen Vergleich der Kassentarife zur Vergütung von Laborleistungen wird ersichtlich, dass in Deutschland sehr wenig Mittel zur Verfügung gestellt werden. So wird beispielsweise derzeit ein Kleines Blutbild mit € 0,50 vergütet, in der Schweiz umgerechnet mit € 6,40 (Wiegel, 2013a).

In der *Schweiz* wurden die DRG erst 2012 flächendeckend nach deutschem Vorbild eingeführt. Das Fachgebiet der Laboratoriumsmedizin wird im DRG-Katalog nicht aufgeführt. Das Labor wird zu den leistungserbringenden Kostenstellen gezählt, deren Totalkosten auf die Kostenträger verrechnet werden und deshalb nicht auf den einzelnen Fall zurückgeführt werden können (Risch, 2011). Laut Schweizerischer Union für Labormedizin (SULM) ist das Labor im schweizerischen DRG-System (SwissDRG) untervertreten. Deshalb wurde eine Möglichkeit geschaffen, teure Labordiagnostik mittels der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) zu codieren, um durch die Erfassung der Laborleistungen die Auswirkungen gezielt eingesetzter Labordiagnostik aufzuzeigen und gegebenenfalls Anpassungen am SwissDRG vornehmen zu können. Die Labormedizin macht nur zwei bis drei Prozent der gesamten Aufwendungen der Gesundheitskosten in der Schweiz aus (Holler & Huber, 2010). Dennoch gelten auch die Krankenhauslabore in der Schweiz als teuer und die Ausgliederung wird häufig diskutiert (Minder, 2000).

Die *Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor* (QUALAB) hat ein Konzept vorgelegt, welches abhängig vom Labortyp festlegt, welche Anforderungen an die Laborleitung zu stellen sind. Laboratorien, die Analysen der Grundversorgung durchführen (Typ A) oder ausschließlich auf die Bedürfnisse des Standortspitals ausgerichtet sind (Typ B), können von BMA geleitet werden. Die regelmäßige Beratung und Supervision durch einen Mediziner oder durch eine Person mit einem gleichwertigen akademischen Titel muss gewährleistet sein. Laboratorien an öffentlichen Instituten (Typ C) und Privatlabore (Typ D) sind durch einen FAMH-Titelträger zu leiten. Hierbei handelt es sich um Kandidaten, die nach erfolgreich abgeschlossenem Hochschulstudium eine einschlägige Weiterbildung zum Spezialisten für labormedizinische Analytik abgeschlossen haben. Der Titel wird vom Verband der medizinischen Laboratorien in der Schweiz (FAMH) verliehen und überwacht. Diese Regelungen sind zwingend für Analysen, die zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung durchgeführt beziehungsweise über diese abgegolten werden (QUALAB, 1999).

## 2.5 Gegenwärtige Arbeitsmarktsituation

Bei der Beurteilung der gegenwärtigen Situation in *Deutschland* stellt die gemeinsame Darstellung der MTA-Berufe in den Statistiken der Bundesagentur und des Statistischen Bundesamtes ein Problem dar (Reisch & Christe, 2009, 27). Der Anteil der MTLA an den MTA-Berufen beträgt 47 %. Die berufliche Situation unterscheidet sich zum Teil erheblich. So nahm beispielsweise von 2000 bis 2007 die Zahl der an den Krankenhäusern tätigen MTLA um 14 % ab, während die Zahl der MTRA in dieser Zeit leicht anstieg (ebd., 31).

Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen stellen die meisten Arbeitsplätze für MTLA, deshalb hängen die Beschäftigungsmöglichkeiten stark von den Entwicklungen im stationären Sektor des Gesundheitswesens ab. Der Beruf stößt als typischer Frauenberuf in anderen Wirtschaftsbereichen bisher nur auf eine geringe Nachfrage (ebd., 27). Die Arbeitslosigkeit unter MTLA ist verglichen mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen relativ gering, jedoch ist für arbeitslose MTLA die Möglichkeit, wieder in Arbeit zu kommen, nicht ohne Weiteres gegeben und mit zunehmendem Alter schwieriger. Die Wiederbeschäftigungsquote liegt bei unter 40 %. Möglicherweise ist der Rückgang der Arbeitslosenquote mit anderen Ursachen, wie der Aufnahme eines Studiums oder der Rückkehr in die Familie, verknüpft (ebd., 29). Auch wird erwartet, dass sich die Nachfrage nach ausgebildeten MTLA in Krankenhäusern in den nächsten Jahren nicht erhöhen wird (ebd., 46). Die Schulen bilden bezogen auf die vorhandenen Arbeitsplätze in stationären Einrichtungen und Krankenhäusern deutlich mehr MTLA aus, als reelle Chancen bestehen, in diesen Einrichtungen eingestellt zu werden (ebd., 30). Deshalb wird erwartet, dass jüngere ausgebildete MTLA zunehmend Schwierigkeiten haben werden, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden (ebd., 46). 2007 bestanden in Deutschland insgesamt 1.393 MTLA die Abschlussprüfung und standen damit dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. (ebd., 45). Die Beschäftigungsverhältnisse für MTLA haben sich dahingehend verändert, dass Teilzeitbeschäftigung und geringfügige Beschäftigung deutlich zugenommen haben. Eine Verdrängung vom Arbeitsmarkt durch die Beschäftigung weniger qualifizierten Personals, wie beispielsweise durch Medizinische Fachangestellte, ist nicht zu beobachten (ebd., 28).

Die Arbeitsmarktberichterstattung (Bundesagentur für Arbeit, 2011) gibt eine steigende Beschäftigung in den Gesundheitsberufen von 2000 bis 2010 von 21 %. Im Bericht werden lediglich Berufsgruppen dargestellt. Die MTLA sind den Medizinallaboranten zugeordnet. Die Zahl der Beschäftigten dieser Berufsgruppe stieg im dargestellten Zeitraum von 83.000 auf 86.500 an. Der Jahresdurchschnitt der Arbeitslosen sank von 5.000 auf 1.800, die Zahl der gemeldeten Arbeitsstellen war jedoch relativ niedrig. Sie schwankte zwischen 200 und 900 und lag im Mittel bei 600. Dies zeigt, dass der Rückgang der Arbeitslosigkeit nicht auf eine Zunahme der freien Stellen zurückzuführen ist.

Zur Beurteilung der Arbeitsmarktsituation in der *Schweiz* liegen nur wenige Studien vor. Es wurden die Daten des Nationalen Versorgungsberichts für das nichtärztliche Gesundheitspersonal der GDK und OdASanté herangezogen (Grüning & Dolder, 2009). Die Interpretation der Daten ist erschwert durch die weitgehend gemeinsame Abbildung der medizinisch-technischen Berufe und die Nichterfassung von Berufstä-



tigen in privaten Laboren, Praxen und Instituten. Insgesamt wird festgestellt, dass in allen Berufsgruppen der zu erwartende Bedarf nicht durch neu zugeführte Fachleute gedeckt werden kann (ebd., 9) und sich in der Biomedizinischen Analytik aktuell schon ein spürbarer Mangel abzeichnet (ebd., 13). Derzeit bestehen große Schwierigkeiten bei der Besetzung neuer Stellen. Das Gesundheitssystem ist auf die Rekrutierung von ausländischem Personal angewiesen. Der Anteil der Bewerber aus dem Ausland ist groß (ebd., 45). Insgesamt ist derzeit ein Drittel der Mitarbeitenden in den Spitälern ausländischer Nationalität (ebd., 18).

Die Zahl der ausgegebenen BMA-Diplome nahm von 2000 bis 2007 kontinuierlich von 191 auf 143 ab. Im Jahr 2008 konnten gerade noch 112 Diplome in der gesamten Schweiz verzeichnet werden (ebd., 23). Für die medizinisch-technischen Berufe insgesamt wird bis zum Jahr 2020 unter Einberechnung der demografischen Entwicklungen ein ausgesprochener Mangel erwartet (ebd., 53). Zur Beseitigung werden verschiedene Maßnahmen geplant, teilweise auch schon umgesetzt, beispielsweise Schnuppertage in Schulen, Bildungsangebote für Wiedereinsteiger, Schaffung attraktiver Ausbildungsangebote für Quereinsteiger und attraktiver Arbeitsplätze zum Personalerhalt (ebd., 67).

Auf der Basis von Betriebszählungen wurden vom Bundesamt für Statistik die Beschäftigten im Gesundheitswesen zwischen 1995 bis 2005 erfasst. In dieser Statistik wurden nicht die Berufe, sondern lediglich die Arbeitsstätten ausgewiesen. Die Anzahl der Beschäftigten in Medizinischen Laboren (krankenhausextern) stieg innerhalb des erfassten Zeitraums von 3.394 auf 4.708, die Zahl der Vollzeitbeschäftigten sank von 63 % auf 57 %. Der Anteil der männlichen Beschäftigten lag im gesamten erfassten Zeitraum unter 30% (Rossel, 2007).

Eine weitere aktuelle Untersuchung zur Lage der Gesundheitsberufe liegt für den Kanton Bern vor. Die Zahl der in staatlichen Instituten beschäftigten BMA stieg hier in den Jahren von 2005 bis 2008 von 416 auf 431. Die Arbeitsstellen befinden sich nahezu ausschließlich im Akutbereich der Krankenhäuser. Es wird angenommen, dass etwa weitere 216 Personen in privaten Laboren, Praxen und Instituten tätig sind. Vor allem private Labore werden zukünftig an Bedeutung gewinnen, da zahlreiche Spitäler und Kliniken keine oder nur noch eingeschränkte eigene Laboratorien haben und die Diagnostik auf private Anbieter übertragen (Dolder, 2010).

### 3. Subjektivität, Arbeitshandeln und Identität

#### 3.1 Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie

Prozesse der Vermarktlichung, Rationalisierung und Umstrukturierung sowie Veränderungen der Handlungsspielräume der Arbeitskräfte wirken sich nicht nur auf die Gesundheitsberufe aus, sondern kennzeichnen generell die Arbeits- und Industriegesellschaft. Theorien und Konzepte der allgemeinen Arbeits- und Berufssoziologie können daher zur Befruchtung und Erweiterung des gegenwärtig professionsorientierten Diskurses der Gesundheitsberufe beitragen.

In der tayloristisch-fordistisch geprägten Rationalisierung galt es, die Arbeitskräfte als Subjekte weitgehend auszuschalten und dispositiv-planerische Tätigkeiten auf Vorgesetzte und das Management zu übertragen (Kleemann, 2012; Böhle, 2004, 29). Seit einigen Jahren ist in der Arbeits- und Berufssoziologie von einer *Wiederentdeckung des Subjekts* (Lohr, 2003) beziehungsweise einer *neuen Logik der Rationalisierung* (Moldaschl & Voß, 2002) die Rede. Die Bedeutungszunahme der Subjektivität reicht bis in die 70er/80er Jahre zurück (Bolte, 1983; Beck, Brater & Daheim, 1980) und wird unter dem Topos *Subjektivierung von Arbeit* subsumiert, wobei insgesamt ein erweiterter Zugriff auf das Arbeitsvermögen festgestellt wird. Im Zentrum der Debatte steht ein veränderter Stellenwert von Subjektivität in der Erwerbsarbeit. Die Arbeitswelt des Taylorismus-Fordismus stellt nach wie vor einen impliziten Bezugspunkt dar. Die Veränderungen bezüglich des Stellenwertes vollziehen sich je nach Branche oder Tätigkeitsbereich unterschiedlich. Ursächlich wird die gestiegene Informatisierung und zunehmende Technisierung gesehen, die vom Arbeiter ein immer höheres Abstraktionsvermögen erfordert, da er vermehrt selbst einen konkreten sinnlichen Bezug zur Arbeit herstellen muss (Kruse, 2004, 86 f). Ein Ziel besteht daher darin, verschiedene Typen beziehungsweise Formen subjektiver Arbeit zu identifizieren und zu systematisieren (Kleemann, 2011). Als problematisch erweist sich jedoch die Bestimmung des Subjektivitätsbegriffs, welche zunächst noch weitgehend ausgeklammert war und sich inzwischen über mehrere Phasen in verschiedenen Forschungstraditionen disparat entwickelt hat (Traue, 2005). Daher soll im Folgenden der Begriff der Subjektivität theoretisch verortet und anschließend mit den Begriffen Arbeitshandeln und Identität in Beziehung gebracht werden. Dies soll offenlegen, aus welcher Perspektive der subjektorientierte Vergleich des Arbeitshandelns im empirischen Teil dieser Studie vorgenommen wird.

#### 3.2 Subjektivität

Die Erwerbsarbeit unterliegt einem doppelten Subjektivierungsprozess (Kleemann, Matuschek & Voß, 2003): Die Individuen tragen verstärkt subjektive Ansprüche an ihre Arbeit heran und die Betriebe haben einen erhöhten funktionalen Bedarf an Subjektivität. Der erste Aspekt wurde bereits 1991 von Baethge unter dem Begriff der *normativen Subjektivierung* erörtert. Normativ versteht er

„im Sinne der Geltendmachung persönlicher Ansprüche, Vorstellungen und Forderungen in der Arbeit, im Gegensatz zu solchen Momenten von Handlungsspielraum

*und Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse, die aus dem funktionalen Interesse des Arbeitsprozesses zugestanden werden." (7).*

Er spricht von einer Verstärkung der berufsinhaltlichen, kommunikativen und expressiven Ansprüche. In Interviews mit Facharbeitern standen drei Kriterien im Vordergrund: dass die Arbeit Spaß mache, dass es eigene Arbeit im Sinne von selbstverantwortlichem Handeln sei und dass die Arbeit der Entfaltung eigener Qualifikationen und der Kompetenzerweiterung diene. Dies seien keine neuen Ansprüche, allerdings sei die Vehemenz, mit der diese eingefordert werden und sich auch auf Weiterbildungs- und Umorientierungsaktivitäten außerhalb der Arbeit niederschlagen, neu. Ursächlich seien der Strukturwandel der Beschäftigung hin zur Dienstleistungstätigkeit und Wissens- und Qualifikationsarbeit, der Wandel der Arbeit selbst hin zu komplexen Tätigkeitszuschnitten und die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen, letzteres insbesondere durch die stärker bedürfnisbezogene Arbeitsteilung im Reproduktionsbereich sowie die weniger durch das Erwerbsleben geprägte Sozialisation (ebd., 14)<sup>6</sup>.

Auf der anderen Seite wird die Subjektivität auf betrieblicher Seite auch immer stärker gefordert, da Arbeitssituationen zunehmen, die von Arbeitern und Angestellten Urteils- und Interpretationsfähigkeit sowie eine situationsbezogene Aktualisierung ihrer fachlichen Kompetenz verlangen. „Insofern könnte sich [...] eine Korrespondenz von lebensweltlich generierten Ansprüchen und internen Organisationsinteressen des modernen Wirtschaftssystems einpendeln" (Baethge, 1991, 13).

Der Subjektivitätsbedarf von Organisationen ergibt sich daraus, dass die Regeln, Routinen und Vorgehensweisen nur unvollständig vorab definiert werden können und so der situationsbezogenen kompetenten Korrektur und Anpassung bedürfen. Doch diese Verwertungsinteressen passen nicht zwangsläufig zu den Arbeitskraftinteressen, da diese nicht gänzlich ökonomisiert werden können (Minssen, 2012). Die gegenwärtige Debatte der Arbeitsforschung ist die gezielte Einbindung und Verwertung von Subjektivität im Arbeitsprozess beziehungsweise der institutionalisierte Versuch, das *Gold in den Köpfen* zu nutzen (Traue, 2005, 10 f). Lohr (2003) konstatiert, dass Beschäftigte zunehmend einem Zwang zur Selbst-Motivation, Selbst-Kontrolle und Selbst-Organisation ausgesetzt sind. Dies führt dazu, dass Zweifel an der Aufwertung der Subjektivität in Gang gesetzt werden, da das Subjekt selbst Gefahr läuft, objektiviert zu werden. Foucault greift diese Problematik auf, wenn er schreibt:

*„Das Wort Subjekt hat zwei Bedeutungen: Es bezeichnet das Subjekt, das der Herrschaft eines anderen unterworfen ist und in seiner Abhängigkeit steht; und es bezeichnet das Subjekt, das durch Bewusstsein und Selbsterkenntnis an seine eigene Identität gebunden ist." (Foucault, 2005, 275)*

Er nimmt jedoch an, dass das Individuum erst durch den Kampf gegen die Objektivierung zum Subjekt wird. Baethge (1991) räumt ein, dass der Arbeiter bewusst kalkuliert, inwieweit er sich auf welche Art von Arbeit einlässt.

<sup>6</sup> Der Beruf MTLA/BMA ist von Anfang an durch die Attribute Dienstleistungstätigkeit, Wissens- und Qualifikationsarbeit, komplexe Tätigkeitszuschnitte und Frauenerwerbstätigkeit gekennzeichnet. Insbesondere letzteres führte zu einer vergleichsweise geringen Berufsverweildauer. Entgegen der allgemeinen Berufsentwicklung verweist Kirchberger (1986) darauf, dass der Stellenwert dieser Attribute im Verlauf der Berufsentwicklung der MTA eher abnahm (vgl. ebd., 44).

Die MTLA/BMA ist in mehrfacher Weise gefordert, da neben dem medizintechnischen Fortschritt und der zunehmenden Informatisierung der Arbeit auch der weitgehend fehlende Patientenkontakt ein hohes Maß an Abstraktionsvermögen bei der Herstellung eigener Sinnbezüge abverlangt. Die Subjektivierung beziehungsweise Objektivierung verläuft dabei prozessual, weswegen die Analyse eine Vorher-Nachher-Perspektive erfordert (Kleemann, 2012, 14). Die Berufstätigen befinden sich im Spannungsfeld zwischen Eigenansprüchen und Fremdansprüchen, sind gebunden an ihre Identität, die sich biografisch aus dem Handlungskontext und der Gesellschaftsstruktur herausgeformt hat, und treffen innerhalb dieses Spielraumes Entscheidungen, die sich im Arbeitshandeln niederschlagen. Dieser Prozess wird durch die Migration ins Bewusstsein gerückt, da erst die Auseinandersetzung mit dem Fremden den Blick gegenüber dem Eigenen schärft (vgl. Lauterbach 2003, 88).

### 3.3 Arbeitshandeln

Was ist nun der Gegenstandsbereich der vorliegenden Untersuchung oder, konkret formuliert, was ist empirisch über einen Vergleich zugänglich?

Im Unterschied zu ökonomischen und berufspädagogischen Betrachtungen richtet sich die Aufmerksamkeit dieser Studie weder auf das Ergebnis der Arbeit noch auf die Tätigkeitsanalyse zur Ermittlung von Handlungsfeldern, sondern auf die Rückwirkungen des Arbeitsprozesses auf den Menschen. Durch die Arbeit werden sowohl die äußeren Lebensbedingungen als auch der Mensch selbst verändert. In der Arbeitssoziologie wird unter dem Arbeitshandeln ein gegenstandsbezogenes, planmäßig-rationales Handeln verstanden, das heißt, Ziel, Inhalt, Struktur und innere Regulierung des Handelns werden zum Gegenstand gemacht. Leitend ist die Möglichkeit der Selbstentfaltung und Befriedigung von Bedürfnissen im und durch den Vollzug des Handelns selbst, verbunden mit dem Anspruch auf ein selbstbestimmtes und autonomes Handeln (Böhle, 2010, 153). Durch die besondere Akzentuierung des Gegenstandsbezugs unterscheidet sich dieses Konzept vom Konzept des sozialen Handelns in der allgemeinen Soziologie dahingehend, dass die Auseinandersetzung mit materiellen Objekten, wie die Nutzung von Werkzeugen und Maschinen, eingeschlossen ist. Der Charakter des planmäßig-rationalen Arbeitshandelns bezieht sich auf das *Wie* und bestimmt die Besonderheit der menschlichen Arbeit im autonomen und selbstbestimmten Handeln unter Anwendung intellektueller Fähigkeiten. Hierin verweist das Konzept des Arbeitshandelns auf das des sozialen Handelns der allgemeinen Soziologie (ebd., 155). Eine Neuorientierung in der Arbeitssoziologie erfolgte in den 80er Jahren durch die Einbeziehung des erfahrungsgeliteten-subjektivierenden Handelns. Empirische Untersuchungen zeigten, dass Ziele und Vorgehensweisen durchaus erst im und durch den praktischen Vollzug des Handelns eruiert und bestimmt werden. „Ein solches Handeln lässt sich als explorativ und interaktiv-dialogisch bezeichnen. Man tritt dementsprechend in einen Dialog mit den Dingen und wartet die Antwort des Gegenübers ab“ (Böhle et al., 2011, 19). Dass die Arbeit der medizinischen Laborantin durch derartige Handlungssituationen bestimmt war, beschreibt Kirchner (1986) sehr anschaulich, wie beispielsweise auf Seite 72:

*„Zudem blieb der Analysant in hohem Maße auf die eigene Einschätzung, aber auch auf die eigenen Sinne angewiesen. Die sinnliche Wahrnehmung galt als ein Regulans der Methode selbst. [...] Aus derlei [...] Äußerungen geht hervor, wie*

*stark die Anwendung der Verfahren und die Auswertung der Ergebnisse von individuellen Erfahrungswerten und Arbeitsplatzsituationen geprägt war."*

Kirchberger ging davon aus, dass es des subjektiven Faktors der Kunstfertigkeit der MTA heute nicht mehr bedürfe, da Prozesse der Mechanisierung und Automatisierung die naturwissenschaftliche und technische Berufsgrundlage entproblematisierten (ebd., 240, 242).

Entgegen früherer Annahmen, die Technisierung und Verwissenschaftlichung führe zur Ausschaltung von Unwägbarkeiten und Unbestimmtheiten, geht man heute davon aus, dass das Ungeplante ein immanenter Bestandteil des Geplanten ist. Das Unplanbare zeigt sich somit gerade dort, wo geplant wird, da es trotz wissenschaftlicher Expertise nicht gelingt, die in der Praxis auftretenden Einflussgrößen und Wirkungszusammenhänge zu erfassen und zu kontrollieren (Böhle, 2004, 18 f).

Die erfahrungsgeleitete, subjektivierende Perspektive des Konzepts des Arbeitshandelns ist hierbei als Erweiterung des planmäßig-rationalen Handelns zu sehen und hebt dessen Aspekte folglich nicht auf.

### 3.4 Identität

In den 80er Jahren gewinnt in der Industrie- und Arbeitssoziologie zunehmend die biografieanalytische Konzeption Raum, in Anlehnung an symbolisch-interaktionistische und sozialphänomenologische Theorien (Traue, 2005, 28). Die Erfahrungen der Arbeitswelt werden dabei unter Einbeziehung der gesamten biografischen Erfahrungen interpretiert. Brock (1989) geht davon aus, dass der Kristallisationspunkt des Arbeiters in der privaten Lebenssphäre liegt und den Blickwinkel vorgibt, aus dem die individuellen Deutungs- und Handlungsbezüge auf das gesellschaftliche Umfeld hin vorgenommen werden. Die konkret ausgeübte eigene Tätigkeit und die eigene Berufsbiografie gewinnen an subjektiver Bedeutsamkeit und drängen kollektive Deutungsmuster zurück (Brock, 189, 147 f). Das narrative Interview ist zur bevorzugten Methode avanciert, wenn biografisch determinierte, subjektive Erfahrungswelten erschlossen werden sollen (Lucius-Hoene & Deppermann, 2011, 9). Über die sprachliche Kommunikation wird prozessual die Identität als sprachlich-symbolische Struktur hergestellt, welche sich in ihrer Bedeutung durch drei Dimensionen darstellen lässt: die lebensgeschichtlichen Veränderungen des Selbsterlebens in der temporalen Dimension, die Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt in der sozialen Dimension, die verschiedenen Aspekte der Selbsterfahrung in der selbstbezüglichen Dimension (ebd., 51). Als biografische Sinnstiftung entsteht Identität durch die Art und Weise, wie der Erzähler Lebenserfahrungen und -ereignisse narrativ miteinander verknüpft, eine Kohärenz herstellt und wie er bestimmte Ereignisse des Lebens als bedeutsam herausgreift und gestaltet. Sie beinhaltet Erklärungen und Rechtfertigungen des Gewordenseins und bildet damit gleichzeitig die Basis für Handlungsorientierung und Zukunftsentwürfe. Während der temporalen Dimension die biografische Betrachtungsweise zugrunde liegt, wird die soziale Dimension durch die Positionierung im Akt des Erzählens hergestellt, indem der Erzähler sich im interaktiven sozialen Raum verortet und sich in Relation zu anderen sozialen Positionen, Werthaltungen, Normen, Macht- und Wissenssystemen setzt. Die Umwelt kategorisiert und qualifiziert der Erzähler entsprechend seiner Relevanzen und seiner Beurteilungsdimensionen. Darüber hinaus kann der Erzähler auch die eigene Person fremd-

positionieren, kann im Akt des Erzählens Erfahrungen verarbeiten und Emotionen erleben. Die Erinnerungsarbeit bringt in der selbstbezüglichen Dimension eine eigene Dynamik zunehmender Bewusstwerdung und Wiedergewinnung von Details und Assoziationen mit sich (ebd., 55 ff). Die Wirklichkeit des Erzählers muss dabei soweit wie möglich in ihrer internen Logik und Kohärenz wahrgenommen und anerkannt werden. Giegel beschreibt dies in seiner Arbeit über das Arbeitsbewusstsein von Lohnarbeitern folgendermaßen:

*„Subjektivität ist nicht eine Ansammlung von Interessen, Anschauungen usw., sondern ist die Kraft unter Festhalten einer leitenden biografischen Orientierung seine Interessen, Anschauungen usw. zu regulieren. Indem das Subjekt eine für es verbindliche biografische Orientierung entwickelt, werden die verschiedenen Sinnelemente wie Interessen, Anschauungen, normative Bindungen usw. so einreguliert, dass sie einen in sich kohärenten Sinnzusammenhang ergeben.“ (Giegel, 189, 110).*

Die Grundverarbeitungsmuster stellen sich dem Berufsinhaber als Identitätsprobleme, als permanente Aufgabe der Bewältigung von Misserfolgen, der Strategie- und Orientierungsfindung. Wie diese beruflichen Problemlagen subjektiv verarbeitet und individuell bewältigt werden, wie individuelle Ansprüche an Arbeit und Leben mit den Möglichkeiten und Chancen in Einklang gebracht werden und auf welche Art und Weise gesellschaftliche Bedingungen in scheinbar autonome und selbstverantwortliche Handlungsmuster und Berufsstrategien hineinwirken, sind Fragen der subjektorientierten Berufsforschung und sollen in dieser Studie durch den narrativen Zugang eruiert werden (vgl. Brock, 1989, 150 f).

## 4. Empirische Untersuchung des Arbeitshandelns

### 4.1 Explikation der Forschungsmethode

Die Fragestellung und Zielsetzung dieser Studie erfordern eine Methodologie, welche sich auf die Sichtweisen der Individuen einlässt, um deren Konstruktionsweisen der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu erfassen. Gemäß dem Prinzip der Offenheit wird auf eine vorab gebildete Hypothese verzichtet, um den Erkenntnisgewinn nicht durch ein aufgezwungenes Kategoriensystem zu begrenzen. Ausgehend von einem relativ offenen theoretischen Konzept soll sich der Forschungsprozess auf die Problemsicht der Subjekte zentrieren (Witzel, 1985). In Abgrenzung zum biografischen oder narrativen Interview, bei welchem der gesamte Verlauf des Lebens sowie die Sondierung von Persönlichkeitsmerkmalen von Belang sind, sollen in dieser Studie in Anlehnung an das problemzentrierte Interview nach Witzel Aussagen fokussiert werden, die sich konkret auf die Fragestellung beziehen. Dies schließt nicht aus, dass biografische Elemente und persönliche Merkmale, die in die dem Interview zugrundeliegende Problemstellung eingebunden sind, als bedeutsam aufgegriffen werden (Schmidt-Grunert, 1999, 40 f). Eine weitere Abgrenzung zum narrativen Interview erfolgt dahingehend, dass vorhandene Kenntnisse von objektiven Rahmenbedingungen des Untersuchungsgegenstandes genutzt werden, um inhaltsbezogene oder genauere Fragen stellen zu können (Witzel, 1985).

Die Strukturierung der Kommunikation im Rahmen des für die Untersuchung relevanten Themas und die Gewichtung der einzelnen Themenbereiche während des Interviews bleiben dem Befragten überlassen. Damit soll das zu erhebende Datenmaterial auf einen zu bewältigenden Umfang eingegrenzt und gleichzeitig ein abduktives Vorgehen gewährleistet werden.

Im Folgenden werden die Schritte der Konstruktion der Erhebungsinstrumente bis hin zur Analyse der Untersuchungsergebnisse linear beschrieben, um eine bessere Übersicht zu gewährleisten. Im Forschungsprozess waren diese Schritte eng verwoben, weil den Prinzipien der Grounded Theory zur Folge die Analyse bereits vorhandener Daten rekursiv die Erhebung neuer Daten leitet und so die einzelnen Schritte im zirkulären Prozess bis zur theoretischen Sättigung fortgeführt werden. Dies ist notwendig, um die Theorien nicht abstrakt, sondern in enger Nähe zur sozialen Realität in möglichst intensiver Auseinandersetzung mit dem konkreten Forschungsfeld zu entwickeln (Strauss & Corbin, 1996).

### 4.2 Konstruktion der Erhebungsinstrumente

Die Instrumente des Interviewverfahrens bestanden aus dem Kurzfragebogen, dem Leitfaden, der Tonaufzeichnung und dem Postskriptum (Witzel, 1985).

Der Kurzfragebogen war dem Interview vorgeschaltet. Er diente zur Erfassung von Informationen über den sozialen Hintergrund der Befragten wie Alter, Bildungsabschluss und die zeitliche Abfolge des beruflichen Werdegangs. Dieser wurde zum einen genutzt, um die Varianz der Interviewteilnehmer vorab zu eruieren und im Rahmen des *theoretical sampling* zu überprüfen, ob durch ein Interview neue Erkenntnisse zu erwarten waren (Strauss & Corbin, 1996, 161 f). Zum anderen konnten die

Fragestellungen im Gesprächsverlauf an die individuellen Erfahrungen angepasst und durch entsprechende Nachfragen der Gesprächsfluss aufrechterhalten werden. Des Weiteren konnte bei der Analyse der Daten die Zuordnung der getroffenen Aussagen zu den jeweiligen beruflichen Etappen besser nachvollzogen werden, ohne den Erzählstrang durch exmanente Fragen zu stören oder ein Frage-Antwort-Schema aufzubauen (Schmidt-Grunert, 1999, 42).

Die Erhebung des Datenmaterials mittels Interviews wurde durch einen Gesprächsleitfaden gestützt, welcher als Orientierungsrahmen für die Interviewerin diente und den gesamten Problembereich in Form von einzelnen thematischen Feldern strukturierte. Während des Interviews diente dieser als Hintergrundfolie, kontrollierte die Breite und Tiefe des Vorgehens und wurde zur Aufrechterhaltung der Gespräche herangezogen (Witzel, 1985). Der Leitfaden wurde anhand der SPSS-Methode<sup>7</sup> entwickelt (Kruse, 2011; Helfferich, 2011). Die Fragestellungen wurden nach ihrer Relevanz bezüglich der Forschungsfrage geprüft und möglichst offen gehalten, damit die Befragten jeweils ihre eigenen Relevanzsysteme entfalten konnten (Bohnsack, 2010; Kruse, 2011). Anschließend wurden die Fragen einzelnen Themenblöcken zugeordnet und auf Karteikarten ausgedruckt, so dass während des Interviews flexibel auf den Gesprächsverlauf reagiert werden konnte. Im Verlauf der Datenerhebung erfolgte eine kontinuierliche Anpassung des Leitfadens, da die Analyse und Theoriebildung bereits mit den ersten erhobenen Daten begann und vorläufige Ergebnisse der fortlaufenden Präzisierung der Fragestellungen dienten. Der Leitfaden ist in der ersten überarbeiteten Version dem Anhang beigefügt.

Zu Beginn wurden zwei erzählgenerierende Eröffnungsfragen gestellt, die die Spontanerzählung einleiten sollten. Konkret wurde zunächst nach der Motivation zur Interviewteilnahme gefragt, um den Interviewten die Gelegenheit zur eigenen Positionierung zu geben. Je nach Gesprächssituation wurden immanente Nachfragen gestellt oder zur zweiten Eröffnungsfrage übergeleitet, welche einen biografischen Gesprächsstimulus setzte: die Frage nach der Migrationsursache. Dadurch sollten Motive, Erwartungen und Zufriedenheitsaspekte im aktuellen und biografischen Zusammenhang reflektiert werden, ohne konkrete Kategorien vorzugeben. Der Einstiegsphase kommt dabei in der Regel eine besondere Bedeutung zu, da sie eine verdichtete Kernpassage darstellt, in der die relevanten Motive vorab abstrahiert dargeboten wurden (Kruse 2011, 162).

Die Leitfragen drei bis fünf bezogen sich auf wahrgenommene Unterschiede in der Strukturierung der Arbeit, dem Verantwortungs- und Handlungsspielraum, der Interaktion mit Kollegen, Vorgesetzten und Objekten sowie auf zu erbringende Anpassungsleistungen. Den Befragten wurde die Gewichtung der einzelnen Aspekte selbst überlassen, um herauszufinden, nach welchen Kriterien sie die vorgegebenen Rahmenbedingungen beurteilten und welche Unterschiede im Ländervergleich für sie von Bedeutung waren.

Die Leitfragen sechs bis neun gaben den Befragten die Gelegenheit, das eigene Arbeitshandeln in Bezug auf die Kategorien *Spaß*, *fachliche Kompetenz*, *Anerkennung und Aufstiegschancen* zu bewerten und im Hinblick auf Veränderungen durch die Migration zu reflektieren. Damit sollten die berufsinhaltlichen, kommunikativen und expressiven Ansprüche, die die Befragten an ihre Arbeit stellen, offen gelegt werden

---

<sup>7</sup> Methode zu Leitfadenentwicklung nach Cornelia Helfferich in den Schritten: Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren.



(Baethge, 1991). Ebenso sollte aufgezeigt werden, welche Kriterien sie zur Konstruktion der eigenen beruflichen Identität und zur Bewertung ihrer Berufszufriedenheit heranziehen. Die Fragen wurden so gestellt, dass es den Befragten überlassen war, wie sie die Fragestellung interpretierten und sie die Möglichkeit erhielten, das Thema in ihrer eigenen Sprache zu entfalten (Bohnsack, 2010, 20 f).

Den Abschluss bildete eine Bilanzierungsfrage (Lucius-Hoene & Deppermann, 2011). Die Interviewten wurden befragt, was ihrer Meinung nach die Deutschen von den Schweizern beziehungsweise die Schweizer von den Deutschen lernen könnten. Dies sollte den Interviewten die Möglichkeit geben, ihre Erfahrungen zu subsumieren und ein bis zwei für sie wesentliche Aspekte aufzugreifen. Teilweise wurden durch die nicht ganz klar voneinander abzugrenzenden Themenblöcke einzelne Bereiche seitens der Interviewten mehrfach aufgegriffen und verbalisiert. Dies trug im Sinne der Konsistenzregel zur erhöhten internen Validität und Reliabilität der Forschungsergebnisse bei (Kruse, 2010, 266 ff).

Die Interviews wurden über Skype fernmündlich geführt. Die gesamten Interviews wurden digital (Call-Recorder, Skype) aufgezeichnet. Es wird vermutet, dass die stärkere Anonymität der Gesprächssituation bei Telefoninterviews gegenüber face-to-face Befragungen zu mehr Offenheit führt. Dies kann damit begründet werden, dass der soziale Druck potenziell weniger stark ausgeprägt ist und die Situation eher als flüchtig wahrgenommen wird (Schulz & Ruddat, 2012). Die Interviewerin selbst hatte die Möglichkeit, sich ausschließlich auf das Gesagte zu konzentrieren und das komplette erhobene Material zu konservieren und auszuwerten.

Nach den Interviews wurden anhand eines Postskriptums die nicht durch die Aufnahme erfassten Eindrücke der Interviewsituationen festgehalten, wie das Zustandekommen des Kontaktes, Unterbrechungen und Störungen während des Interviewverlaufs, Gesprächsinhalte des anschließenden Smalltalks und Gesprächsatmosphäre sowie Informationen aus den vorausgegangenen E-Mail- beziehungsweise Telefonkonversationen.

### 4.3 Sampling und Fallbeschreibung

Wie in Kapitel 1.4 bereits beschrieben, wurden für die Interviewpartner folgende konstitutive Merkmale bereits vorab festgelegt:

- Abgeschlossene Ausbildung zur MTLA/BMA
- Bei Ausbildung in Deutschland derzeitige Berufstätigkeit in der Schweiz beziehungsweise bei Ausbildung in der Schweiz derzeitige Berufstätigkeit in Deutschland.

Die qualitative Forschung hat das Ziel, subjektive Deutungsmuster, Sichtweisen und Theorien auf der Einzelfallebene zu verstehen, jedoch nicht die Analyseergebnisse hinsichtlich ihrer verteilungstheoretischen Lagerung zu verallgemeinern. Es besteht der Anspruch, dass die Rekonstruktion eines bestimmten Falltyps über den untersuchten Fall hinweg gültig ist, es werden jedoch keine Aussagen darüber getroffen, wie häufig dieser Falltypus in der Realität tatsächlich vorkommt. Um einen solchen Grad der Verallgemeinerung der rekonstruktiven Analyseergebnisse zu erreichen, mussten mehrere Fallanalysen durchgeführt werden. Bei der Fallauswahl wurde versucht, die Heterogenität des Untersuchungsfeldes einzufangen (Kruse 2011, 85 f).

Entsprechend dem *theoretical sampling* (Strauss & Corbin, 1996) erfolgte die Begründung der Fallauswahl mit maximal beziehungsweise auch minimal variierenden Fällen erst im Verlauf des Datenerhebungsprozesses. Um möglichst heterogene Interviewpartner zu finden, wurden mehrere Rekrutierungsstrategien über einen Zeitraum von mehreren Wochen eingesetzt:

- Schneeballsystem: Durch Ansprechen von Personen, die Kontakte zu MTLA/BMA oder Kontakte zu medizinischem Personal in der Schweiz besaßen, welche wiederum andere ansprachen, um geeignete Interviewpersonen zu finden, sowie die Nutzung von Facebook, Twitter und E-Mail-Verteilern.
- Gatekeepersystem: Gezieltes Ansprechen von Kontaktpersonen im Berufsverband, Leiter der Fachverbände und Dozenten von Weiterbildungsveranstaltungen.
- Direkte Recherche im Internet nach Kontaktadressen von Leitenden MTA von Laboren und Instituten in Deutschland und in der Schweiz und anschließende Kontaktaufnahme über Telefon oder E-Mail.
- Direkte Recherche über Stellenanzeigen im *MTAdialog* nach Laboren oder Instituten in Deutschland und in der Schweiz und anschließende Kontaktaufnahme über E-Mail.
- Veröffentlichung von Suchanfragen im *MTAdialog* und auf der Internetseite des *dvta*.

Über einen Zeitraum von drei Monaten meldeten sich insgesamt zehn Personen. Nur eine Person hatte ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert. Ein erneuter Versuch, über im Internet ermittelte Kontaktadressen von Kliniklaboren und histologischen Instituten weitere Interviewteilnehmer zu rekrutieren, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolvierten und derzeit in Deutschland arbeiten, blieb erfolglos.

Da die vorab festgelegten Konstitutionsmerkmale nur auf einen kleinen Personenkreis zutrafen, erforderte die Darstellung der personenbezogenen Daten eine besondere Sensibilität, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten. Aus diesem Grund wurde auf eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Interviewteilnehmer verzichtet. Die Varianzmerkmale werden im Folgenden summarisch dargestellt:

- Unter den Interviewpersonen befanden sich zwei Männer und acht Frauen.
- Nur eine Person hatte ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert und arbeitete zum Interviewzeitpunkt in Deutschland, alle anderen machten die Ausbildung in Deutschland und migrierten anschließend in die Schweiz.
- Sieben Personen stammten aus Süd-, zwei aus Ost- und eine aus Norddeutschland.
- Die neun befragten Personen aus der Schweiz arbeiteten zum Interviewzeitpunkt in acht verschiedenen deutschsprachigen Kantonen.
- Eine Teilnehmerin legte ihren Abschluss zur MTLA/BMA in den 80er, drei in den 90er Jahren und sechs zwischen 2000 und 2009 ab.

- Zwei Personen wechselten nach ihrer Ausbildung in Deutschland direkt in die Schweiz, zwei innerhalb der ersten drei Monate, alle anderen hatten einschlägige Berufserfahrung in beiden Ländern.
- Eine Person arbeitete zuerst in Deutschland, gegenwärtig in der Schweiz in einem Privatlabor. Eine Person wechselte von einem öffentlichen Träger in Deutschland zu einem in der Schweiz. Die anderen acht Interviewteilnehmer hatten sowohl in privaten als auch in öffentlichen Einrichtungen Berufserfahrung gesammelt.
- Es konnten aus allen Fachbereichen (Klinische Chemie, Histologie, Hämatologie, Immunhämatologie, Mikrobiologie) Personen rekrutiert werden. Drei arbeiteten zumindest zeitweise im veterinärmedizinischen Bereich.
- Unter den Teilnehmerinnen waren eine Teamleiterin und eine stellvertretende Teamleiterin. Zwei wurden als Begleiterinnen von Praktikanten eingesetzt.

Eine weitere Variable stellte die Größe des Labors dar, die jedoch nicht bei jeder Interviewteilnehmerin thematisiert und erfasst wurde. Nach Durchführung der ersten Interviews stellte sich heraus, dass die Unterschiede, die von den Befragten hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit in Deutschland und in der Schweiz wahrgenommen wurden, unter anderem auch auf die Variablen Laborgröße, Laborträger und Fachbereich zurückzuführen waren und nicht auf länderspezifische Unterschiede. Aufgrund dieses Phänomens und der beachtlichen Heterogenität wurde im Verlauf der Datenerhebung entschieden, alle zehn rekrutierten Personen zu interviewen. Die befragten Personen wurden chronologisch durchnummeriert (B1 bis B10), so dass die Aussagen in der Ergebnisdarstellung dem jeweiligen Interview zugeordnet werden können.

#### 4.4 Erhebung des Datenmaterials

Die ermittelten Personen erhielten vorab ein Informationsschreiben, in dem über das Forschungsthema und die Datenschutzbestimmungen aufgeklärt wurde. Es wurde zugesichert, dass die Aufnahmen nach Abschluss der Diplomarbeit gelöscht, die mittels Fragebogen ermittelten persönlichen Daten vernichtet sowie sämtliche Namen, Orts- und Firmenbezeichnungen im Transkript anonymisiert werden, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können.

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 10. April 2013 bis 22. Mai 2013 einzeln über Skype fernmündlich geführt. Der Ton wurde mit einem Audiorecorder direkt über Skype aufgezeichnet. Zu Beginn wurde das Einverständnis zur Aufnahme des Gespräches eingeholt und aufgenommen. Die Interviewteilnehmer wurden darüber aufgeklärt, dass sie während des Interviews das monologische Rederecht besitzen und spontan ihre Einstellungen und Meinungen äußern dürfen. Die Dauer der Interviews lag zwischen 39 und 75 Minuten, im Mittel bei 58 Minuten, so dass der Gesamtkorpus des erhobenen Materials 580 Minuten betrug. Alle Interviewpartner konnten souverän mit den gestellten Fragen umgehen und besaßen die entsprechenden kommunikativen Voraussetzungen. Die Interviews wurden komplett transkribiert. Zur Transkription wurde die Software *F5* eingesetzt. Die Wiedergabe orientierte sich an der Basistranskription des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT). Die Genauigkeit der Transkription war richtungsweisend für die anschließende Analyse, jedoch war es sinnvoll, nur jene Parameter zu transkribieren, die tatsächlich analy-

siert wurden (Langer, 2010). Wichtig erschien die Erfassung von Pausen und Hauptakzentuierung, da hierüber prosodische beziehungsweise paraverbale Sinnmarkierungen am deutlichsten gesetzt wurden. Stimmmodulationen wurden nicht transkribiert. Der Modus der Darstellung nach GAT wurde in vereinfachter Form umgesetzt (Kruse, 2011, 152). Die Regeln des verwendeten Transkriptionssystems können dem Anhang entnommen werden.

#### 4.5 Explikation der Analyseverfahren

Die rekonstruktive Analyse der Interviews basiert auf den Verfahren der phänomenologischen Textthermeneutik und des interpretativen Paradigmas. Außerdem lehnt sie sich an das Verfahren der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) an. Aus rein forschungspraktischen Gründen konnte dieses Verfahren jedoch nicht in seiner vollen Güte angewendet werden, weil dies enorm zeitaufwändig gewesen wäre. Die gegenstandsbezogene Theoriebildung muss hier eher als eine methodische Grundhaltung und als heuristischer Wegweiser verstanden werden. Der Fragebogen, das Transskript sowie das Postskriptum und die Aufzeichnung wurden zur Auswertung der Interviews herangezogen. Ziel war ein kontextsensitives Sinnverstehen, das sich über den gesamten Analyseprozess nahe am erhobenen Datenmaterial orientierte (Lucius-Hoene & Deppermann, 2011, 96).

Konkret wurde der Auswertungsprozess in drei Schritten durchgeführt. Zunächst wurde nach der von Lucius-Hoene und Deppermann (2011) dargelegten Textanalyse die Fallstruktur jedes einzelnen Interviews erarbeitet. Der Gesamttext wurde in einzelne Segmente gegliedert. In Abgrenzung zu rein narrativen Erzählungen wurden neue Sequenzen durch eine erneute Fragestellung seitens der Interviewerin eingeleitet. Durch die Segmentierung wurde ersichtlich, wie umfangreich die Ausführungen auf jeweilige Fragestellungen ausgefallen sind und ob die Fragestellung die Interviewten überhaupt interessierte (ebd., 306). Anschließend wurde der gesamte Text sequenziell durchgearbeitet. Hierbei wurden folgende Fragen an den Text gestellt: Wie positionierte sich erzählende Person im Text? Welche Metaphern und rhetorischen Mittel wurden verwendet (Lakoff & Johnson, 2011; Linke, Nussbaumer & Portmann, 2004)? Welche Argumentationen und Begründungen zog sie heran? Welche Absicht verfolgte sie? Darüber wurden die zentralen Motive und Thematisierungsregeln herausgearbeitet, das heißt die wiederholt auftauchenden sprachlichen Bilder, Argumentationsstrukturen, Figuren, Modelle, thematischen Äußerungen und Positionierungen und die Ausführlichkeit, mit der die Erzählperson einzelne Themen ausweitete, und welche Themen sie im Sinne von Thematisierungsgrenzen nicht versprachlichte (Kruse 2011, 177 ff). Ziel war es, aus dem Text heraus Kategorien zu entwickeln, sogenannte *in-vivo-Kodes* (Flick, 2012, 391). Dieser Auswertungsschritt entsprach dem *offenen Kodieren* bei Strauss und Corbin (1996). Erst nachdem der Fall in seiner Gesamtformung und Gestalt herausgearbeitet worden war, setzte der Vergleich mit anderen Fällen ein. Dies hängt damit zusammen, dass die Einheit des Falles grundlegend durch die subjektiven Intentionen konstituiert wird (Bohnsack, 2010, 95). Es galt, „diese Welt als Text wie ein Kunstwerk“ zu lesen und sie zur Aufschlüsselung von Forschungsfragen zu nutzen (Kraimer, 2010, 895).

In einem zweiten Schritt wurden die gebildeten Kategorien auswertungspraktisch aufbereitet und strukturiert, so dass eine fallübergreifende thematische Orientierung

möglich war. Als Heuristik diente die temporale, soziale und selbstbezügliche Dimension nach Lucius-Hoene und Deppermann (2011). Im dritten Schritt wurde das gewonnene Material entlang der Teilfragen systematisch reduziert und zu einer fallübergreifenden Falltypik komprimiert.

Die rekonstruierten fallübergreifenden Kategorien werden im folgenden Kapitel unter den Aspekten Anpassungsleistungen, Berufszufriedenheit und Handlungsspielraum sowie berufliche Positionierung präsentiert. Im sechsten Kapitel werden schließlich die Kategorien zueinander in Beziehung gesetzt und unter Einbeziehung des situativen Kontextes interpretiert und konzeptualisiert. Dies entspricht dem *selektiven Kodieren* nach Strauss und Corbin (1996).

## 5. Darstellung der Ergebnisse

### 5.1 Anpassungsleistungen

Die von den Befragten geschilderten Anpassungsleistungen beziehen sich hauptsächlich auf die Aspekte Sprache, Art und Weise der Arbeitsbewältigung und Umgangsform. Ein weiteres Motiv ist die Legitimierung und offizielle Anerkennung der deutschen Ausbildung in der Schweiz, insbesondere bei den Interviewpartnern, die aktuell einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben. In Bezug auf die fachliche Qualifikation durch die Berufsausbildung werden so gut wie keine Defizite oder Unterschiede hinsichtlich Inhalt oder Niveau festgestellt, so dass diesbezüglich keine Anpassungsleistungen zu erbringen waren.

B1(18)<sup>8</sup> bezeichnet die deutsche Ausbildung als „vollkommen gleichwertig“ und B7(19f) expliziert, dass die schweizerischen Kollegen „ausbildungstechnisch nichts voraus“ haben und sie in „keinster Weise irgendwie jetzt das Gefühl hat“, dass sie in „irgend einem Fachgebiet hinten dran“ ist, obwohl die Schweizer mehr praktische Anteile und die Deutschen mehr theoretische Anteile haben. Als einziges Defizit nennen B8 und B9 die venöse Blutentnahme, die in der deutschen MTLA-Ausbildung in der Regel nicht als Fertigkeit erlernt wird.

Die Aspekte Arbeitsweise und Umgangsform sowie Anerkennung der deutschen Ausbildung in der Schweiz werden nachfolgend detailliert dargestellt.

#### 5.1.1 Arbeitsweise: Zack-Zack versus Gemütlichkeit

Deutliche Unterschiede werden hinsichtlich der Arbeitsweise festgestellt, was die Aussage von B4(5f) sehr anschaulich zeigt. Auf die Frage, was ihr nach der Migration in die Schweiz zuerst aufgefallen ist, antwortet sie:

*B4: zuerst einmal dass alles ein wenig (lachen) ja, Lockerer abläuft immer. (.) erst mal LA:NGsam ma:chen (.) also NET so=so extrem STRESSig. wie in deutschland sag ich jetzt mal. [mhm] also in DEUTSCHland ist es schon wirklich so, dass=man kommt auf die arbeit und muss ZACK, ZACK alles HINKriegen und in der schweiz wird erst mal ZNÜ:NI gma:cht, und dann (.) NE!- am morgen gibt's erst nen KA:ffee [...] und DA war ich erst mal toTAL (2) also, ich musste da erst mal da REIN kommen. weil ich dann immer im STRESS war früher, hab immer DURCH=gschafft, (2) bis zum mitTAG.<sup>9</sup>*

Die Befragte untermalt die Arbeitsweise in Deutschland mit der Interjektion „zack, zack“, um die Heftigkeit und Geschwindigkeit der Arbeitsbewegungen zu veranschaulichen. Es ist der Druck beziehungsweise Zwang da, die Arbeit zu bewältigen, was durch das Wort „muss“ zum Ausdruck gebracht wird. Um dieses Ziel zu erreichen, reicht die Beschleunigung der Arbeitsausführung nicht aus. Auch die Möglichkeit, zwischendurch eine Pause zu machen, ist nicht gegeben. In der Schweiz hingegen wird die Situation als „lockerer“ bezeichnet. Dies bedeutet, dass weniger Spannung oder Druck wahrgenommen wird. Zugleich verlangsamt sich das Erzähltempo, womit die Entschleunigung des Arbeitstempos zum Ausdruck gebracht wird. In der Schweiz wird regelmäßig „Znüni“ gemacht, das heißt eine Frühstückspause ist fest vorgese-

<sup>8</sup> Die Zahl in Klammer gibt die Minutenzahl der Aufnahme an.

<sup>9</sup> Die Transkriptionsregeln sind im Anhang aufgeführt.

hen, in der Regel zusätzlich sogar eine weitere Kaffeepause. Sie beschreibt, dass sie da erst mal „rein kommen“ und sich auf diesen veränderten Arbeitsrhythmus einstellen musste. Durch den erlebten Arbeitsdruck in Deutschland werden sowohl Arbeitsgeschwindigkeit erhöht als auch Pausenzeiten verkürzt.

Die Befragte ist sich nicht sicher, ob diese Unterschiede auf die Laborgröße zurückzuführen sind. Sie arbeitete in Deutschland in einem großen veterinärmedizinischen Labor, in der Schweiz ist sie gegenwärtig in einem kleinen Labor tätig. B6 wechselte von einem kleinen polyvalenten<sup>10</sup> Labor in Deutschland in ein großes internationales Team eines polyvalenten Labors in der Schweiz und stellt ähnliche Unterschiede fest (16):

*B6: man hat zum beispiel auch geRegelte PAUsen. und (.) des war in deutschland nicht IMMER der FALL. da hat man einfach mal SCHNELL so nebenBEI was gegessen oder noch irgendwas ANderes gemacht. [...] also ich hab des gefÜHL in der SCHWEIZ hat man für die GLEICHE arbeit wesentlich mehr LEUTE. [...] und man KÖNNT das vielleicht mit WENIGER leuten AUCh schaffen, aber in DEUTSCHland wurde dann irgendwann immer nur noch EIN:GESpart. da musste man dann mit WEniger leuten FERTIG werden und da bleibt dann nimmer so viel ZEIT für die PAUSE [...] als ich HER gekommen bin, für mich war des VÖLLIG ungewohnt ne halbe stunde MITTAG zu machen, in die KANTine zu gehen und DA wirklich in ruhe ESSEN zu können. ich hab des NICHT gekannt.*

Diese Befragte beschreibt als weiteren Aspekt der Arbeitszeitgestaltung die Pausen in Deutschland mit den Attributen unregelmäßig, nebenbei, unruhig und schnell. Die Ursache wird in Einsparungsmaßnahmen gesehen. „Es wurde dann irgendwann immer nur noch“ verweist auf ein zyklisches Zeitmodell, auf ein sich stets wiederholendes Muster. Das Passiv drückt aus, dass für die erzählende Person eine anonyme Macht am Werk ist und sie selbst keine Handlungskontrolle besitzt. Die Aussage wird auf ganz Deutschland bezogen, ihre Gültigkeit ist für sie universal.

B3(11) erzählt, dass ihr an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz auffällt, dass „sehr viel Personal für die Arbeit“ zur Verfügung steht und man wirklich Zeit hatte, sie einzuarbeiten und immer wieder auf den neusten Stand zu bringen. Teamsitzungen werden „auch wirklich mit einer Ruhe“ abgehalten und „nicht so zwischen zwei Analysen gepresst“. B10(8) beschreibt konkret, wie in den 90er Jahren an ihrem Arbeitsplatz in Deutschland die Mitarbeiterzahl von 55 auf 25 reduziert wurde, bei gleichbleibender Arbeitsmenge.

*B10: WAS hier einfach ANDERS ist, man hat vie:l mehr TEAM:sitzungen, man hat vie:l mehr ADministratives. (.) in=DA fehlt in deutschland viel mehr die ZEIT. in deutschland ist viel mehr das reine ARbeiten, das reine analySIEREN. das GELD reinbringen, die MASSE im prinzip. des ABfertigen. das ist hier noch ein stück weit weniger. [...] aber in deutschland ist alles viel ZACKIGER. da ist alles noch mal viel SCHNELLER.*

Sie verstärkt ihre Aussage zum einen durch die wiederkehrende Verwendung „viel mehr“, zum anderen durch den Gebrauch einer fünffachen Klimax, die in dem Wort „abfertigen“ gipfelt, welchem eine negative Konnotation zugeordnet werden kann. Es geht nur noch darum, mit der Arbeit fertig zu werden. Die Arbeit selbst ist sinnentleert. Die Reduktion der Arbeitshandlung unter dem Aspekt der Effizienz wird als wei-

<sup>10</sup> Wenn verschiedene Fachbereiche durch ein Labor abgedeckt werden, wird dies als polyvalent bezeichnet. In der Regel werden die Bereiche Hämatologie und Klinische Chemie zusammengeführt. Häufig werden zusätzlich zumindest Teilbereiche der Immunhämatologie und Bakteriologie integriert.

tere Konsequenz der zunehmenden Arbeitsdichte in Deutschland wahrgenommen. Die Kommunikation, die Qualität und Organisation der Arbeit werden als Elemente des Arbeitshandelns ausgespart. Analog zum tayloristisch-fordistischen Arbeitsverständnis wird der Mensch als Subjekt weitgehend ausgeschaltet. Das Wort „noch“ weist darauf hin, dass auch in der Schweiz Tendenzen zur Rationalisierung der Arbeit wahrgenommen werden.

B2(50) sieht weitere Ursachen in der Mentalität und der längeren Wochenarbeitszeit, was durch folgende Passage belegt wird:

*B2: aber jetzt von der ARBEITSweise will ich (.) mal behaupten die schweizer (.) haben vielleicht DOCH eine gewisse geMÜTlichkeit an sich, [mhm] und (2) da man DAMALS als ich in die schweiz kam, eine zweiundvierzig stundenwoche hatte, kann man sich vielleicht auch ein BISSchen mehr ZEIT lassen für die arbeit und auch ZEIT FINDEN um Geräte zu warten.*

Das Wort „Gemütlichkeit“ weist auf einen subjektiv empfundenen Zustand des Wohlbefindens, der Geborgenheit, Sicherheit und Ruhe hin. Es bringt zum Ausdruck, dass es sich hier eher um ein Gefühl handelt, das nicht umfassend an einzelnen Situationen und Verhaltensweisen festgemacht werden kann. Mehr „Zeit lassen“ und auch „Zeit finden“ beziehen sich analog zum vorhergehenden Zitat darauf, dass in der Schweiz nicht nur für die einzelnen Arbeitsschritte mehr Zeit zur Verfügung steht, sondern auch zusätzliche Arbeiten erledigt werden können, für die in Deutschland keine Zeit mehr übrig bleibt (vgl. B3(12), B4(54)).

B4(17) beschreibt eine für sie typische Situation in Deutschland, bei der sehr plastisch Unterschiede bezüglich der Strukturierung der Arbeit dargestellt werden:

*B4: also wir hatten da auch so drei vier MÄDELS, die haben dann einfach keine LUST g'habt, [...] dann hab'n sie g'sagt um vier, sie möchten jetzt HEIM, sie haben ihre acht stunden VOLL und dann saßen wir letztendlich zu DRITT bis um NEUN abends DA. und haben des !ZEUG! FERTIG G'MACHT. und des war dann a:u, (.) wo ich langsam mal DACHT hab, so will ich net mein leben lang WEITER machen.*

Am Ende des Interviews greift sie diese Situation noch einmal auf und liefert nun die Variante für die Schweiz (55):

*B4: und hier DARF man wirklich auch mal was LIE:GENLASSEN und sagen, gut, des macht man MORGEN, zeit ist um. jeder guckt, dass man halt zuSAMMEN geht. ja. und in deutschland, ja, bist halt auf dich alleine ANgewiesen.*

Die Befragte steht in Deutschland unter dem Druck, die komplette Arbeit erledigen zu müssen. Sie grenzt sich von denen ab, die keine Lust haben und deshalb gehen, hat aber gleichzeitig den Wunsch, selbst pünktlich Feierabend zu machen. Diese Spannung ist für sie nicht auflösbar. Sie sieht darin ein wiederkehrendes Prinzip, innerhalb dessen sie sich gefangen sieht. Deshalb fasst sie den inneren Entschluss, diesen Arbeitsplatz zu verlassen. Während sie in Deutschland unter dem Druck steht, dass zuerst die Arbeit komplett erledigt sein muss, bevor sie den Arbeitsplatz verlassen kann, geht in der Schweiz die Gemeinschaft und die Einhaltung der Arbeitszeit und Pausen vor. Das heißt, selbst wenn die Arbeitsmenge erhöht ist, ist nicht die Erwartung da, dass diese unbedingt auch sofort erledigt werden muss. Die Gemeinschaft schützt den Einzelnen davor, sich zu verausgaben und das Liegenlassen der Arbeit wird nicht als Lustlosigkeit gedeutet.



Zusammenfassend lassen die Zitate erkennen, dass in Deutschland aufgrund der Rationalisierung von Laborstellen und der Verkürzung der Wochenarbeitszeit eine erhöhte Arbeitsdichte wahrgenommen wird. In Kombination mit den Erwartungen, die an den Einzelnen gestellt werden, führt dies zu einer Beschleunigung des Arbeitstempos und einer Kürzung von Pausen, einer Überlagerung von Pausen- und Arbeitszeiten und der Reduktion der Aufgaben der Berufstätigen auf effiziente Arbeitshandlungen. Zusätzliche Arbeiten können nicht mehr erledigt werden. Insgesamt ist ein größerer Druck vorhanden, die Arbeit in der gegebenen Zeit zu bewältigen. Konträr dazu stehen die bessere personelle Besetzung in der Schweiz und die längere Wochenarbeitszeit, die in Kombination mit der schweizerischen Gemütlichkeit zu einer entspannten Arbeitsweise führen.

### 5.1.2 Implizite Spielregeln: Zurückhaltung versus Hervorhebung

B1 beschreibt sehr eindrücklich, wie mit ihr damals mehrere MTLA in die Schweiz migriert sind, einige davon es aber nicht geschafft haben, dort „glücklich“ zu werden, weil sie sich nicht auf die „Kultur“ einlassen konnten (22) beziehungsweise nicht verstanden haben, „wie es läuft“ (43).

Was heißt das nun konkret? Zum einen spielt der im letzten Abschnitt beschriebene Arbeitsrhythmus eine Rolle, in die die Migranten erst mal „rein kommen“ müssen. Zum anderen gelten im Umgang miteinander andere Regeln, was durch die folgenden beiden Zitate verdeutlicht wird. B7(8) führt auf die Frage, ob es Dinge gab, an die sie sich nach dem Wechsel in die Schweiz anpassen musste, aus:

*B7: ja also des einzige, was ich sozusagen GELERNT hab ist, wirklich eigentlich so dieses zwischenMENSCHliche MEHR zu schätzen. also dass man DES hier wirklich GANZ DEUTlich beige=also gezeigt, beigebracht, also wie soll man's nennen? ja? also wie so ne UMGANGSform also so ein bisschen zurückhaltender. (.) sich gestaltet. JA.*

Sie konzentriert sich bei der Antwort auf einen einzigen Aspekt: „das Zwischenmenschliche mehr schätzen“. Sie nimmt den Begriff „Zurückhaltung“ bei der Bilanzierungsfrage noch einmal auf und expliziert, dass einige Deutsche es nicht gelernt haben, in manchen Situationen besser zu schweigen, anstatt sich aufzuregen, und dass man sich „vielleicht auch manchmal anders ausdrücken“ kann (39). Zurückhaltung bezieht sich demnach auf das Zurückhalten von Emotionen und Worten, die den anderen verletzen, bloßstellen oder unter Druck setzen könnten. Die Achtung der Person des anderen wird über die eigene Befindlichkeit gestellt. Die eigenen Gefühle müssen zum Schutz des anderen und aus Achtung vor dem anderen kontrolliert werden. Das Zurückhalten ist dabei ein aktiver, bewusst herbeigeführter Prozess. Nach Meinung von B7 ist dieses Verhalten erlernbar und der Migrant wird in der Schweiz regelrecht in diese Verhaltensweisen und Kommunikationsregeln eingeführt.

B3(16) legt die Kommunikationsregeln sehr anschaulich dar:

*B3: ABER es ist, es IST SCHON anders. man ist zwar schneller per DU, aber [...] man hat trotzdem gewisse verhaltensregeln. (.) sich anzueignen. man redet immer im KONjunktiv. nicht=und man hält so formeln ein wie, erst sagt man GUTEN TA:G und WIE GE:HTS und blabla und erst !DANN! fragt man nach der=nach dem EIGENTLICHEN ANLIEGEN. [ok] (lachen) und NICHT, man kommt rein, HALLO ich hab DAS und DAS, ich brauch DAS und DAS und ich will JENES. (lachen) ne, also man kommt REIN und BEGR:ÜSST sich, ja sind alle DA:, und ja schö:n und wie ge:hts und wie war's am wochenende, Ü:brigens ich HÄ:TT:E d:a*

*noch eine Frage, KÖ:NNTEN SIE mir das und das, oder könntet IHR mir das erledigen. des ist also schon WICHTIG.*

Auch in diesem Zitat wird auf den respektvollen Umgang mit dem anderen hingewiesen. Dies äußert sich sowohl im Umgangston als auch im Einhalten allgemeiner Höflichkeitsregeln. Die Befragte demonstriert zwei Regeln: das Reden im Konjunktiv und das Einhalten von Formeln. Durch das Reden im Konjunktiv werden eigene Meinungen und Vorstellungen abgeschwächt und dem anderen die Möglichkeit eingeräumt, eine Bitte abzulehnen oder eine andere Meinung zu äußern. Der Begriff „Formel“ bringt zum Ausdruck, dass bestimmte Handlungen in einer festgelegten Reihenfolge erbracht werden müssen, vergleichbar mit rituellen Handlungen, die einen hohen Symbolcharakter haben. Als Deutscher wird man „schräg“ (19) angeschaut, wenn man sich nicht darauf einlässt. Es ist jedoch zu Anfang anstrengend und ungewohnt, weil man als Deutscher gelernt hat, seine Anliegen direkt vorzubringen und auch im Gespräch ziel- und zweckorientiert zu agieren. Die Art der Kommunikation in der Schweiz ist zeitintensiv. Sie ist nicht in erster Linie zielorientiert, sondern beziehungs- und personenorientiert. Wichtiger, als sofort mit der Arbeit zu beginnen oder ein Problem zu besprechen, sind die Begrüßung und der persönliche Austausch.

Das gegenseitige Loben ist ein weiteres Mittel, die Beziehung achtend zu gestalten. B4(24) führt aus, dass sie in der Schweiz ständig gelobt wird und ihr gesagt wird „Du bist toll“, während sie in Deutschland häufig vergeblich auf ein Lob oder eine anerkennende Geste gewartet habe.

B7(6) bringt zum Ausdruck, dass sie die andere Umgangsform über die Labor- und Berufsgrenzen hinaus wahrnimmt. Sie antwortet auf die Frage, ob sie in der Schweiz bestimmte Dinge überrascht hätten:

*B7: J::A. also ich glaub für mich war der GRÖSSTE UNTERSchied im bezug zur ARbeit IST als ERstes gewesen, dass hier in der schweiz net so stark hierARCHisch alles aufgebaut ist. also ich hab ein VIE:L angenehmeres arbeitsklima. ein sehr viel angeNEHmeres verhältnis zu den anderen krankenhausmitarbeitern vom HAUS, dass der umgangston was ganz anderes ist. dass es FREUNDlicher ist, dass es !JA! wie gesagt, nicht so ruppig und RAU und nicht so GELADEN zugeht, wie ich's vielleicht in deutschland erlebt hab. [...] einfach die umgangsfor= oder eigentlich nicht die umgangsform sondern GENERELL der, dass der TON hier so ein bisschen ANDers ist.*

Sie nennt zuerst die weniger ausgeprägte Hierarchie, das heißt, die Rangordnung zwischen den einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses ist nicht so stark ausgeprägt. Dies würde sich auf das „Arbeitsklima“ auswirken. Hierbei handelt es sich um eine meteorologische Metapher. Das jeweilige Klima ergibt sich aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Vorgänge und Umwelteinflüssen. Einer dieser Vorgänge ist der Umgangston. Bezogen auf die Umgangsform heißt dies, dass sich nicht nur das *Was* unterscheidet, sondern auch das *Wie*, nicht nur der Inhalt des Gesagten, sondern auch die Stimme, die Körpersprache und die Ausstrahlung. Es geht nicht um das formale Übernehmen von Verhaltensregeln, sondern um die innere Einstellung.

Ein weiteres Beispiel, aber aus schweizerischer Perspektive, schildert B2(11 ff). Sie migrierte, nachdem sie 17 Jahre lang in der Schweiz als BMA gearbeitet hatte, aus privaten Gründen nach Deutschland. Ihr fällt es schwer, sich auf die deutsche Art einzulassen, obwohl sie selbst Deutsche ist. Dieses Motiv wird in folgender Interviewpassage sehr deutlich zum Ausdruck gebracht:

*B2: die schweizer haben eine sehr HÖfliche, freundliche art miteinander umzugehen, vielleicht manchmal eben nicht so direkt, eher so ein bisschen hintenrum, beziehungsweise durch die BLume und in deutschland ist man doch SEHR DIREKT. u:nd, klar, die arbeitskollegen die ich jetzt habe, die sind eher (.) von ihrer ausdrucksweise DERber u:nd net ganz s:o, ähm, (3) hö:flich zueinander.*

*I: mhm, mhm, hast du auch das gefühl dass mit FEHLERN anders umgegangen wird?*

*B2: [...] hier in (Name, deutsche Stadt 2) ging's immer drum, WER war's?, wer war SCH:ULD? und der wurde dann auch so ein bisschen an den PRANGER gestellt, also es gab so einen PRELLbock in dem moment, (2) u:nd das war in der schweiz anders, da ist man, (3) da hat man eher nach einer LÖsung gesucht, [...] und war nicht so drauf beDACHT, dass die PERSON, ähm, (2) irgendwie zu OUTEN, oder zu, ja, (4) ähm, blo:ßzustellen. [...] also der umgang mit fehlern, (.) der war in der schweiz einfach, (.) AUCH freundlicher, zum einen. (lachen) und zum anderen (2), ja vielleicht ein bisschen (2) LÖSUNGsorientierter? (5) [mhm] und nicht einfach nur, DER hat jetzt einen fehler gemacht. und an DER lassen wir jetzt einfach unseren UNmut ab.*

*I: ja, ja. ist dir das SCHWER gefallen, am ANFANG, dich dann so auf das andere miteinander einzustellen?*

*B2: ja sehr, !SEHR!. ich konnt mit dieser art GARnet gut und (3) hat einfach MÜHE mit diesem rauem umgangsT:ON, das hat mir wirklich zu SCHAFFEN gemacht, weil mir das nicht GEFÄLLT und auch (2) zum teil GRÜßen die leute net, sagen nicht TSCHÜSS, oder (3) wenn man mal was zum frühstück mitGEBRACHT hat, also wenn ich mal was mitgebracht hab, ja die sagen auch groß. nicht DANKE, also irgendWIE?*

Der Umgangston in Deutschland wird mit ruppig, derb und rau umschrieben. Im eigentlichen Sinne bezeichnen diese Adjektive eine Oberflächen- oder Materialbeschaffenheit, die eher hart, abweisend, ursprünglich und widerstandsfähig ist. Jemand, der diese Eigenschaften zeigt, macht sich damit zwar nicht beliebt, ist aber auch nicht angreifbar oder verletzbar. An den Aussagen „geladen“ und „Unmut ablassen“ kommt zum Ausdruck, dass sich in den einzelnen Personen Druck aufgebaut hat, der in dem Moment, wo jemand eine Schwäche zeigt, abgelassen wird. Das Geladensein und der raue Umgangston bedingen sich gegenseitig. Durch das abschließende Anheben der Stimme im letzten Zitat wird deutlich, dass es für die Befragte nicht nachvollziehbar ist, warum selbst einfache Verhaltensregeln von ihren Mitarbeitern nicht eingehalten werden. Indem sie „was mitbringt“ versucht sie, das Betriebsklima zu verbessern, aber es gelingt ihr nicht. Durch den fehlenden zwischenmenschlichen Respekt kann Mobbing begünstigt werden.

Auffallend bei der Durchführung der Interviews war, dass viele der Befragten Mobbing-Situationen in Deutschland geschildert haben, die im Rahmen dieser Studie nicht detailliert aufgearbeitet werden können und sollen. Es kommt aber zum Ausdruck, dass es in Deutschland schwierig sein kann, wenn Schwächen offen gezeigt werden und eben nicht die „derbe“ und „raue“ Oberfläche präsentiert wird. B10(56) berichtet: „Wahrscheinlich bin ich zu lieb gewesen damals, ich kann mich nicht wehren. Ich bin so ein bisschen Opfer gewesen“. B4(23) schildert, wie sie von ihrer Kollegin beschuldigt wurde, ihre Arbeit fehlerhaft auszuführen und dass „immer eine Spannung“ war und sie sich irgendwann dann gesagt hat „ich muss weg, sonst geh ich da wirklich noch kaputt“. B1(45) konstatiert, „dass (in Deutschland) mehr gekämpft wird untereinander“. Im Kampf und in der Auseinandersetzung ist es wichtig, die eigenen starken und guten Seiten zu zeigen, wie beispielsweise B2(20) ausführt:

*B2: also man muss wirklich, sich (3) gut verkaufen, nicht nur verkaufen, sondern auch wirklich (2) sein KÖNNEN und WISSEN dem chef immer wieder DEMONSTRIEREN, oder HERVORHEBEN.*

Zurückhaltung kann als Schwäche interpretiert werden. Um im Kampf zu bestehen, muss der Einzelne sich kontinuierlich von seiner starken Seite präsentieren. Er muss für seine Qualitäten werben. Er erlebt sich als Konkurrent zum anderen.

B1(6) antwortet spontan auf die Frage, welche Unterschiede sie bei der Migration in die Schweiz festgestellt hat:

*B1: also die UNTERSchiede waren. in der SCHWEIZ ist es ein WESENTlicheres entsPANNteres und lockereres Arbeiten ohne MISSgunst, MISStrauen, !NEID!.*

Die Wahrnehmung des anderen erfolgt in Deutschland unter dem Aspekt der Gefährdung. Ich gönne dem anderen nichts und habe Angst, dass auch er mir nicht gut gesonnen ist. Neid bezieht sich zusätzlich auf die höhere Position, die der andere innehat. Missgunst, Misstrauen und Neid schützen davor, übervorteilt zu werden. Sie entstehen dann, wenn ein kostbares Gut oder eine begehrte Position nur in begrenztem Maße vorhanden ist und eine Konkurrenzsituation eintritt. Dieses wertvolle Gut ist nach B1 der Arbeitsplatz, der in Deutschland aufgrund der „saumiserablen“ (4) Stellensituation nur begrenzt zur Verfügung steht. Dieser Druck ist in der Schweiz nicht vorhanden. Sie empfindet es lockerer und entspannter, weil sie sich bezüglich ihres Arbeitsplatzes „keine Gedanken“ machen muss. Sie hätte auf einem „sehr geringen Kreise eine Riesenauswahl“ (10). Sehr drastisch kommt dies (9) in folgendem Zitat zum Ausdruck:

*B1: man weiß man kann auch mal ein FEHLER machen, man kann auch mal komplett FALSCH mit einer meinung liegen ohne dass einem gleich der KOPF abGEHACKT wird oder dass man halt das KÜNDIGUNGSSchreiben in der hand hat.*

Mit „der Kopf abgehackt“ wählt sie ein sehr ausdrucksstarkes Bild für eine Sanktion. Die Person ist in höchstem Maße existenziell bedroht. Das Kündigungsschreiben stellt in Deutschland aufgrund der schlechten Arbeitsmarktsituation eine massive Bedrohung dar (10). Der Einzelne hat Angst um seinen Arbeitsplatz und steht deshalb unter dem Druck, besser sein zu müssen als der andere und keine Fehler machen zu dürfen. Der andere wird nicht als Partner, sondern als Konkurrent oder potenzieller Feind gesehen. In Deutschland herrscht nicht nur der Druck, schnell arbeiten zu müssen, sondern auch der, keinen Fehler machen zu dürfen beziehungsweise keine Schwächen zeigen zu dürfen. B2(32) beschreibt, dass dieser Druck auch von ihrem Chef in Deutschland ausgeht, der ein Perfektionist sei und „sehr hohe Ansprüche“ stelle.

Zurückkommend auf die zu Beginn des Abschnittes gestellte Frage, welche impliziten Spielregeln in Deutschland und in der Schweiz gelten, kann Folgendes subsumiert werden: In Deutschland steht die schnelle, fehlerfreie und zielorientierte, effektive Arbeit im Vordergrund. Der eigene Erfolg wird teilweise auf Kosten der anderen angestrebt. Der Einzelne wird eher über seine Arbeit als über sein Verhalten definiert und es werden teilweise hohe Ansprüche an den Einzelnen herangetragen. Es wird akzeptiert und ist teilweise sogar notwendig, sich von dem anderen abzugrenzen und abzuheben sowie die eigenen Stärken hervorzuheben. Die Berufstätigen stehen aufgrund der schlechten Stellensituation untereinander in einer Konkurrenzsituation. Der andere wird eher als potenzieller Feind wahrgenommen. In der Schweiz steht das

Miteinander im Vordergrund. Es ist wichtig, sich im Team zu integrieren und sich an allgemeine Verhaltensregeln zu halten, sowohl die Umgangsform als auch den Umgangston betreffend. Die Kommunikation ist über die Berufsgrenze hinaus beziehungsorientiert ausgerichtet und von Zurückhaltung geprägt. Wichtiger als eigene Emotionen auszuleben, ist der respektvolle Umgang. Dieses Verhalten wird aktiv eingefordert.

### 5.1.3 Anerkennung und Legitimation der deutschen Ausbildung

Der Mangel an diplomierten BMA in der Schweiz führt dazu, dass Laborleiter und private Institute gerne auf deutsche MTLA zurückgreifen. Zum einen sind die sprachlichen Barrieren gering, zum anderen wird die deutsche Ausbildung bezüglich ihrer Qualität geschätzt, was folgendes Zitat von B8(34) belegt:

*B8: die meisten !KENNEN! die deutsche AUSbildung und sind Elgentlich nicht abgeneigt die leute EINzustellen. das einzige proBLEM was sich meistens DARstellt ist, WENN die leute sich diREKT aus deutschland beWERben, müssen WIR, [...] natürlich beGRÜNDEN WARUM wir NICHT in der SCHWEIZ jemanden einstellen. warum AUSgerechnet es jemand aus DEUTSCHland sein muss.*

Politisch wird eine Begrenzung der Zuwanderung angestrebt, was auch die Verabschiedung der Ventilklausel im April 2013 verdeutlicht (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2013). Dies hat zur Folge, dass zumindest öffentliche Einrichtungen ihre Entscheidung für einen deutschen Mitarbeiter begründen müssen. Trotzdem war es für alle Interviewpartner relativ einfach, eine Arbeitsstelle in der Schweiz zu finden und nach wie vor sind deutsche MTLA in der Schweiz gefragt (vgl. Grüning & Dolder, 2009). B1 und B8 berichten, dass schweizerische Firmen direkt an deutschen MTLA-Schulen potenzielle Mitarbeiter anwerben. Im *MTAdialog* stehen etliche Stellenannoncen von schweizerischen Firmen und Instituten. B7(7) hat das Gefühl, dass in den letzten zwei Jahren die Anzahl deutscher Mitarbeiter stark zugenommen hat. Dies zeigt, dass die Bemühungen der Schweizer Regierung, die Einwanderung aus dem Ausland zu stoppen, bislang den Rückgriff auf deutsche MTLA nicht unterbinden konnte.

Wie bereits in Kapitel 2.3 beschrieben, müssen ausländische Bildungsabschlüsse der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der Schweiz vom SRK anerkannt werden. In der Praxis verlangt nicht jeder Arbeitgeber diese Anerkennung und bislang war es ohne Weiteres möglich, ohne offizielle Anerkennung einen Arbeitsplatz zu finden und berufstätig zu sein. So berichtet B4(9), dass in ihrem Vertrag „angestellt als BMA“ steht und ihr Chef meint „das ist das Gleiche“ wie MTLA. Sie arbeitet bis dato ohne Anerkennung. Auch B6(11) konstatiert „in unserem Bereich braucht man das nicht unbedingt, die Anerkennung.“ Sie arbeitet in einem polyvalenten Labor eines Kantonsspitals.

In den öffentlichen Instituten und Krankenhauslaboren wird die Anerkennung von politischer Seite immer häufiger eingefordert. B5(15) schildert, dass manche Betriebe die Auflage haben, dass 80 % des Personals eine SRK-anerkannte Ausbildung besitzen. Bislang war es unproblematisch, die Anerkennung durch das SRK zu erhalten. Es genügte, die entsprechenden Unterlagen einzureichen. Gegen Entrichtung einer Gebühr wurde die Anerkennung durch das SRK bestätigt. B6(11) stellte ihren Antrag vor zwei Jahren. Sie hatte in Deutschland 1993 nach der Mittleren Reife den MTLA-Titel nach nur zweijähriger Ausbildung erworben. Ihrem Antrag wurde nach Einreichung

der Unterlagen und des Lehrplans stattgegeben. Dies unterliegt gegenwärtig jedoch aufgrund der Anhebung der BMA-Ausbildung auf Tertiärniveau einem Veränderungsprozess und es werden Ausgleichsmaßnahmen eingefordert. B10(13) meint, dass „immer mehr verlangt wird“, weil man „so ein Riegel verschieben will“, um die Einwanderung zu begrenzen, was aber nicht gelänge. B5 stellte den Antrag in diesem Jahr. Von ihr wurden Ausgleichsmaßnahmen verlangt, obwohl sie das Abitur und eine dreijährige Ausbildung vorweisen konnte. Sie schildert (14) die aktuellen Veränderungen folgendermaßen:

*B5: des problem war nu:r, dass, dass die deutsche ausbildung auf [...] ner anderen ausbildungsstufe ist wie die schweizer ausbildung. [mhm] früher war des GLEICH [...] und vorher war des wirklich nur ne formale sache. da musste man wirklich nur den ANTRAG stellen, und einen betrag von ich glaub fünfhundert FRANKEN zahlen und dann hat man wirklich eigentlich postwendend die anerkennung bekommen. und jetzt seit zweitausendacht die schweizer ausbildung im niveau ANgestiegen ist, [...] ist des jetzt ein bisschen schwieriger. [mhm] genau. da sagen jetzt die schweizer, ja dass die ausbildung in deutschland jetzt MINDERwertig wär. und wir halt eben (.) MEHR- also dass wir eigentlich ein WISSEN- eine WISSENS:LÜCKE hätten. [ok] was ja eigentlich QUATSCH ist, weil wir ja eigentlich seit JAH:REN hier schon arbeiten und ALLES wunderbar immer funktioniert hat. aber auf einmal heißt's halt dass wir NICHT auf dem gleichen NIVEAU wären wie die schweizer. und, ja also die an=also die antragSTELLUNG lief genau gleich wie früher eigentlich, nur dann heißt's dann eben, man wurde ABgelehnt.*

Hier wird eine Diskrepanz zwischen Qualifikations- und Legitimationsfunktion der Ausbildung beschrieben. Obwohl sich bezüglich der Qualifikation der Ausbildung in Deutschland und in der Schweiz ihrer Meinung nach nichts Grundlegendes geändert hat und diese sich im Berufsalltag seit Jahren bewährt hat, wird die nun eingeforderte Legitimation mit einer Wissenslücke, also einer mangelhaften Qualifikation begründet. Die Aussage, dass „alles wunderbar immer funktioniert hat [...] und jetzt auf einmal“ verweist auf eine abrupte, unvorhergesehene Unterbrechung eines Kontinuums. Sie ärgert sich darüber, dass sie den Antrag nicht früher gestellt hat und sie von niemandem auf diesen Veränderungsprozess hingewiesen wurde (17). Nun musste sie entweder eine Prüfung ablegen oder einen Anpassungslehrgang absolvieren. Sie entschied sich für den Lehrgang, da ihr niemand sagen konnte, welche Themen in der Prüfung abgefragt werden. Der dreitägige Kurs fand an einer BMA-Schule statt und beschränkte sich inhaltlich auf das schweizerische Rechtssystem (9). Zusätzlich war eine Facharbeit zu schreiben. Die Facharbeit entsprach bezüglich Umfang und Niveau der Diplomarbeit, die die schweizerischen BMA im Rahmen ihrer Ausbildung anzufertigen haben. Trotzdem erhielt sie am Ende nur die Gleichstellung, darf aber nicht den Titel *Diplom* tragen, wie in folgender Passage (13) verdeutlicht wird:

*B5: die schweizer heißen ja diploMIERTE BIO:medizinische anaLYTIKER H:F [...] des ist also ein eidgenössisch geschützter TITEL. den dürfen die wirklich nur machen wenn sie die GESAMTE ausbildung in der schweiz durchlaufen haben. [...] ich heiß jetzt einfach halt BIO-MEDIZINISCHE ANALYTIKERIN !NIVEAU! HF. [ok] also des ist also ein TITEL der NICHT geschützt ist und weil's sonst einfach SCHWIERIG ist, wenn jetzt irgendjemand ins labor rein kommt, und auf einmal hab ICH nen anderen titel und was MACH ich dann DA überhaupt. und so weiter. des ist dann quasi so ein bisschen ANGEglichen geworden. aber den gleichen TITEL trag ich NIE.*

Sie unterscheidet hier ganz klar zwischen der Gleichstellung bezüglich des Niveaus und dem Tragen des Titels. Mit dem Wort „nie“ bringt sie zum Ausdruck, dass es außerhalb ihrer Möglichkeiten liegt, die vollkommene Angleichung mit Diplom zu erhalten (vgl. B10(13)). Trotzdem ist es ihr wichtig, dass die Berufsbezeichnung auf dem gleichen Niveau anerkannt ist, um gegenüber Kollegen und insbesondere neuen Mitarbeitern in ihrer Position nicht anfechtbar zu sein. Dies war auch der Grund für die Beantragung der Anerkennung bei B8(9):

*B8: des ging von mir perSÖNlich aus, weil ich jetzt eben=also wir haben jetzt eine NEUE MITarbeiterin. [...] und bei IHR hab ich halt=ME:RK ich, dass SIE ein proBLEM damit hat, dass ich die TEAMleitung, die STELLvertretung habe, aber Elgentlich nicht ANERKANNT bin. (.) und um MIR da mehr SICHERheit zu geben. auch PERSönlich mehr sicherheit hab ich mich eigentlich JETZT entschieden die anerkennung zu MACHen.*

Die Befragte arbeitet seit neun Jahren in der Schweiz. Sie erlebt aktuell eine Unsicherheit und fühlt sich angreifbar, da die Ausbildung nominell nicht auf dem gleichen Niveau ist. Die Beantragung der Anerkennung und Gleichstellung ist ihre Reaktion auf diese Veränderung. Damit will sie sich aus der Gefahrenzone bringen, um nicht von schweizerischen Kollegen hinsichtlich ihrer Fachkompetenz in Frage gestellt zu werden. Sie beschreibt, dass der Vergleich der Ausbildungsqualität zunehmend zum Diskussionsthema unter den Kollegen wird (4f):

*B8: es GIBT immer die diskussion sind die AUSbildungen GLEICHwertig. ist die eine BESSER, ist die andere (.) WE:niger gut. [...] u:nd da gibt es halt immer diskrepanzen weil, [...] die BMAs sagen halt immer, JA IHRE ausbildung ist besser. MTLA, wenn ich's jetzt verGLEICHE dann sind sie mindestens GLEICHwertig. [...] wenn ich mich jetzt mit unseren STUdenten [...] unterhalte. DIE schreiben nur EINE diplomarbeit wo wir ja VIER geschrieben haben. (.) und die können es sich halt auch nicht WÄHLEN in welchen FÄCHERN sie PRAKtikum machen. also die machen die PRAKTIKA nicht alle GLEICH, wie's in DEUTSCHland ist. [ja] die gehen nicht in JEDES labor. [...] und EIN FACH fällt eigentlich IMMER unten durch.*

Sie ist darüber verärgert, dass sie die Qualität ihrer Ausbildung unter Beweis stellen muss, obwohl die schweizerische Ausbildung ihrer Meinung nach nicht besser ist. Sie verteidigt die Qualität der deutschen MTLA-Ausbildung mit dem Argument, dass die MTLA in allen Fachbereichen eine Belegarbeit zu schreiben haben, die BMA sich aber nur einem Fachbereich vertiefend zuwenden und damit nicht umfassend qualifiziert sind. Mit der dichotomen Verwendung der Präpositionen „wir“ und „die“ positioniert sie sich als Deutsche und grenzt sich ganz klar von ihren schweizerischen Kollegen ab. Auch andere Befragte verteidigen die deutsche Ausbildung vehement und stellen Qualifikationsfunktion und -standards der schweizerischen Ausbildung in Frage. B5(19f) proklamiert:

*B5: also vom PRAKTISCHEN arbeiten her haben die schweizer den DEUtschen einiges vor-AUS. würd ich sagen. ALLERDINGS (.) sind sie relativ spezifisch auf das LABOR wo sie GLERNT haben. also wir in DEUTSCHland, also ICH bin der MEInung zumindest, wir haben so die GRUNDlagen gelernt, und eher die probleMATIK, WIE geh ich an ein neues GERÄT oder neue ANALYSEmethode, wie GEH ich da RAN? wie SCHAFF ich des, dass ich des SELBER auf eigene FAUST ähm. beWÄLTIGEN kann. alles. und die schweizer lernen einfach die gerÄTE wo halt eben, oder die ARbeitsmeTHO:DEN wo halt in dem labor wo sie grad SIND, aber OB sie nachher DAS in einem ANDEREN labor, wo ANDERE geräte sind und ANDere METHODEN sind, dann auch UMsetzen können, bezweifel ich so ein bisschen. [...] wenn man [...] jemand der ne DEUTSCHE ausbildung gemacht hat HINSTELLT und ne arbeitsan-*

*leitung gibt, dann können die des VIEL schneller UMsetzen, als eine SCHWEIZER person, die die SCHWEIZER ausbildung g'macht hat, weil die einfach VIEL zu fixiert auf diese laBORE sind wo sie WAREN. und des ganze theoREtische hintergrundwissen eigentlich gar nicht so wirklich DRAUF haben.*

Sie positioniert sich fremd (die Schweizer - die Deutschen), nimmt so die Rolle eines neutralen Beobachters ein und vermittelt auf diese Weise ihre Kompetenz zur Einschätzung der Situation. Gleichzeitig flicht sie ihre eigenen Erfahrungen ein und versucht so, mit subjektiven Argumenten die scheinbar objektive Beobachtung zu untermauern. Zentral ist die Aussage, dass das Wissen, das bei der deutschen Ausbildung vermittelt wird, universeller sei und flexibler auf verschiedene Anforderungen im Arbeitsalltag übertragbar. Demzufolge wären deutsche MTLA hinsichtlich der Fach- und Methodenkompetenz den schweizerischen Kolleginnen überlegen. Die Gewichtung der schweizerischen Ausbildung auf einen größeren Praxisteil kritisiert B7(21) mit einem Zitat aus ihrer MTLA-Schulzeit:

*B7: da ist mir einfach mal ein SATZ geblieben wo jemand gesagt hat „also HIER die THEORIE lernsch hier, ARBEITEN lernsch noch früh genug.“ (lachen) und des STIMMT auch. [...] und eben des find ich jetzt hier so ein bisschen ein FALSCH=also für !MICH! ein !FALSCHER! schwerpunkt. also mehr den SCHWERpunkt auf die beDIENUNG und auf die kenntnisse vom geRÄT legt und NET- sozusagen für mich veraltet ein gerät aber des wissen WIE's funktioniert net.*

Hier wird ein weiterer Aspekt aufgegriffen: Die deutsche Ausbildung sei auch in der zeitlichen Dimension flexibler und universeller, da das vermittelte Wissen eine längere Halbwertszeit habe. Die Befragte kommt nach Abwägung einiger Aspekte zu dem Schluss, dass das schweizerische Ausbildungskonzept „falsch“ ist. Sie betont, dass das ihre eigene individuelle Meinung ist. Damit vermeidet sie, einen überheblichen Standpunkt einzunehmen. Sie überlässt es dem Zuhörer, ob er sich ihrer Meinung anschließt, greift dabei aber auf eine kontrastreiche Ausdrucksweise zurück, um ihn doch von ihrer Meinung zu überzeugen. Die Rhetorik der Zitate zeigt, mit welcher Leidenschaft argumentiert wird.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anhebung der Ausbildung in der Schweiz sich auf deutsche Migranten auf zweierlei Weise auswirkt. Zum einen wird es zunehmend schwieriger, die SRK-Anerkennung zu erlangen, da zusätzliche Ausgleichsmaßnahmen eingefordert werden, zum anderen geraten sie gegenüber den Kollegen in einen Legitimierungszwang, welcher dazu führt, dass sie die Qualität ihrer deutschen Ausbildung vehement verteidigen. Im Arbeitsalltag erleben deutsche MTLA, dass ihre Ausbildung sehr gut mit dem Niveau der schweizerischen Ausbildung Stand halten kann. Auch schweizerische Laborleiter greifen nach wie vor gerne auf deutsche MTLA zurück und erkennen die Qualität der Ausbildung an.

## 5.2 Berufszufriedenheit und Handlungsspielraum

Der Begriff der Berufszufriedenheit ist unscharf und wenig greifbar. Bei Zufriedenheitsäußerungen ist nur schwer feststellbar, ob diese tatsächlich durch die Situation bedingt werden oder einfach nur daher kommen, dass Erwartungen aufgegeben wurden oder der Befragte sich mit wenig zufrieden gibt (Neuberger, 1985). Bei der Erhebung der Daten wurde deshalb versucht, das Phänomen der Berufszufriedenheit



aus mehreren Perspektiven zu beleuchten, um herauszufinden, nach welchen Kriterien die Befragten bestimmte Arbeitssituationen und Arbeitshandlungen bewerten. Bei der Auswertung wurde das komplette Datenmaterial auf wertende Äußerungen durchgesehen. Es hat sich gezeigt, dass die Deutungsmuster, die der Beurteilung zugrunde gelegt werden, sehr eng verwoben sind mit den Freiräumen, die potenziell zur Persönlichkeitsentfaltung eingenommen werden können. Deshalb werden in diesem Kapitel die beiden entsprechenden Teilfragen gemeinsam bearbeitet.

### 5.2.1 Arbeitsmarkt: Angebot und Nachfrage

Bei der biografischen Analyse der Interviews fiel auf, dass sich die Stellensuche in Deutschland wesentlich schwieriger gestaltete als in der Schweiz. B10(6) berichtet beispielsweise, dass sie, um in der Schweiz einen Arbeitsplatz zu finden, nur eine Bewerbung schreiben musste. B7(9) hatte auf vier Bewerbungen drei Zusagen. In Deutschland hatte sie hingegen nach der Ausbildung Schwierigkeiten, eine Stelle zu finden und ging noch am letzten Tag ihrer Ausbildung davon aus, zunächst arbeitslos zu sein. Für B6(5) war die vergebliche Stellensuche in Deutschland der Grund für die Migration in die Schweiz. B4(30) führt aus, dass sie in Deutschland 2009 nach ihrer Ausbildung 70 bis 80 Bewerbungen geschrieben und nur Absagen bekommen habe. Im folgenden Gesprächsausschnitt reflektiert sie eine Beratungssituation in der Arbeitsagentur (31):

*B4: was ich TOtal LÄCHerlich fand in DEUTSCHland, (lachen) dass ich ähm, mit der HAUPTschule angefangen hab, mittlere REIFE g'macht hab dann noch allgemeinbildendes abiTUR, dann MTA-AUSbildung und dann !HARTZ! !VIER! empfänger WAR, einen !MONAT!. (.) ja zuerst dacht ich, ich SPINN. ja. und dann hat die FRAU zu mir gesagt, „ja sie müssen fünf bewerbungen schicken“ und dann hab ich bloß G'LACHT, und hab gsagt „SIE, ich hab grad siebzig ABgschickt“. (lachen) also-, und des ARBEITSamt find ich (.) schrecklich in DEUTSCHland, weil, (.) die wissen !GAR! NET was ne mta IST.*

Sie beschreibt im Interview, wie sie zielstrebig und konsequent ihren Berufswunsch MTLA verfolgt hat. Sie erlebt es als Bruch, als persönliche Krise, dass sie trotz eines erfolgreichen Berufsausbildungsabschlusses keine Stelle findet. „Ich spinn“ drückt aus, dass es ihr damals schwer fiel, diese Situation anzunehmen. Das Lachen kann als Form der Ironie oder emotionalen Implikatur gedeutet werden, die darauf verweist, wie irrational und unfassbar diese Situation für die Betroffene heute noch ist. Die Tragik wird dadurch verstärkt, dass die Beraterin nicht weiß, was eine MTLA. Die Befragte fühlt sich so mit ihrem Problem alleine gelassen. Es kann ihr nicht geholfen werden. Sie führt dieses Erlebnis noch weiter aus und beschreibt, dass es in der Schweiz viele Stellenausschreibungen für MTLA gibt und schließt mit dem Fazit (39):

*B4: und in deutschland hockt man geNAUso drei jahre da, muss beZAHLEN für die schule, kriegt kein GEHALT. und ja, und hockt später HIER auf dem trockenen dann, weil's zu wenig stellen gibt.*

Sie verallgemeinert ihre Erfahrung auf ganz Deutschland. Die Metapher „auf dem Trockenen sitzen“ deutet darauf hin, dass es nicht weiter geht und gleichzeitig keine Versorgung vorhanden ist. Sie findet das ungerecht, da sie im Vergleich zu den Schweizern mehr in die Ausbildung investiert hat.

Die Arbeitsmarktsituation wirkt sich auch dann auf die Berufszufriedenheit aus, wenn zum aktuellen Zeitpunkt der Arbeitsplatz gesichert ist, was durch folgendes Zitat von B1(11) belegt werden kann:

*B1: man muss sich ja keine geDANKEN machen, wenn es mir in DER firma nicht mehr geFALLEN würde, da hätte ich auf einem sehr geringen KREIS ne RIESEN AUSWAHL wo ich mich beWERben könnte [...] und da ist natürlich dann auch ne ganz andere GRUNDhaltung und EINStellung zu den ganzen SACHEN als wie wenn man um seinen JOB BANGEN muss, sich genau an jeder ECKE überlegen muss, KANN ich überhaupt gehen, MUSS ich eventuell wenn irgendwelcher psychoTERROR oder irgendwelches MOBBING oder sonst irgendwelche negativen SACHEN sind, die ich nicht tolerIEREN will oder KANN, TROTZdem in der Firma bleiben und SO WAS. und DAS sind halt alles so SACHEN, wo man sich nicht unbedingt hier geDANKEN machen muss.*

Das Wissen, jederzeit einen anderen Arbeitsplatz finden zu können, vermittelt Sicherheit und Sorglosigkeit. In Deutschland muss man „bängen“, bei Entscheidungen einkalkulieren, wie weit man gehen kann, ohne ein Risiko einzugehen. Das kann so weit gehen, dass große psychische Belastungen ertragen werden müssen, weil keine andere Alternative zur Verfügung steht.

Dass diese Gedanken nicht abwegig sind, zeigt die Ausführung von B2(44), die beschreibt, dass an ihrem Arbeitsplatz in Deutschland die Mitarbeiter „geknechtet“ werden und dass „nicht gut mit den Leuten umgegangen wird“.

B5(52) nennt einen weiteren Aspekt, den die gute Stellensituation in der Schweiz für sie bringt. Die folgende Passage ist ein Ausschnitt aus der Antwort auf die Frage, ob sie den Beruf MTLA noch einmal wählen würde:

*B5: und halt eben was, WAS ich immer noch !TOLL! find. wenn ich jetzt irgendwann sag, ich hab GENUG von der hämaTOLOGIE, dann GEH ich in ein anderes laBOR und mach KLInische CHEMIE oder mach BAK oder so was. ich hab so viel MÖGlichkeiten eigentlich. mit der ausbildung. so ein brei:tes FELD. (.) wo ich mich einfach immer für ZEHN jahre irgendwo spezialisieren könnte und DANN wieder was NEUES mach. wenn ich dann keine LUST mehr hab, dann muss ich keine NEUE ausbildung machen sondern kann wirklich einfach IN dem gleichen JOB ein anderes FACHgebiet lernen. des find ich eben schon noch SUpEr. jetzt in DEUTSCHLAND glaub ich würd ich's vielleicht NICHT mehr machen.*

Auch hier geht es um die potenzielle Möglichkeit, die sie als MTLA hat. Sie arbeitet momentan in der Hämatologie, hält es aber in der Schweiz für völlig unproblematisch, jederzeit in ein beliebiges anderes Fachgebiet wechseln zu können. Sie findet es toll, obwohl sie aktuell keinen Gebrauch davon machen will. Sie geht davon aus, dass die Vielzahl der Stellenangebote auch weiterhin langfristig zur Verfügung. Das ist für sie ein Grund, den Beruf in der Schweiz positiv zu bewerten.

Auch andere Befragte beschreiben, dass sie ihre persönlichen Ansprüche bei der Stellensuche in der Schweiz geltend machen konnten.

B3(23) schildert, dass die Zeit für den Mutterschutz in der Schweiz nur 16 Wochen beträgt und das Betreuungsangebot für Kinder sehr viel schlechter sei als in Deutschland. Bei der Stellensuche nach der Geburt des zweiten Kindes stellt sie die Bedingungen, sich generell die Ferien freinehmen zu können und nur vormittags zu arbeiten. Sie erklärt: „Ich bin erst mal Mutter und organisiere mein Berufsleben um die Kinder herum“ (31). Trotzdem hat sie keine Probleme, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden. Es reichen zwei Telefonate. Der Arbeitgeber meint: „Na, das ist

doch schon mal was", und sie erhält unter den von ihr gestellten Bedingungen eine Zusage.

Im Gegensatz dazu sucht B2(8) im süddeutschen Raum über ein halbes Jahr nach einer 80 % Stelle und muss schließlich einen Fahrweg von 60 km in Kauf nehmen.

B10(26) legt dar, dass es in Deutschland nicht möglich war, eine unbefristete Stelle zu finden, während in der Schweiz die Labore Mühe haben, ihre Stellen zu besetzen und daher fast ausschließlich unbefristete Stellen angeboten werden. B1(30) deutet das folgendermaßen:

*B1: befristete ARBEITSverträge sind, was in DEUTSCHland in den SPITÄLERN, also in den KRANKENhäusern ja auch gerne bei LABORANTEN oder ÄRZTEN gemacht wird, dass man DIE: an kurzer STANGE hält, dann muss ich sagen, dann kann man hier wesentlich BESSER leben, schon weil man UNbefristete ARBEITSVERTRÄGE hat, und wenn einem der JOB SPASS macht ist man !DABEI! und wenn das TEAM stimmt.*

Durch befristete Arbeitsverträge sieht sie den Handlungsspielraum begrenzt und es besteht eine fortwährende Kontrolle und Abhängigkeit, was sie durch die Redewendung „an kurzer Stange gehalten" zum Ausdruck bringt. Die Verwendung des Passivs deutet auf ein Ausgeliefertsein hin. Die Lebensqualität wird dadurch beeinträchtigt. In der Schweiz gibt es lediglich zwei Voraussetzungen, um „dabei“ zu sein: dass die Arbeit Spaß macht und dass das Team stimmt.

Zusammenfassend kann ausgeführt werden, dass die Lage auf dem Arbeitsmarkt sich massiv auf die Berufszufriedenheit auswirkt. In Deutschland führen die wenigen Stellenangebote dazu, dass die Angst vor einer möglichen Kündigung in Entscheidungsprozesse einbezogen wird. Individuelle Ansprüche werden sowohl bei der Arbeitsplatzsuche als auch bei der Gestaltung der Arbeit zurückgestellt. Diese Ansprüche können sowohl die Rahmenbedingungen wie Fahrweg, unbefristeter Arbeitsvertrag und Arbeitszeit betreffen als auch die subjektiven Ansprüche an das Arbeitshandeln und das Betriebsklima. Mitunter werden diesbezüglich deutliche Abstriche in Kauf genommen.

In der Schweiz besteht die Möglichkeit, jederzeit einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Es wird davon ausgegangen, dass diese Option langfristig zur Verfügung steht. Generell sind die Arbeitsverträge in der Schweiz eher unbefristet und der Arbeitnehmer kann selbst entscheiden, wann er den Arbeitsplatz wechselt. Er kann dabei subjektive Ansprüche geltend machen.

### 5.2.2 Abwechslung und Kompetenzentwicklung versus Routine

Ein weiteres Kriterium für die Bewertung der Berufszufriedenheit stellt der Abwechslungsreichtum der Arbeit dar, wobei die Unterschiede im Ländervergleich teilweise nicht ganz so prägnant illustriert werden. So ist es beispielsweise sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz in einem polyvalenten Labor üblich, in einem bestimmten Turnus intern den Arbeitsplatz zu wechseln. Das ist meist auch notwendig, da an Wochenenden und in Nachtdiensten in der Regel nur ein Mitarbeiter für alle Bereiche verantwortlich ist und deshalb jeder alle Arbeitsbereiche beherrschen muss.

B5(31) bemerkt zu ihrer Arbeitsstelle in Deutschland, dass sie es „immer schön" fand, dass sie „verschiedene Bereiche gleichzeitig" machen konnte. B3(5) legt zu ihrem ersten Arbeitsplatz in der Schweiz Folgendes dar:

*B3: deshalb fand ich das schon TOLL, dass ich eigentlich NACH der ausbildung DIESE stelle hatte, da hat mir eigentlich nur die histologie gefehlt [ja] und ansonsten konnt ich [...] auf allen bereichen berufserfahrung sammeln. und DA hab ich gedacht, das ist auf jeden fall, (.) !TOLL! jetzt zum ANFANGen, so BREIT zu bleiben [ja] vom wissen her.*

Mit „toll“ drückt sie emotional ihre Zufriedenheit aus. Das gleichzeitige Arbeiten in verschiedenen Fachbereichen wird von ihr als Chance wahrgenommen. Hinter dem Wort „sammeln“ steht die Metapher eines Behälters, in den additiv verschiedene „Gegenstände“ hineingetan werden. Im Beruf ist es die Erfahrung, die den Behälter füllt. „Breit zu bleiben“ deutet darauf hin, dass bereits eine Vielzahl unterschiedlicher „Gegenstände“ enthalten sind, durch das Fachwissen, das bei der Berufsausbildung in den verschiedenen Fachbereichen erworben wurde. Es besteht die Gefahr, dieses mit der Zeit zu verlieren. Ihr ist es wichtig, sowohl die Vielfältigkeit als auch die Menge des Wissens zu bewahren und zu erweitern. Dieses Ziel kann sie durch das Arbeiten in mehreren Fachbereichen erreichen. Sie arbeitet schwerpunktmäßig in der Mikrobiologie. Auch innerhalb dieses Fachbereiches beschreibt sie ihre Arbeit als abwechslungsreich (35).

B4(13) stellt einen Zusammenhang zwischen dem erworbenen MTA-Schulwissen und der Arbeitsplatzorganisation her. Sie wechselte von einem großen veterinärmedizinischen Labor in Deutschland in ein kleines in der Schweiz.

*B4: also ich find des jetzt [...] INTERESSanter, weil ich viel mehr ABwechslung hab. in (Name, süddeutsche Stadt 1) [...] da war ich halt nur in EINER abteilung, und des in der MOLEKULARbiologie, und JETZT [...] kann ich jetzt auch in der BAKT arbeiten, in der HÄMA, in der CHEMIE (.) und man macht, JA, man (.) hat dann jeden TAG auch mit DEM zu tu:n, was man auch !GLERNT! HAT in der mta-schule [mhm] und VORher, (.) in die abteilung und ZACK da BLEIBSCH du jetzt und (.) ja, man verGISST das schul- des geLERNTE, einfach alles.*

Auch sie sieht die Gefahr, das in der Ausbildung gelernte Wissen zu verlieren, wenn sie nur in einem Fachbereich arbeitet. Sie führt die in Deutschland erlebte Einschränkung zum einen auf die Laborgröße, zum anderen auf die gesetzliche Lage zurück, welche Lebensmitteluntersuchungen in einem veterinärmedizinischen Labor nicht erlaubt. Der Imperativ, mit dem sie die Zuweisung des Arbeitsplatzes in Deutschland wiedergibt, weist darauf hin, dass es von der Leitung nicht angestrebt wurde, den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter interessant und attraktiv zu gestalten und ihr keine andere Wahl blieb, als den Wissensverlust in Kauf zu nehmen.

Andere Befragte berichten, dass in Deutschland bezüglich der Weiterbildung wenig getan wird, um das Wissen der Mitarbeiter zu erhalten und zu vertiefen. B2 hat eine leitende Position in einem Privatlabor in Deutschland. Sie resümiert (25):

*B2: aber prinzipiell in diesem betrieb werden FORTbildungen für die histologielaborantinnen NICHT großartig gefördert und auch nicht von der chefin sozusagen ähm (.) an die leute herANGEtrogen, d:a (3) geht nicht viel.*

„Da geht nicht viel“ beschreibt, dass der Mitarbeiter, selbst wenn er sich darum bemüht, wenig Möglichkeiten hat, Weiterbildungen zu besuchen. Sie legt dar, dass sehr viele ihrer Kolleginnen über Jahre hinweg keine Weiterbildung besucht haben. In der Schweiz ist das in der Regel anders. Jährliche Fortbildungen, der Besuch von Kongressen und hausinterne Bildungsmaßnahmen sind üblich. Sie berichtet, dass sie durch ihre lange Arbeitszeit in der Schweiz die am besten ausgebildete Mitarbeiterin sei

und ihr Chef deshalb auch bestrebt ist, sie zu behalten (26). Sie wertet die Möglichkeiten, die sie in der Schweiz hatte, heute noch als Chance, als Bereicherung (47):

*B2: ich hab so viel, ähm, WISSEN bekommen, durch die Ausbildung in der Schweiz und durch diese Jahre in dem Kantonsspital, dass ich das nicht MISSEN möchte. also, das ist ne sehr gute (3) Chance gewesen für mich.*

Auch andere berichten, dass sie bezüglich Weiterbildungen in der Schweiz mehr Möglichkeiten haben. B10(18) führt aus:

*B10: ja. man WIRD aber auch besser gefÖRDERT und man HAT auch mehr Möglichkeiten für WEITERbildungen. das KANNT ich DA:mals in DEUTSCHland nicht so:. [ok] also man wird hier wirklich FAST schon geZWUNGEN Weiterbildungen zu machen und HINzuehen.*

Die Initiative muss in der Schweiz nicht vom Mitarbeiter ausgehen. Es wird von ihm regelrecht erwartet, dass er Weiterbildungen besucht. Das Passiv des „gefördert werden“ weist darauf hin, dass er hierbei unterstützt wird, das „gezwungen“ verweist auf die Intensität der Erwartung, die an den Mitarbeiter herangetragen wird. Unabhängig davon, ob Weiterbildungsmaßnahmen besucht werden können, ist dem Berufsbild implizit, dass das Wissen an Veränderungen angepasst werden muss.

B1(26) beschreibt, dass ihr ihre Arbeit Spaß macht, weil es durch den „gerätetechnischen Fortschritt“ immer was Neues gibt und so die „grauen Zellen“ nicht einschlafen. B6(15) antwortet auf die Frage, was sie an ihrem Arbeitsplatz in der Schweiz zufrieden macht, mit: „Man hat auch die Möglichkeit, eine Fortbildung zu machen“.

B5(51) beschreibt zwei weitere Aspekte:

*B5: ich find's einen interessanten JOB, sehr ABwechslungsreich, (.) natürlich hat man dann auch DA irgendwann mal, ja ne gewissen rouTINE [...] und jeder TAG ist dann doch irgendwie ein bisschen ÄHNLich. aber es=man kann !NIE! sagen was heute passiert. also es ist wirklich=es ist VÖLLIG=es kann völlig variieren. HEUT ist vielleicht UNheimlich ANstrengend und unheimlich viel LOS und MORGEN ist TOTE HOSE und s'kommt überhaupt nichts. also es ist völlig=man kann's nicht !PLANEN! wie's ist. und des macht's eben noch SPANnend. des macht's noch ABwechslungsreich. also es gibt immer auch mal ein paar interessante FÄLLE.*

Sie findet den Beruf interessant, weil durch die unterschiedliche Arbeitsmenge jeder Tag anders verläuft. Dies sorgt für Abwechslung. Dass man dies im Voraus nicht planen kann, macht den Beruf spannend. Hinzu kommen einzelne „Fälle“, die über die gewöhnliche Routine hinausgehen. Diesen Punkt greift B10(40) auf und führt ihn weiter aus:

*B10: wir haben immer wieder, natÜRLich ROUTINEARBEIT, aber auch immer wieder auch so=SO man kann schon fast sagen DETEKTIVarbeit. und das MACHT die Sache sehr SPANNEND. und der Mensch ist einfach keine MASchine und es gibt immer wieder ähm ganz NEUE spezielle Fälle, die natürlich auch ein Stück weit TRAGISCH sind, aber das auch eben halt sehr spannend machen.*

Auch hier wird zwischen der Routinearbeit und den „speziellen Fällen“, welche den Routineablauf unterbrechen, kontrastiert. „Detektivarbeit“ deutet darauf hin, dass mitunter ein sehr komplexes Wissen erforderlich ist, verschiedene Hinweise aufgespürt und zusammengeführt werden müssen. „Der Mensch ist keine Maschine“ verweist auf das Gebrauchtwerden des Menschen als Subjekt. Die Geräte können die speziellen Fälle nicht adäquat bearbeiten. B3(34) spricht in diesem Zusammenhang

vom „Knobeln“. Beide Zitate beschreiben die Arbeit an einem schweizerischen Arbeitsplatz. Inwieweit in Deutschland Zeit für die individuelle Bearbeitung von einzelnen Fällen zur Verfügung steht, lässt sich nicht direkt aus einzelnen Interviewaussagen ableiten. Aufgrund der erhöhten Arbeitsdichte (vgl. 5.1.1) ist jedoch davon auszugehen, dass diesbezüglich nicht der gleiche Handlungsspielraum gegeben ist.

Ein weiterer Aspekt, der für Abwechslung sorgen kann, ist der Umgang mit Patienten. B2(46,55) beschreibt, dass sie den Beruf nicht noch einmal wählen würde, da sie lieber mit Patienten zusammen arbeiten würde. Sie verspricht sich davon mehr Abwechslung. B9(42) hat im Rahmen der Blutentnahme Patientenkontakt und das bewertet sie ausdrücklich positiv. In diesem Punkt lassen sich keine Unterschiede an schweizerischen und deutschen Arbeitsplätzen finden. In beiden Ländern sind regelmäßige direkte Patientenkontakte eher die Ausnahme.

Ein abwechslungsreicher Arbeitsplatz führt zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der bereits erworbenen und vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen. Darüber hinaus führen Weiterbildungen ihrerseits zu Abwechslung. Beides trägt zu einer erhöhten Berufszufriedenheit bei.

Abwechslung kann durch verschiedene Maßnahmen bewusst herbeigeführt werden wie durch den Wechsel des Arbeitsplatzes, das betriebsinterne Wechseln zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen, das Zusammenführen verschiedener Tätigkeiten an einem Arbeitsplatz sowie durch den Besuch von Weiterbildungen. Abwechslung kann aber auch ein Charakteristikum der Arbeit selbst sein, wie die von Tag zu Tag unterschiedlichen Arbeitsmengen, das Auftreten interessanter einzelner Fälle und stetige Veränderungen durch technische Entwicklungen. Direkte Patientenkontakte können auch für Abwechslung sorgen, sind aber kein implizites Berufsmerkmal. Spannung entsteht dann, wenn die Arbeit nicht vorhersehbar ist. Bezüglich dieser Aspekte werden die Unterschiede zwischen den beiden Ländern nicht so deutlich expliziert. Aufgrund der erhöhten Arbeitsdichte (vgl. 5.1.1) und der stärkeren Kontrolle (vgl. 5.2.3) kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in Deutschland nicht das gleiche Maß an Abwechslung erreicht werden kann wie in der Schweiz. Deutliche Unterschiede werden in Bezug auf die Wahrnehmung von Weiterbildungsveranstaltungen artikuliert. In der Schweiz wird der Besuch regelrecht eingefordert, während in Deutschland selbst motivierten Mitarbeitern wenig Möglichkeiten eingeräumt werden.

### 5.2.3 Eigenverantwortung versus Kontrolle

Berufszufriedenheit wird auch darüber hergestellt, dass die Arbeit als eigene Arbeit im Sinne von selbstverantwortlichem Handeln verstanden wird (vgl. Baethge, 1991). B1(26) antwortet auf die Frage, was ihr bei der Arbeit am meisten Spaß macht, folgendermaßen:

*B1: ja, ABwechs:lung. EIGENverANTwortung. was auch noch ein GANZ großer PUNKT ist. hier darf man noch !SELBER! DENKEN und SELBER HANDELN. in DEUTSCHland muss man sich gegen ALLES absegnen und RÜCK:FRAGEN STELLEN und GUCKEN !WAS!, sag ich jetzt mal, überhaupt der LABORANT noch MACHEN darf. HIER darf man wirklich SEHR VIEL noch selber machen. DAS sind so SACHEN die halt SPASS machen.*

Sie hebt das „selber Denken“ und „selber Handeln“ explizit hervor. Der Wert der Person als Subjekt wird geachtet. Im Denken und Handeln ist die ganze Person eingeschlossen. Verwertungsansprüche und Eigenansprüche passen überein. In Deutsch-

land sind die Grenzen enger gesteckt. Dadurch, dass „man sich gegen alles absegnen“ muss, entsteht eine Abhängigkeit. Der Laborant ist auf die Gunst seines Vorgesetzten angewiesen, hat selbst wenig Handlungsspielraum und begibt sich, sobald er diesen eigenmächtig erweitert, in Gefahr.

Die folgende Zitate zeigen, was mit „Eigenverantwortung“ konkret gemeint sein kann und wie sich dies im Arbeitsalltag manifestiert. So berichtet B10(31) von ihrem schweizerischen Arbeitsplatz:

*B10: also wir validIEREN SO oder SO von anfang an unsere befunde !SELBST! und haben KEINEN laborarzt jetzt daZWISCHEN der noch mal endbefundet. also das ist=wir dürfen sehr [...] EIGENVERANTWORTLICH arbeiten. und DAS ist eigentlich seh:r schö:n.*

Zu einem späteren Zeitpunkt stellt sie die Arbeitssituation in der Schweiz der in Deutschland gegenüber (45):

*B10: also wir haben HIER eher den DIREKTEREN DRAHT. wir validieren SELBER. wir schauen SELBER ist es plausibel. wir rufen SELBER die ärzte an und stellen selber die RÜCKfragen. also WIR sind VIEL INÄHER! dran an dem GANZEN als jetzt in (Name, süddeutsche Stadt) dort [...] haben wir NUR die ARBEIT ausgeführt, die ANALYSEN gemacht und die PLAUSIBILITÄ:T und die VALIDATION, das hat dann anschließend der ARZT gemacht. [...] und du wusstest es SELBER nicht, KANN das sein oder kann das nicht sein. für mich ist das immer !SEHR! unbefriedigend gewesen. wie am FLIESSband stehen, irgendwas ABarbeiten und der ARZT schaut dann später ob das SEIN kann oder NICHT und KLÄRT alles andere im prinzip dann ab für dich.*

Das viermalige Wiederholen des Wortes „selbst“ zeigt, wie stark sich die Befragte in der Schweiz mit ihrer Person in den Arbeitsprozess einbringen kann. Dem „selber“ wird der „Arzt“ gegenüber gestellt. Sie beschreibt in Deutschland eine Reduktion auf das „Abarbeiten“ des Materials. Das Wissen und die Verantwortung werden dem Arzt übertragen. Das Wissen der MTLA wird nicht in den Arbeitsprozess einbezogen, sie hat nicht die Möglichkeit, ihre Arbeit sinnhaft zu gestalten. Das „Fließband“ steht als Symbol für eine monotone, stark reduzierte Arbeitshandlung. Die ausführende Person ist auswechselbar und so auch in ihrem subjektiven Potenzial reduziert.

B7(13f) stellt die Verantwortungsbereiche und die Bewertung des Wissens in Deutschland und in der Schweiz sehr drastisch gegenüber:

*B7: aber HIER ist es wirklich so dass der BERUF der laborANTin nicht wirklich so ein HILFS-arbeiterjob ist und ich nicht irgendJEMAND der irgendWELCHE röhrcchen in geräte schiebt sondern dass man hier noch wirklich !EXTREM! viel mehr verantwortung hat im beruf. [...] des ist hier wirklich net so ne ABgestumpfte TÄTIGkeit sondern HIER ist es noch viel INTE-RESSANTER weil's nicht so reduZIERT wurde. also die ganze laborAUSBILDUNG find ich eigentlich ne recht interessante vielfältige SACHE und auf des was man hinterher reduziert wird in manchen betrieben find ich also wirklich recht, ja- mm (.) NICHT so schö:n und HIER hat man wirklich noch ein recht BREITES SPEKTRUM, was man mit der ausbildung hier anfangen kann. also DA ist nicht ALLES verAKADEMISIERT sondern da ist wirklich noch recht viel in laborANTEN, in CHEFlaborantenhänden und so weiter. also da hört man EHER auf die laborantin als auf den ARZT weil man sagt, ja die WEISS was sie MACHT.*

Durch die mehrfache Verwendung des Begriffs „wirklich“ versucht die Befragte, ihre Erfahrungen als objektive Wirklichkeit, als Tatsache darzustellen. Die Termini „irgendjemand“, „abgestumpfte Tätigkeit“ und „Hilfsarbeiterjob“ verweisen darauf, dass in Deutschland kein Laborwissen, kein professionelles Arbeitshandeln eingefordert wird. Durch die deutsche Ausbildung ist sie eher auf die Übernahme der Verantwor-

tung, wie sie in der Schweiz erwartet wird, vorbereitet. Sie expliziert, dass diese Reduktion in Deutschland erst nach der Ausbildung stattfindet. Die Ursache sieht sie in der „Verakademisierung“, in dem Status, den die Ärzte in Deutschland innehaben. Die deutschen Ärzte haben ihrer Meinung nach ein Monopol auf medizinisches Wissen. Dass sie dies nicht unbedingt selbst aktiv einfordern müssen, legt sie im weiteren Interviewverlauf anhand von zwei Beispielen dar: Zum einen berichtet sie, dass in Deutschland bei externen Anrufen im Labor meist ausdrücklich nach einem Arzt verlangt wurde. Der Auskunft einer MTLA wurde kein Gewicht beigemessen. Zum zweiten ist es nach dem Transfusionsschutzgesetz in Deutschland nicht erlaubt, dass eine Blutgruppe nur von einer MTLA bestimmt wird. Es gilt das sogenannte Vier-Augen-Prinzip, das in der Regel so ausgelegt wird, dass die durch die MTLA bestimmte Blutgruppe durch einen Arzt kontrolliert werden muss. Die Verantwortung für die Befundermittlung wird sowohl gesellschaftlich als auch juristisch dem Arzt übertragen. Diese Beispiele zeigen, wie tief die hierarchischen Strukturen in Deutschland verankert sind.

B8(24) berichtet von dem „Glück“ das sie hatte, in der Schweiz so eigenständig und eigenverantwortlich arbeiten zu können und dass ihr das in Deutschland wahrscheinlich nicht möglich gewesen wäre. B5(28) hebt hervor, dass in der Schweiz „kein Mediziner da ist“, der ihre Arbeit überprüft. B4(21) beschreibt, dass ihre Chefin ihr „komplett freie Hand lässt“ und sie auf diese Weise innovative Ideen an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz einbringen kann, die der Firma enorme Kosteneinsparungen bringen. Sie resümiert:

*B4: und so hat sie einfach g'merkt, sie kann mich einfach MACHENlassen und ich find's einfach HAMMER, weil (.) da kann ich mich, ja, ich kann mich da AUS:leben. [ok] viel, VIEL freier arbeiten und vielleicht selber auch mal (.) was zuSTANDE bringen und net nu:r stur: alles ABarbeiten und wieder HEIM gehen und am nächsten morgen wieder KOMMEN, wieder alles abarbeiten.*

Das „Machenlassen“ drückt das Vertrauen aus, das ihr entgegengebracht wird. Sie hat von oben die Erlaubnis, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen einzubringen. Die Arbeit bekommt dadurch einen Gehalt, wird sinnvoll, sie führt zur persönlichen Bereicherung.

Einen Kontrast dazu bilden die Aussagen von B2. Sie arbeitet derzeit in einem deutschen Privatlabor und hat die Laborleitung inne. Sie berichtet, dass sie jetzt in Deutschland mehr Verantwortung hat als zuvor an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz. Auf die Frage, ob sie sich mit der Verantwortung wohl fühlt, antwortet sie (28):

*B2: n:icht immer. also manchmal, also=ist jetzt ist grad mal wieder eine phase, wo es mir fast ein bisschen zu VIEL wird, [...] ich FREU mich unheimlich, dass ich da über mich herausgewachsen bin, [ja] weil ich hab mich vorher eher ein bisschen gesCHEUT davor, und (.) hab mir vieles nicht so ZUGETRAUT [mhm] und mit diesem JOB musst ich die dinge einfach TU:N, halt in eigenverantwortung, und war am anfang halt ALLEINE mit diesem labor, (.) und ähm, hab mir einfach sehr vieles SELBST angeeignet und (.) das hat mich sehr zu-FRIEDEN gemacht. [...] das ist jetzt für mich so ein bisschen an der GRENZe, von der verantwortung. (.) das zu organisieren.*

Sie berichtet, dass das Labor wächst, neue Mitarbeiter dazukommen, sie zwei verschiedene Chefs mit unterschiedlichen Ansprüchen hat und zwischen drei Standorten hin- und herpendeln muss. Interessant ist die Ambivalenz, mit der sie einerseits schildert, dass sie durch diese Verantwortungsübernahme über sich „hinausgewach-



sen" ist, auf der anderen Seite ihr manchmal alles zu viel wird. Mit der ihr zugetragenen Verantwortung sieht sie sich an der Schwelle zur Überforderung. Auf die Frage, ob ihr die Laborleitung an ihrer vorhergehenden Stelle in der Schweiz leichter gefallen wäre, antwortet sie mit einem klaren Ja. Keiner der Befragten schilderte die Übernahme der Verantwortung an einem schweizerischen Arbeitsplatz als Belastung. In der Schweiz sind die Verantwortungsbereiche klar organisiert und abgesteckt. B2(30) berichtet, dass sie in der Schweiz ihren „Rahmen" hatte, innerhalb dessen sie ihre Arbeiten erledigen konnte und „alles super organisiert" war, während in Deutschland alles sehr „wackelig" ist und sich ständig die „Rahmenbedingungen ändern".

Die Befragten schildern, dass in der Schweiz das eigenverantwortliche Handeln einen viel größeren Raum einnimmt. Entscheidungen können innerhalb eines festgelegten Rahmens selbst getroffen werden, das Fachwissen wird geschätzt, sie können ihre Fähigkeiten und Kompetenzen einbringen. In Deutschland hingegen wird eine Einschränkung dadurch erlebt, dass das in der Ausbildung gelernte Wissen nicht umgesetzt werden kann und Entscheidungen auf den Arzt übertragen werden. Das Subjekt wird im Arbeitsprozess weitgehend ausgeschaltet und anonym, die Arbeit wird monoton und sinnentleert. Die Übernahme von Verantwortung in einer leitenden Position kann in Deutschland zur Überforderung werden, weil organisatorische Strukturen fehlen und die Verantwortungsbereiche immer wieder neu ausgehandelt werden müssen.

#### 5.2.4 Eigene Arbeit: Handarbeit versus Automatisierung

Die Übernahme von Verantwortung führt zwangsläufig dazu, dass die Arbeit eher als eigene Arbeit wahrgenommen wird. An dieser Stelle wird auf die Wiederholung der unter diesem Aspekt bereits erarbeiteten Aussagen verzichtet und nur die Dimension der Bewertung der eigenen Arbeitshandlung im Spannungsfeld zwischen Handarbeit und Automatisierung aufgegriffen.

So berichtet B8(20), dass ihr die Arbeit in der Histologie sehr viel Spaß macht, weil wenig automatisiert ist:

*B8: es ist am WENIGSTEN automatiSIERT. im MOMENT noch. [...] man macht halt viel noch mit !HAND!. man kann auch noch DIAGNOSE !AM! gewebe machen. man ist NÄHER (.) JA, noch an dem GRUNDstoff, an der ganzen THEORIE eigentlich DRAN als in der hämatologie. die hämatologie, klinische chemie hab ich immer nur so gesehen, röhrchen REINstellen, KNOPF drücken. ist ALLES in ORDnung. ist gut. [...] in der HISTologie muss ich halt wirklich die prozesse KENNEN und wenn da was SCHIEF geht auch reaGIEREN. es ist für mich ne HANDarbeit. und DES war eigentlich immer des WICHTIGE. und mehr halt auch zum AUS-testen. [...] und in der hämatologie gibt's NUR neue GERÄTE.*

Sie führt aus, wie wichtig ihr die Handarbeit ist. Geräte schaffen ihrer Meinung nach eine Distanz zur Theorie und zu dem gelernten Wissen. Sie betont, dass sie die Möglichkeit hat, selbst Dinge auszutesten, beispielsweise neue Färbungen auszuprobieren. Die Arbeit nur mit Geräten würde sie nicht erfüllen. B7(33) legt dar, dass ihr Lieblingsgebiet die Immunhämatologie ist, weil da noch „extrem viel Handarbeit" gemacht wird. Hier sei das Wissen der MTLA noch sehr gefragt, insbesondere in Bezug auf methodische Kenntnisse. Sowohl B8 als auch B7 vermuten, dass auch im Fachbereich Bakteriologie manuelle Methoden den Berufsalltag bestimmen.

Die Automatisierung prägt hauptsächlich die Bereiche der Hämatologie und Klinischen Chemie. B9(44) arbeitet schon seit 28 Jahren in einem polyvalenten Labor. Sie berichtet, dass ihr die Arbeit immer noch Spaß macht, obwohl sie hauptsächlich mit Geräten arbeitet:

*B9: SICHER es ist vieles das GLEICHE, was sie machen. [mhm] !A:BER! jetzt die gerÄTE zu beDIENEN und zu SEHEN, das LÄUFT gut. da kommen RESULTATE raus, das PASST zusammen. !DAS! gefällt mir eigentlich schon immer noch. ja. [...] sie können sagen „HA: nur gerÄTE“ aber die gerÄTE können auch VIEL. und nur ALLEINE können sie’s auch nicht. die können schon viel alleine aber beDIENEN müssen sie’s immer noch. und das ist EIGENTLICH auch schon GUT wenn da nicht einfach nur einer MACHT, der da STEHT und die knöpfe drückt, sondern auch ein bisschen WEISS was er tut. (.) das wä:re von VORteil.*

Sie kann auch im Arbeiten mit den Geräten einen Bezug zu ihrem Fachwissen herstellen. Es wird zwar ein größeres Abstraktionsvermögen verlangt, aber wenn es gelingt, die Ergebnisse zu bewerten und die Geräte zu beherrschen, dann wird die Arbeit aufgewertet und ein professionelles Handeln ermöglicht. B5(68) expliziert, dass ohne diese Voraussetzung der Beruf nicht umgesetzt werden kann:

*B5: ich find eigentlich eben, der BEGRIFF !MTA! eigentlich auch AUSSageKRÄFTIG. WEIL ich bin wirklich HAUPTSächlich oder VIEL mit GERÄTEN beschäftigt. und ich glaub es bringt NIX wenn ich in dem beruf ARBEITE und ANGST vor nem PC hab. ich bin schon wirklich mit den gerÄTEN, wirklich HIGHTECH geräten, arbeit ich zusammen. und DIE haben auch ihre MA-CKEN und ihre TÜCKEN. und ab und zu muss ich einfach sagen, FRAG mich nicht WARUM. aber es funktioniert einfach NUR, wenn du DAS und DAS und DAS machst. [mhm] man WEISS nicht woran dass es liegt. man muss einfach halt, ja? unsere geräte haben auch zum TEIL wirklich !NAMEN! weil sie, man muss des wirklich sagen, sie haben WIE menschliche CHARAKTERZÜGE ab und zu. dass sie wirklich ihre TAGE ab und zu haben und einfach wirklich !SPINNEN! die ganze zeit. also des ist scho:n SO. [...] also wenn man des alles von HAND machen müsste würd man überhaupt NICHT hinterher kommen. ne also man BRAUCHT die DINGER. man muss sich wirklich damit auseinANDER setzen KÖNNEN. man muss ein gewisses GESPÜR und ein HÄNDCHEN haben für die Technik, sonst GEHT der be-ruf nicht.*

Sie beschreibt, dass durch die Automatisierung die subjektiven Eigenschaften nicht aufgehoben, sondern auf eine andere Weise eingefordert werden. Die Logik und das rational-instrumentelle Handeln reichen nicht aus, um die Technik zu beherrschen. Sie braucht ein Gespür, ein „Händchen“ und Einfühlungsvermögen, muss bereit sein, sich auf die Eigenarten ihrer Geräte einzulassen und lernen, das Unerklärliche zu akzeptieren. Erst das erfahrungsgel leitete, subjektivierte Handeln ermöglicht es ihr, die technischen Anforderungen zu bewältigen. Auf diese Weise begreift sie ihre Arbeit als eigene Arbeit, da sie mit ihrer ganzen Person gefordert ist.

Zur Bewertung der eigenen Arbeit werden abhängig vom Tätigkeitsbereich zwei Deutungsmuster herangezogen. In den noch nicht so stark automatisierten Bereichen wie der Histologie und Mikrobiologie werden die Handarbeit, die Methodenkompetenz und das Verknüpfen des Fachwissens mit der Arbeitshandlung geschätzt. In den stark automatisierten Bereichen wie der Hämatologie und Klinischen Chemie wird ein stärkeres Abstraktionsvermögen abverlangt, aber auch hier werden Sinnbezüge hergestellt und subjektive Fähigkeiten eingefordert, so dass die Arbeit in allen Fachbereichen als eigene Arbeit begriffen werden kann.

### 5.2.5 Gruppenkohäsion: Konstanz, Funktionalität und Vertrauen

Der Begriff Gruppenkohäsion wird als dynamischer Prozess verstanden, der sich auf den Zusammenhalt der Gruppe, das Erreichen bestimmter Ziele und die Befriedigung der emotionalen Bedürfnisse der Einzelnen auswirkt. Dabei ist die Kohäsion nicht stabil, sondern verändert sich ständig durch neue Zielsetzungen oder den Wechsel der Gruppenmitglieder (Carron, Colman & Wheeler, 2002). Dieser Prozess spielt eine bedeutende Rolle bei der Bewertung der Berufszufriedenheit. So betont beispielsweise B7(26), dass ihre Unzufriedenheit an ihrem deutschen Arbeitsplatz „ganz allein nur am Team“ lag, welches überhaupt nicht funktionierte, weil sich „irgendwie zwei Fronten verhärtet“ hatten. In dem Begriff „funktionierte“ wird auf die Zielorientierung der Gruppe verwiesen. Die „verhärteten Fronten“ zeigen, dass der Gruppenzusammenhalt so statisch war, dass nicht mehr auf die Veränderung, die durch ihren Beitritt in die Gruppe ausgelöst wurde, reagiert werden konnte. Sie bekam deshalb nicht die Chance, sich in das Team zu integrieren. Ihre emotionalen Bedürfnisse konnten nicht befriedigt werden. B5(31) beschreibt, dass sie die Arbeitsstelle in Deutschland nach kurzer Zeit aufgeben musste, weil ihre Kollegin ihr keine Chance ließ, ihre Arbeit in Ruhe auszuführen. Auch B10(57) berichtet, dass ihr Team in Deutschland nicht funktioniert habe, da es eine Kollegin gab, die „keinen guten Draht“ zu ihr hatte und über Wochen versucht hat, ihr ein fehlerhaftes Arbeiten nachzuweisen. Im folgenden Zitat beschreibt sie das Team in der Schweiz (55):

*B10: unser JETZIGES team hier, das besteht jetzt seit FÜNF jahren, ist recht KONstant. wir haben immer mal wieder jemand NEUES jetzt zwar reinbekommen auch. weil wir ein bisschen aufgeSTOCKT haben und prozente reduziert haben. das heißt, da gab's ne UMverteilung. [...] ABER im großen und ganZEN ein sehr KONSTANTES team, die sich recht gut kennen, in einem RELATIV engen RAUM und trotzdem LE: BEN wir noch ALLE, das ist ein WUNDER. (lachen) und hier funktioniert das jetzt wirklich gut. aber ich hab's schon ganz anders erlebt.*

Sie legt zwei Bewertungskriterien zugrunde: die Beständigkeit des Teams (Konstanz) und das „sich Kennen“ (Vertrauen). Für sie ist es nicht selbstverständlich, dass das Team funktioniert, weil sich alles auf „engem Raum“ abspielt. Die Arbeit der MTLA/BMA stellt hohe Anforderungen an die Teamfähigkeit. Schwankende Arbeitsmengen müssen bewältigt werden, Arbeitsplätze werden getauscht, die Arbeitsaufträge müssen teilweise rund um die Uhr bearbeitet werden. B10(41) expliziert, dass immer wieder Situationen auftreten, in denen man flexibel sein und dem anderen helfen muss. Sie bezieht die Anerkennung größtenteils daher, dass „jeder weiß, dass man immer da ist und hilft, wenn irgendwie Not am Mann ist“ (35). Die „absolut wichtigste Kompetenz“ einer MTLA/BMA ist für sie die Sozialkompetenz (51).

Die Beständigkeit der Teams unterscheidet sich in Deutschland und in der Schweiz erheblich. Aufgrund der schlechten Arbeitsmarktsituation versuchen deutsche MTLA, ihre Arbeitsstelle so lang wie möglich zu erhalten (vgl. 5.2.1), während in der Schweiz eine hohe Fluktuation und Umstrukturierung der Arbeitszeiten einzelner Mitarbeiter vorhanden ist. B5(60) erwähnt, dass es momentan an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz etwas „kompliziert“ ist, da viele schwanger geworden sind oder gekündigt haben und die Angst da ist, die freien Stellen nicht adäquat besetzen zu können. B9(35) legt dar, dass der ständige Wechsel die Gruppenbildung erschwert:

*B9: es GIBT aber auch teams die SUPER zusammenarbeiten und es gut KLAPPT. und es gibt auch teams die das nicht KÖNNEN, da dauernd neue LEUTE kommen. dann ist das schwierig. (2) das ist eher AUCH ein problem wenn immer NEUE LEUTE kommen. und bei UNS sind die HÄLFTE sehr LANGjährige mitarbeiter [...] also dieser !STÄNDIGE! WECHSEL ist sicher auch ein FAKTOR, der dazu BEIträgt, dass man nicht IMMER so ein super TEAM auf ANhieb hat. (.) oder dass die STIMMUNG, die atmosPHÄRE nicht immer stimmt.*

Aus diesem Zitat geht hervor, dass die Mitglieder eines Teams Zeit brauchen, sich zu formieren und aufeinander einzustellen. Stimmung ist eine Metapher aus der Musik. Die Töne, das heißt die Persönlichkeiten der Einzelnen, müssen aufeinander abgestimmt werden, damit das Ganze harmoniert. Auch B8(53) legt dar, dass sie mit ihrer jetzigen Arbeitssituation in der Schweiz nicht ganz zufrieden ist, da das Team „umstrukturiert“ wird und „die Fronten noch nicht so ganz geklärt“ sind. Bei jeder Veränderung im Team müssen die Rollen und Positionen der einzelnen Mitarbeiter neu ausgehandelt werden. B2(40) verwendet für die Beschreibung des Betriebsklimas an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz den Begriff „familiär“ und auch B8(43) erklärt: „Im Team sind wir eine Familie“. Sie wählen damit den Terminus für ein enges, beständiges Netzwerk, welches durch ein intimes Vertrauensverhältnis geprägt ist.

In der Schweiz wird die Kommunikation im Team durch regelmäßige Sitzungen gepflegt. So beschreiben nahezu alle Interviewpartner, dass regelmäßige Teamsitzungen stattfinden, in denen Raum ist, Probleme zu besprechen und die Verteilung von Arbeitsaufgaben auszuhandeln sowie Informationen über Veränderungen mitzuteilen (vgl. B4(25), B8(44 f)). Die Teamsitzungen werden generell positiv bewertet. In welchem Maße sie das Arbeitsklima und die Funktionalität des Teams beeinflussen, kann durch die Interviewaussagen nicht beurteilt werden.

Sowohl B4(35) als auch B9(43) geben an, dass es für sie wichtig ist, eine Chefin zu haben, die hinter ihnen steht und sich für sie einsetzt. Sie beschreiben, dass ihnen bei auftretenden Konflikten durch ihre Chefin Rückhalt gegeben wird und sie aufgrund dessen mit ihrem jetzigen Arbeitsplatz sehr zufrieden sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zusammenarbeit und der Zusammenhalt im Team ein wesentliches Charakteristikum des Arbeitshandelns der BMA/MTLA ist. Ein funktionierendes Team ist gekennzeichnet durch Beständigkeit, gegenseitige Hilfe und Vertrauen. Die emotionalen Bedürfnisse des Einzelnen können befriedigt und die Arbeitsaufgaben bewältigt werden. Eine gute Laborführung trägt zur Stabilisierung bei. In Deutschland kann die Teambildung dadurch erschwert sein, dass Strukturen durch den geringen Mitarbeiterwechsel verhärtet sind. Dies kann dazu führen, dass neuen Mitarbeitern keine Chance gegeben wird, sich im Team zu integrieren. Im Gegensatz dazu findet in den schweizerischen Teams häufig eine große Fluktuation und Umstrukturierung statt, wodurch Rollen und Aufgabenverteilungen neu ausgehandelt werden müssen. Dies kann zur Beeinträchtigung der Berufszufriedenheit führen. Inwieweit in der Schweiz die regelmäßig durchgeführten Teamsitzungen zur Stabilisierung und Funktionalität der Teams beitragen, kann nicht beurteilt werden.

### **5.2.6 Rahmenbedingungen: Kosten-Nutzen-Abwägung**

Der Berufstätige kalkuliert, inwieweit er sich auf welche Tätigkeit einlässt (vgl. Baethge, 1991). Er wägt den Nutzen seiner Arbeit gegenüber den Kosten ab. In den Inter-

views werden bezüglich der Kosten insbesondere die Arbeitszeiten und die Ausbildung genannt und dem Nutzen in Form des Gehaltes gegenübergestellt. Hierbei werden zur Bewertung des BMA-Berufs in der Schweiz zwei Vergleichsebenen herangezogen, zum einen der Vergleich mit anderen Berufen in der Schweiz, zum anderen der Vergleich mit dem MTLA-Beruf in Deutschland.

B5(62) vermutet, dass in der Schweiz viele zwar die Ausbildung zur BMA machen, aber aufgrund der Arbeitszeiten nicht in dem Beruf arbeiten möchten. Deutsche MTLA klagen eher erst im Laufe der Jahre über die Schichtdienste. So geben B10(47) und B9(43) an, dass sie die Nachtdienste zunehmend als Belastung empfinden. Beide sind schon seit über 20 Jahren im Beruf. B9(65) greift diesen Aspekt gegen Ende des Interviews noch einmal auf, und expliziert:

*B9: ich weiss nur dass die SCHWEIZER auch irgendwie UNGERN wochenends ARbeiten, und das hört man manchmal von ANderen LEUTEN. „OH du arbeitest im SPITAL, da muss man ja zu KOMischen zeiten ARBEITEN“. der !LOHN! (.) ist MEINER MEINUNG nach nicht SCHLECHT. also ich komm (.) weil ich ALLEIN leb, jetzt sicher GUT über die RUNDEN, [...] !ABER! in ANDEREN BRANCHEN kriegen die zum teil schon ME:HR. (.) und DAS ist für viele hier auch noch attraktiv. ÄHM. JO: MEHR GELD !DA! zu haben als sich da im SPITAL den-, entschuldigung, den !ARSCH! aufzureißen. so ungefähr.*

Das Gehalt wird zwar aus deutscher Perspektive als relativ hoch bewertet, innerhalb der Schweiz relativiert sich das in Anbetracht dessen, dass die Gehälter in anderen Berufen auch höher und vor allem auch die Lebenshaltungskosten immens sind. Die Befragte drückt sich im Verlauf des Interviews stets sehr gepflegt aus, greift hier aber zu einem derben Ausdruck. Dieser Bruch im Erzählstil bringt sehr deutlich zum Ausdruck, dass (auch) in der Schweiz die Arbeit als BMA/MTLA anstrengend ist und sich der Einzelne mit seiner ganzen Kraft einbringen muss. B9(46) erwähnt, dass sie rückblickend eher einen kaufmännischen Beruf wählen würde, da sie sich da nicht so stark einbringen müsste.

Auch B3(38) gibt an, dass sie den Beruf nicht unbedingt noch einmal wählen würde, da sie Schwierigkeiten hat, die Berufsausübung mit ihrer familiären Situation in Einklang zu bringen. Sie legt dar, dass sie für ihre Kinder ein Betreuungsproblem hat, weil die Unterbringung nicht gewährleistet ist (33). Dies ist vermutlich auch einer der Gründe für die hohe Fluktuationsrate und Reduzierung der Arbeitszeiten vieler BMA/MTLA in der Schweiz.

B5(55) berichtet, dass die BMA-Schulen in der Schweiz Probleme haben, genügend Schüler zu finden und Berufsberater an Gesundheitsfachschulen gerne auf die BMA-Schulen verweisen, damit aber dem Image eher schaden:

*B5: wenn da jetzt junge leute HINKommen und sagen sie haben KEINE ahnung, was sie machen wollen, dann heißt's halt, ja wenn du GAR nichts weißt, dann mach halt's LABOR. [lachen] also des ist eher so die lösung, wenn man zu BLÖD ist für alles, soll man halt ins LABOR gehen. [ok] des ist momentan so ein bisschen die HALTung wo halt viele berufsberater so ein bisschen an den tag legen.*

Zum einen erklärt sie, dass der Mangel an BMA in der Schweiz erkannt wurde und man versucht, darauf zu reagieren. Zum anderen zeigt sie auf, dass aufgrund unzureichender Kenntnisse über den Beruf diese Reaktion kontraproduktiv ist und es momentan nicht gelingt, den Beruf attraktiver zu gestalten. B8(31) hat eine andere Erklärung für das mangelnde Interesse an der Berufsausbildung:

*B8: also ich finde die HOCHstufung der ausbildung !SCHLECHT! für die schweiz an SICH. weil des proBLEM ist, dass natürlich nur leute mit MATURA das machen können. aber DIE leute [...] machen die matura um stuDIEREN zu gehen. [...] die andere variante ist, [...] eine ERSTausbildung zu machen, zum beispiel als PRAXISassistentin und erst DANN darf man die BMA ausbildung machen. das heißt man muss !DREI! jahre ausbildung machen für NICHTS, um DANN erst NOCHmal DREI jahre ausbildung zu machen um ins LABOR gehen zu können. und ICH seh, des ist jetzt des ERSTE jahr so, aber es ist recht kompliziert dann die leute zu FINDEN, die DAfür BEREIT sind. (.) DAS zu MACHen um ins LABOR ARbeiten zu gehen, WEIL der !GRUNDLOHN! ist ja jetzt nicht GLEICHzusetzen mit jemanden der irgendwo was ANderes studiert hat. [...] man muss ME:HR machen für den beruf, man beKOMMT aber eigentlich nicht MEHR !RAUS!.*

Die Zugangsvoraussetzungen, die durch die Bildungsabschlüsse erbracht werden müssen, sind in Relation zu den Gehaltsaussichten zu hoch. Durch die Höherstufung wurden die Kosten hochgesetzt, der Nutzen ist aber gleich geblieben. Dadurch wird der Beruf für viele Interessenten unattraktiv.

Aus deutscher Perspektive werden die Arbeitsbedingungen in der Schweiz anders bewertet. B6(38) antwortet auf die Frage, ob sie wieder in die Schweiz migrieren würde:

*B6: ja ich glaub ich würd WIEDER in die SCHWEIZ gehen also würde=ich möcht eigentlich auch hier BLEIBEN. also erstens gefällt's mir von der ARBEIT recht gut, zweitens, ja gut vom freizeitWERT und ja der LOHN ist natürlich deutlich HÖHER in der Schweiz wie in DEUTSCHLAND. des war bei mir nicht der GRUND hier HER zu kommen, aber ich DENKE wenn ich jetzt nach deutschland zurück gehen müsste und dann mit DEM lohn !DA! auskommen müsste. DES wär wahrscheinlich schon eine UMstellung. [...] für die hälfte des GELDS den gleichen JOB zu machen, vielleicht noch STRESSIGER, des möcht ich jetzt vielleicht auch nicht unbedingt.*

Die Abwägung, ob sie in Deutschland oder in der Schweiz als BMA/MTLA arbeiten möchte, fällt eindeutig zugunsten der Schweiz aus. Auch bei anderen Interviewpartnern wird der hohe Freizeitwert in die Bilanzierung einbezogen. Das Gehalt wird von B6 erst an dritter Stelle genannt und explizit von keinem der Interviewpartner als Migrationsgrund angegeben. Die guten Arbeitsbedingungen und das Gehalt sind jedoch für viele Interviewpartner wesentliche Gründe, warum sie in der Schweiz geblieben sind. B5(53) gibt an, dass sie den Beruf MTLA in Deutschland nicht mehr wählen würde. Auf die Frage nach dem Grund antwortet sie:

*B5: vom GEHALT her einfach. also ich hab's geFÜHL man verdient da so: WENIG. ähm, (2) eben interessant fänd ich's auch DORT, aber (.) ja? ich war eben= ich glaub in DEUTSCHland würd ich eher was ANderes machen. [...] hier bin ich finanziell ein bisschen UNAbhängiger. aber jetzt in der SCHWEIZ in dem beruf arbeiten find ich SUPER.*

Das Gehalt spielt für sie rückblickend eine zentrale Rolle, weil sie erlebt, dass durch das höhere Gehalt im privaten Bereich eine größere Unabhängigkeit erreicht werden kann. Obwohl sie in Deutschland den Beruf auch interessant findet, wäre sie nicht mehr bereit, diese Unabhängigkeit aufzugeben.

Insgesamt werden die Kosten und Nutzen aus schweizerischer und deutscher Perspektive unterschiedlich bewertet. Das gesamte Lebensumfeld wird in den Prozess einbezogen. Für die Schweizer stellen die Arbeitszeiten an Wochenenden und in der Nacht eine Barriere für die Ausübung des Berufes dar. Die Höherstufung der Ausbil-

dung stellt aufgrund der nun vorausgesetzten Bildungsabschlüsse ein Hindernis bei der Berufswahl dar. Die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Verweildauer im Beruf verkürzen. Das Gehalt wird aus schweizerischer Perspektive in Relation zu den anderen Berufen bewertet und fällt dadurch relativ niedrig aus. Deutsche vergleichen das Gehalt zwischen den beiden Ländern und empfinden aufgrund dieser Perspektive das Gehalt in der Schweiz als relativ hoch. Zusammen mit den guten Arbeitsbedingungen und dem Freizeitwert wird von ihnen die Berufsausübung in der Schweiz als attraktiv bewertet. Rückblickend wird das relativ niedrige Gehalt in Deutschland als potentielle Einschränkung erlebt.

### 5.3 Berufliche Positionierung

Die berufliche Positionierung erfolgt in diesem Kapitel anhand der drei Dimensionen: Berufsstatus, Zukunftschancen und Selbstbild. Der Berufsstatus wird indirekt auf subjektiver Ebene ermittelt, durch die Frage, wie Berufsangehörige meinen, von außen gesehen zu werden. Dieser stellt als Fremdbild zweiter Ordnung eine andere Form des Selbstbildes dar. Die Frage nach den Zukunftschancen richtet den Blick auf die Wahrnehmung der von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Möglichkeiten. Sie stellt dadurch eine weitere Perspektive dar, aus der die berufliche Positionierung innerhalb der Gesellschaft betrachtet werden kann. Das Selbstbild spiegelt sich bei narrativ ermittelten Daten nahezu durchgehend wider. In diesem Abschnitt beschränkt sich die Betrachtung auf die Rolle, die der Befragte in seinem Beruf einnimmt.

#### 5.3.1 Berufsstatus: Wertschätzung versus Anonymität

Der Berufsstatus ist die Positionierung innerhalb der gesellschaftlichen Ordnung und somit auch ein Maß für die entgegengebrachte Anerkennung. Objektiv erfolgt die Einordnung nach Kriterien wie Einkommen, Bildung und Machtposition. Die subjektive Einordnung muss sich dem nicht zwangsläufig beugen. B10(52) sieht in Bezug auf den Berufsstatus keine Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz und auch durch die Anhebung der Ausbildung hätte sich diesbezüglich nichts geändert. Sie meint: „Also in den Köpfen hier, in der Bevölkerung, ist es so wie in Deutschland auch.“ B3(67) betont, dass die Ausbildung in der Schweiz ja nur an der Höheren Fachschule absolviert wird und dass diese im Niveau unter dem der Krankenpflege liegt, die an der Fachhochschule stattfindet. Sie „hatte immer in Deutschland das Gefühl, dass man als Laborantin ein bisschen mehr zählt, als als Krankenpfleger“ und in der Schweiz sei das genau umgekehrt.

Ein Problem ist, dass der Beruf zu unbekannt ist und sich somit der Anerkennung entzieht (B4(32), B9(50)). In folgendem Zitat von B5(55 f) wird dies deutlich:

*B5: vom STATUS her würd ich sagen, ist es sicher NICHT besser als in DEUTSCHland. auch die WENigsten hier KENNEN den JOB, muss ich ganz ehrlich sagen. also WENN ich mich jetzt irgendwo VORSTELL und sag ich bin !BMA!. also KEINER weiss was des IST. also wenn ich sag ich bin LABORANTIN „AH ja OK.“ (.) aber laborantin !BIN! ich ja eigentlich nicht, ich bin ja was HÖHERgestelltes. aber die berufsbezeichnung, des KENNT keiner, also des kennt wirklich KEINER. also des ist so ein bisschen ein BERUF wo einfach zu UNbekannt ist. WAS man alles dort MACHT und des ist natürlich, (.) ich merk's auch immer wieder hier bei uns im TEAM oder in der ABteilung.(.) ich mein wenn WIR nicht WÄREN, würd des ganze krankenhaus nicht funktionieren. also des ist eigentlich wirklich noch SO, wenn bei uns irgend-*

*wie die GERÄTE AUSfallen, dann steht der betrieb im krankenhaus !STILL!. das kriegen die MEISTEN gar nicht mit. ja eben auch die PATIENTEN. wenn sie jetzt an weihnachten immer OBST und geSCHENKE bringen. dann gibt's geschenke für die PFLEGE. weil DIE SEHEN sie ja immer. wir sind so im KELLER im UNTERGRUND. uns beMERKT man nicht, man weiss vielleicht, es GIBT uns und wir FUNKTIONIEREN, aber DASS da wirklich leute daHINTERstehen und viele leute da ARBEITEN und ihr BESTES geben das wird glaub ich immer verGESSEN. also des ist eher so ein BERUF wo man jetzt nicht EXTREM viel ANerkennung glaub ich kriegt. einfach weil man keinen KONTAKT zu ANderen LEUTEN hat.*

Sie stellt den Berufsstatus in den direkten Zusammenhang mit dem Bekanntheitsgrad. Sie betont mehrfach, dass keiner den Beruf kennt, weder ihr privates Umfeld noch die Patienten im Krankenhaus. Dem stellt sie gegenüber, dass sie durch die Berufsausbildung eigentlich was „Höhergestelltes“ ist und ohne ihre Arbeit der ganze Krankenhausbetrieb still stehen würde. Sie hat damit sowohl eine große Verantwortung als auch eine Machtposition. Mit der Aussage „wir sind so im Keller, im Untergrund“ wählt sie eine oben-unten Metapher. Das heißt, der ihr zugewiesene Platz innerhalb des Krankenhauses ist ganz unten. Selbst im Krankenhaus wird die Bedeutung des Labors nicht realisiert, obwohl sowohl die Ausbildung als auch die Relevanz ihrer Arbeit im Krankenhausbetrieb ein hohes Maß an Anerkennung rechtfertigen würden. Sie zeigt dadurch die Diskrepanz zwischen der tatsächlich erhaltenen und der ihr eigentlich zustehenden Anerkennung auf.

B7(7) jedoch meint, dass an ihrem schweizerischen Arbeitsplatz das Labor besser integriert ist als zuvor im deutschen Krankenhaus. Sie sagt: „Wir sind jetzt ein Teil davon und nicht nur das Labor im Keller“. Sie weist damit dem „Keller“ eine weitere Bedeutung zu: nicht dazugehören, abgetrennt sein. So hatte sie es in Deutschland erlebt. Die bessere Zugehörigkeit macht sie an der Art und Weise der Umgangsform und den weniger stark ausgeprägten hierarchischen Strukturen fest. Auch B9(5) berichtet gleich zu Beginn des Interviews, wie sie die Anerkennung des Labors in Deutschland und der Schweiz erlebt hat. Sie arbeitete in beiden Ländern in einem kleinen polyvalenten Labor:

*B9: also in der schweiz wird schon ein bisschen ANDERS gearbeitet und man ist BESSER angesehen. so muss ich das jetzt zum beispiel schon vorab sagen. [ah, ok] des seh ich. ja. die ARBEIT wird ein BISSCHEN mehr geschätzt so wie ich das erlebt hab.*

*I: ja, von welcher SEITE aus?*

*B9: ähm. also im SPITAL wird die ARBEIT der laborantin, oder BMA heutzutage MEHR geschätzt. also in DEUTSCHland find ich immer, es geht so ein bisschen UNTER, des LABOR halt- oder? [ja] also bei UNS im SPITAL merk ich scho:n, es wird sehr, sehr viel WERT auf die MEInung des LABORS gelegt und, es wird auch VIEL=auch se:hr, manchmal ist es überTRIEBEN, auf die resultatE sind die ÄRZTE fixiert. aber es HÄNGT doch schon VIEL vom labor ab. und DAS hab ich in DEUTSCHland nicht so extrem erlebt.*

Sie spricht dieses Motiv zu Beginn des Interviews unvermittelt an. Die Unterschiede in der Stellung des Labors innerhalb des Krankenhausbetriebs und die Gewichtung der Laborwerte durch die Ärzte waren für sie augenfällig. Sie verwendet zweimal die Wortfolge „die Arbeit wird mehr geschätzt“. Sie stellt zwei Vergleiche auf: zuerst zwischen Deutschland und der Schweiz, dann zwischen früher und heute. In der Schweiz haben ihrer Ansicht nach gegenwärtig die Meinung der Laboranten und die Laborergebnisse für die Ärzte eine große Bedeutung, die sie manchmal sogar für „übertrieben“ hält. Sie unterstellt damit, dass die Ärzte ihre Entscheidungen zu stark von den



Ergebnissen abhängig machen, relativiert diese Aussage aber gleich wieder mit dem Argument „Es hängt auch viel vom Labor ab“. Mit der Abhängigkeit ist auch eine Machtposition verknüpft. Später im Interview führt sie aus, dass die Ärzte die „Hierarchie nicht so ausspielen“ und einfach ins Labor kommen, wenn sie was wissen wollen. In Deutschland hätte man die Ärzte kaum gesehen und wusste nicht, mit wem man es zu tun hatte.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die gesellschaftliche Anerkennung (extern) des Berufes sich in Deutschland und der Schweiz nicht unterscheidet. Auch die Höherstufung der Ausbildung konnte in der Schweiz nicht zur größeren Akzeptanz des Berufes beitragen. Die Anerkennung ist mit dem Bekanntheitsgrad des Berufes eng verknüpft. Dieser ist in beiden Ländern als niedrig einzustufen. Innerhalb des Krankenhauses (intern) ist die Anerkennung abhängig von dem Umgang mit den Ärzten. Aufgrund der weniger starken hierarchischen Strukturen in der Schweiz kann der im Labor geleisteten Arbeit von dieser Seite aus mehr Wertschätzung entgegengebracht werden.

### 5.3.2 Zukunftschancen: Möglichkeiten und Grenzen

Die Interviewpartner, die derzeit in der Schweiz berufstätig sind, planen nicht, in absehbarer Zeit den Arbeitsplatz zu wechseln oder eine einschlägige Weiterbildung zu machen, um ihre berufliche Position zu verändern. Anders sieht es bei B2 aus, die derzeit in Deutschland arbeitet und einen langen Fahrweg in Kauf nehmen muss. Sie ist mit ihrem derzeitigen Arbeitsplatz unzufrieden, hat aber aufgrund der Arbeitsmarktsituation Schwierigkeiten, eine passende alternative Stelle zu finden. Der Arbeitsmarkt wirkt sich auf diese Weise direkt auf die Zukunftschancen aus, da auch die Verwertung von Weiterbildungen abhängig von den auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ist. Bezüglich der Arbeitsplätze in Deutschland wurden in den Interviews kaum Entwicklungsmöglichkeiten thematisiert.

In der Schweiz werden in der Regel jährliche Mitarbeitergespräche geführt, bei denen die Motivation, Neigungen und beruflichen Probleme der einzelnen Personen angesprochen und Ziele festgelegt werden (B6(15)). B10(60) nennt es „das wichtigste Gespräch“. In diesem Rahmen werden auch Empfehlungen für Weiterbildungsmaßnahmen gegeben (B1(17)). Die Mitarbeitergespräche ermöglichen so die individuelle Förderung und Anpassung der Kompetenzen an die Arbeitsbedingungen und eröffnen Perspektiven innerhalb des Arbeitsplatzes. Diese Gespräche werden als sehr hilfreich und durchweg positiv bewertet. Innerhalb eines vorgegebenen Spielraums können in diesem Mitarbeitergespräch zusätzliche Leistungszulagen festgelegt werden (B5(28)).

Die Aufstiegschancen werden jedoch nicht viel besser bewertet als in Deutschland. B10 (29) meint: „Da geht’s dann irgendwann nicht mehr weiter“ und „groß Karriere machen“ sei in der Schweiz auch nicht möglich. Die Laborleiterin B7(35) antwortet auf die Frage, welche Aufstiegsmöglichkeiten sie in der Schweiz sieht:

*B7: also MEHR oder WENIGER ist des gleich wie in DEUTSCHLAND. ich mein da GIBT’s nicht mehr VIEL nach OBEN, ich mein man ist halt LABORANT oder man ist TEAMleiter. irgendwann kann man sich noch entSCHEIDEN ob man sozusagen in die (.) LEHR:laufbahn, also LEHR-MTA oder so was MACHT, WEM es liegt. man kann noch ausbildungsverantwortli-*

*cher machen, wenn einem des liegt und so ein KRAM. aber letztendlich teamleitung und dann ist !FERTIG!. also !MEHR! gibts da ja NET.*

*I: hat sich da durch diese ANhebung der ausbildung eigentlich nicht viel geändert?*

*B7: !NÖ! überhaupt nichts. NE.*

Sie nennt nur eine Option, die zum Teamleiter. Alle anderen Maßnahmen wertet sie mit dem Terminus „Kram“ ab. Kram ist schlechte oder billige Ware, das heißt sie misst diesen Weiterbildungen und Aufstiegsmöglichkeiten keinen Wert bei. Die Aussage „dann ist fertig“ deutet darauf hin, dass sie als Laborleiterin das Ende ihrer Laufbahn erreicht hat. Die Anhebung der Ausbildung wirkt sich auf diese Gegebenheit nicht aus. Hier antwortet sie klar mit einer dreifachen Verneinung. Auf entsprechende Nachfrage gibt sie an, dass sie die Qualifikation zum Experten HF noch erwerben könnte, da sicher auch viel dazulernen würde, aber ihr Job als Laborleiterin der gleiche bleiben würde. Auch B9(21) führt aus: „So viele Möglichkeiten haben Sie sowieso in unserem Job nicht unbedingt“. Auch sie betont, dass man für die Ausbildung an der höheren Fachschule zum Experten sehr viel investieren muss und das „echt hart“ sei. Auch B5(48) spricht diese Qualifikation an:

*B5: meine LABORleiterin IST BMA hat aber allerdings eben die kaderschule also die höhere FACHschule noch gmacht. (.) eben speziell zur laborLEITUNG. ja des geht DREI oder vier JAHRE. man muss recht viel WISSEN mitbringen und dann auch noch recht viel inVESTIEREN und so weiter. aber SIE ist eigentlich auch BMA. [ja] wenn aber die ÄRZTE sagen, NE das ist so und so und so dann MUSS sie sich da eben auch UNTERordnen.*

Hier werden die Kosten und Nutzen abgewogen. Obwohl in diese Qualifikation so viel investiert wird, kann das akademische Niveau der Mediziner nicht erreicht werden. B1(29) berichtet, dass sie rückblickend lieber Medizin studiert hätte. Sie begründet dies wie folgt:

*B1: ja, weil das halt noch einmal eine STUFE ist, wo man einfach mehr (.) KOMpetenzen hat, mehr verANTWORTUNG, man kann viel mehr HEBEL bewegen, weil man ein größeres RAD an dem GANZEN ist also wie wenn man halt bloß ein KLEINER Laborant ist. (.) obwohl ich in meiner POSITION finde, dass man schon ziemlich !VIEL! bewegen kann, [...] aber WIE gesagt, wenn man halt als AKADEMIKER irgendwo ist, in einer LEITenden oder führenden Position sieht das noch mal GANZ anders aus, da hat man dann noch mal von GANZ oben ein anderes Feld, wo man wirklich sagen kann, HE das wird jetzt UMgelegt.*

Diese Schwelle konnte auch durch die Höherstufung der Ausbildung nicht überwunden werden. An dieser Ordnung hat sich nichts geändert. Sie verwendet hier zunächst das Bild einer Maschine, an der verschiedene Bauteile zusammenwirken. Sowohl der Laborant als auch der Arzt sind jeweils ein „Rad“, das Hebel bewegen kann. Das Rad ist selbst in Bewegung, durch die Hebel werden andere Dinge bewegt. Der Laborant hat hierbei nur einen kleinen Spielraum und eine eingeschränkte Perspektive. Der Akademiker kann von „ganz oben“ auf andere Aufgabenfelder blicken, die der Laborant nicht sieht und hat zusätzlich die Macht zu entscheiden, welche davon er bearbeitet. Diese Perspektive und Machtposition ist und bleibt der BMA/MTLA verwehrt.

Bezüglich der Zukunftschancen kann konstatiert werden, dass sich in der Schweiz für die BMA durch die Höherstufung der Ausbildung die Aufstiegsmöglichkeiten im Grunde nicht geändert haben und sich die Möglichkeiten in den beiden Vergleichs-

ländern aus subjektiver Sicht nicht unterscheiden. Die Qualifikation zum Experten HF wird als aufwändig eingeschätzt. Auch bei bester Qualifikation erreicht der BMA/MTLA nicht die Position eines Akademikers. Ziele werden eher innerhalb des Arbeitsplatzes und der vorhandenen Position angestrebt, wobei in der Schweiz diesbezüglich die Mitarbeitergespräche eine zentrale Rolle spielen.

### 5.3.3 Selbstbild: Hintergrund versus Vordergrund

Die Positionierung der Befragten orientiert sich an der Medizin und am Patienten, auch wenn der Kontakt zum Patienten in der Regel nicht direkt hergestellt wird. B6(33) berichtet, dass sie an ihrem jetzigen Arbeitsplatz keinen Bezug zwischen den Laborergebnissen und der Patientenakte herstellen kann, da das Probenaufkommen zu hoch sei. Das findet sie auf der einen Seite schade, auf der anderen aber auch weniger belastend. B3(68) nennt das Motiv des Helfens:

*B3: ja. also das ist was, was bei mir !GANZ! KLAR war. ich will laborantin zwar auch DESwegen werden, weil ich dem patienten zwar HELFEN möchte, aber den Direkten paTIENTENkontakt MÖCHT ich NICHT, weil mich das PERSÖNLICHE !LEIDEN! WAHRscheinlich zu sehr MITnimmt, je nach DEM, wo man DA ist, oder das LEID der ANgehörigen, wenn einer STIRBT, oder so was. ich glaub das KÖNNT ich nicht WEG:stecken. deswegen hab ich gedacht, ich will LIEBER im HINTERgrund was für den patienten tun.*

Sie stellt sich mit ihrer Arbeit damit ganz in den Dienst des Patienten, umgeht aber bewusst die persönliche Konfrontation mit dem Leid und der Krankheit des Betroffenen und seinen Angehörigen, um ihre Person emotional zu schützen. Sie schätzt sich dafür als nicht stark genug ein. Sie bleibt lieber im Hintergrund und verzichtet damit auch auf Anerkennung. B5(59) positioniert sich auf die gleiche Weise:

*B5: man geht zum ARZT, nimmt BLUT ab. DES wird in ein LABOR geschickt und man kriegt ein erGEBNIS. aber WER dann des !G'MACHT! hat. also man ist wirklich TOTAL anonym dort. aber in deutschland ist es AUCH so. also des ist einfach der BERUF. man IST im HINTERGRUND. [ja] man kann des BEwusst auch geWÄHLT haben. ich mein ICH hab gesagt=also eigentlich wollt ich immer ÄRZTIN sein, aber auf der anderen seite, ob ich immer die GEDULD hab mit den paTIENTEN immer RUHIG zu bleiben und immer HÖFLICH zu bleiben, KEINE ahnung. und das ist einfach jetzt !DAS! ich arbeite eigentlich ungefähr in dem BEREICH, was ich als !KIND! schon machen wollte. in der MEDIZIN. ABER ich bin NICHT wirklich jetzt mit dem patienten DIREKT in kontakt. also, ich BIN wirklich im hintergrund.*

In diesem Zitat wird der Terminus „Hintergrund“ gleich zweimal verwendet. Zuerst spricht sie für alle Berufsangehörigen, dann für sich selbst. Sie hat diese Rolle bewusst gewählt. Hintergrund ist eine Bühnen-Metapher. Sie möchte auf der Bühne der Medizin stehen, aber nicht im Rampenlicht. Auch in diesem Zitat werden Selbstzweifel geäußert, Zweifel, ob die notwendige Geduld für Patienten aufgebracht werden könnte. Zuvor postuliert sie, dass der Beruf sehr viel Spaß macht, wenn man „so ein bisschen eine Leidenschaft“ (55) dafür mitbringt. Die Motivation für den Beruf muss ihrer Ansicht nach von innen kommen, ist eher emotional. Sie kann nicht von außen erwartet oder rational herbeigeführt werden.

Einen Kontrast dazu bildet die Aussage von B1(6). Sie erwähnt, dass sie an ihrem ersten Arbeitsplatz eine „Auszeigemitarbeiterin“ war, weil sie „sehr gute Qualität von den Arbeiten abgeliefert hatte und auch Fachwissen hatte“. Im weiteren Verlauf erklärt sie, dass sie ihre Fähigkeiten „taktisch und gefühlvoll“ einsetzt, um den Schweißern nicht „auf die Füße zu treten“. Sie bewegt sich damit bewusst agierend im Vor-

dergrund. Bei ihr wird das Motiv des Helfens nicht direkt thematisiert. Sie spricht von „Hebel bewegen“ und empfindet sich als „Rad“ innerhalb des Geschehens (29). Es stellt sich die Frage, was diese Hebel bewegen sollen. Hebel übertragen eine Kraft und verstärken diese. Sie hat die Vision, nicht nur dem einzelnen Patienten zu helfen, sondern die medizinische Wissenschaft voranzubringen, damit vielen geholfen werden kann. Rückblickend hätte sie lieber Medizin studiert, weil sie dann diese Vision besser hätte umsetzen können (vgl. 5.2.1).

B7(32 f) definiert ihre Rolle in Bezug auf die Technik:

*B7: ich mein ich muss ein verHÄLTNIS herSTELLEN zwischen !DEM! wissen, wie mein GERÄT (.) HEUTE an dem TAG, also ich MEIN des ist ja auch immer sehr SCHWANKEND (lachen) wie des gerät funktionIERT. und sozusagen verLÄUFE von KRANKENakten beurteilend muss ich sehen. da bin ich schon der DOLmetscher eigentlich zwischen dem was !SEIN! kann und zwischen dem was sozusagen (.) NICHT sein kann.*

Sie hat die Laborleitung inne und bewegt sich schon allein aufgrund dieser Rolle nicht mehr im Hintergrund. Sie sieht sich als Bindeglied zwischen Gerät und Krankenakte, zwischen dem was sein kann und nicht sein kann. Sie beschreibt hier die medizinische und technische Validation als Kern ihrer Arbeit. Kurz darauf erklärt sie: „Also ich find immer mehr, dass man Techniker als-, also man ist mehr ein Labortechniker als sonst was“ und korrigiert damit ihre Position. Mit „immer mehr“ beschreibt sie, dass die Technik einen immer größeren Stellenwert in ihrem beruflichen Selbstverständnis einnimmt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass verschiedene Rollen innerhalb des Berufes eingenommen werden können. Das Handlungsmotiv variiert stark. Ein mögliches Motiv ist das Helfen wollen, ohne sich mit den emotionalen Belastungen durch einen direkten Patientenkontakt auseinandersetzen zu müssen. Hieran geknüpft ist die bewusste Entscheidung, sich im Hintergrund zu bewegen. Einen Kontrast dazu bilden Mitarbeiter, die sich gerne im Vordergrund zeigen wollen und erfolgsorientiert ausgerichtet sind. Dabei kann die Vision über die Patientenversorgung hinausgehen. Innerhalb des Berufes ist die Umsetzung dieses Motivs nur bedingt möglich. Eine weitere Positionierung findet in Bezug auf die Technik statt, die den Laboralltag in den meisten Bereichen zunehmend bestimmt. Die BMA/MTLA sieht sich hier als Bindeglied zwischen Technik und Patient.

## 6. Komparative Verdichtung und Diskussion

Obwohl die Ergebnisse der empirischen Untersuchung themenzentriert einer qualitativ reduzierten Analyse unterzogen wurden, tritt eine beträchtliche Mehrdimensionalität und Komplexität der Daten zum Vorschein. Im folgenden Kapitel soll das Augenmerk gemäß der Forschungsfrage auf den subjektorientierten Vergleich des Arbeitshandelns von BMA/MTLA in Deutschland und der Schweiz gerichtet werden, wobei der eigentliche Gegenstand des Vergleichs nicht die Gegenüberstellung der Daten, sondern deren funktionale Bedeutung ist (Hörner, 1993, 19). Die Ergebnisse werden unter Einbeziehung des situativen Kontextes aufeinander bezogen, verdichtet und reanalysiert. Die forschungstheoretische Einordnung und Interpretation erfolgt vor dem Hintergrund der subjektorientierten arbeits- und berufssoziologischen Axiome. In den ersten beiden Abschnitten wurden das berufliche Selbstverständnis und die Berufsform, durch welche in beiden Ländern weitgehend gleiche Rahmenbedingungen gegeben sind, reflektiert. Auf dieser Vergleichsbasis werden die von den Befragten wahrgenommenen Unterschiede diskutiert. Die Veränderungen durch das Ausbildungsniveau und den Rationalisierungsprozess sowie deren Folgen auf den Arbeitsmarkt und die Arbeitsbedingungen dienen als Leitmotive bei der Diskussion der Ergebnisse. Die Interdependenzen zwischen diesen strukturellen Rahmenbedingungen und der beruflichen Identität werden komparativ unter Zugrundelegung des strukturfunktionalistischen Paradigmas zu einer realitätsnahen Theorie verdichtet. Die Unterschiede bezüglich Hierarchie, Mentalität und Sozialisation fließen nur rudimentär in die Diskussion mit ein. Für deren ausführliche Diskussion wären eine phänomenologisch-ethnologische Untersuchungsperspektive sowie die Einbeziehung von in der Schweiz sozialisierten Interviewteilnehmern notwendig gewesen.

### 6.1 Berufliche Anforderungen und Selbstverständnis

Dem Beruf der MTLA/BMA kommt innerhalb der Gesundheitsberufe eine Sonderstellung zu, da Patientenkontakte in der Regel fehlen. Die in den Anfängen der Berufsgeschichte noch vorhandene unmittelbare Nähe zu einem Chefarzt, in dessen Auftrag die Arbeit erledigt wurde, ist weitgehend aufgehoben. Das zu untersuchende Material wird häufig im Labor abgegeben, ohne dass ein persönlicher Kontakt zu Auftraggebern, Patienten oder Kunden hergestellt wird. Der Charakter der Arbeitstätigkeit ähnelt eher dem der industriellen Produktion als dem der Dienstleistung, da unter Zuhilfenahme technischer Geräte (Patienten-)Material verarbeitet wird ohne einen direkten Kundenkontakt zu haben. Moderne Technologie und vollautomatische Laborgeräte ersetzen zunehmend manuelle Abläufe. Es wird in den Interviews betont, dass hierfür ein hohes Maß an Fachkompetenz und Erfahrung benötigt wird, da für deren Bedienung eine rein planmäßig-rationale Handlungslogik nicht ausreicht. So beschreibt B5, dass sie im Umgang mit den Geräten ein *gewisses Gespür und Händchen* braucht, um den Berufsalltag meistern zu können. B10 spricht von *Detektivarbeit*, da er bei der Bearbeitung von besonderen Fällen persönliche Fähigkeiten einsetzen muss, die durch Geräte nicht ersetzt werden können. Die Prognose Stefan Kirchbergers (1986), der Beruf der MTA würde durch die Automatisierung auf eine eingeschränkt-dienende Funktion reduziert werden, beruht auf früheren berufssoziologischen Annahmen, dass durch den technischen Fortschritt Unwägbarkeiten und Un-

bestimmtheiten weitgehend ausgeschaltet werden können und das menschliche Handeln rational kontrolliert und geplant werden kann. Es hat sich jedoch gezeigt, dass es trotz wissenschaftlicher Expertise und informationstechnischer Steuerung nicht gelingt, sämtliche in der Praxis auftretenden Einflussgrößen und Wirkungszusammenhänge zu erfassen und zu kontrollieren. Für die medizinische Diagnostik trifft dies in besonderem Maße zu, da jeder Patient eine individuelle Fragestellung mitbringt, insgesamt die Menge des Untersuchungsmaterials ständigen Schwankungen unterworfen ist und die Ergebnisse teilweise zeitnah für diagnostische und therapeutische Entscheidungen gebraucht werden. Subjektive Erfahrung und Intuition werden zur Bewältigung von kritischen Situationen gerade da zunehmend gebraucht, wo die Planung an ihre Grenzen stößt (Böhle, 2004).

Bereiche, die wenig automatisiert sind, werden besonders geschätzt, da ein unmittelbarer Bezug zwischen der Arbeitshandlung, dem theoretischen Fachwissen und den erzielten Ergebnissen hergestellt werden kann. Aber auch im Umgang mit Laborgeräten werden medizinische und methodische Aspekte auf abstrakter Ebene in die Handlung einbezogen. In den Interviews wird in diesem Zusammenhang der Begriff *Nähe* verwendet. In stark automatisierten Arbeitsbereichen wird diese Nähe durch die Validation hergestellt. Darunter wird die technische und biomedizinische Beurteilung der Labormessgrößen verstanden, die der Erstellung des Laborbefundes dient, welchen der Arzt zur Diagnosestellung und Therapie nutzt. Des Weiteren wird die manuelle Bearbeitung von Probenmaterial zur Befundung als Arbeit beschrieben, bei der die MTLA/BMA nahe an der Diagnosestellung ist, da sie das jeweilige Material individuell bearbeitet. Im übertragenen Sinn wird darin die Nähe zum beruflichen Selbstverständnis hergestellt. Dies ist in seinem Kern da verankert, wo an die Arbeit herangetragene Erwartungen erfüllt werden (Wessel, 2010). Bei den MTLA/BMA ist dies der Anspruch, dem Patienten helfen zu wollen, ohne mit ihm direkt in Kontakt zu treten. Der von Kirchberger (1986) formulierte berufliche Anspruch „flexibles Bindeglied zwischen Naturwissenschaft und Gesundheitsversorgung zu sein, hier Mittlerfunktion auszuüben“ (245) stimmt auch heute noch mit den subjektiv an den Beruf herangetragenen Ansprüchen und dem beruflichen Selbstverständnis überein.

In beiden Ländern nimmt das Laborteam eine zentrale Stellung ein, da innerhalb des Teams Aufgaben verteilt und Verantwortungsbereiche abgesteckt werden müssen. Aufgrund des teilweise täglich schwankenden Probenaufkommens muss kurzfristig flexibel reagiert werden, zum Teil müssen Arbeitszeiten rund um die Uhr abgedeckt werden. Hinzu kommt, dass von der geleisteten Arbeit wichtige medizinische Entscheidungen abhängig gemacht werden. Die Verantwortung hierfür muss sowohl vom Einzelnen als auch vom gesamten Team übernommen werden. Das Team stellt kontinuierlich einen kritischen Bereich dar, in dem entstehende Konflikte gelöst werden müssen, da die Zusammenarbeit auf engem Raum erfolgt und kaum Ausweichmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die Beurteilung der Berufszufriedenheit wird daher in den Interviews häufig von dem Zusammenspiel und der Funktionalität des Teams abhängig gemacht. Die Untersuchungen Kachlers (2010) ergaben, dass nach Einschätzung der Berufstätigen die Anforderungen an die Teamarbeit in den letzten Jahren gestiegen sei und daher dem Erwerb sozialer Kompetenzen mehr Bedeutung beizumessen ist. Reisch und Christe (2009) legen in ihrer Studie zur Arbeitsmarktfor-

ße Rolle spielt. B10 betont im Interview, dass die soziale Kompetenz die wichtigste für die Arbeit als MTLA/BMA sei.

Die Übertragung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen auf ein Team kann dennoch kritisch betrachtet werden. So kann die Anpassungsfähigkeit des Teams dazu führen, dass die gestellten Anforderungen zunehmen und der Druck auf den Einzelnen wächst, weil jeder in seinem Handeln gegenüber dem Team verpflichtet ist und dennoch selbst die Verantwortung für sein eigenes Handeln übernehmen muss. Macht kann ohne Autorität und Verantwortung ausgeübt werden. Das Fehlen von Autorität gibt den „Oberen die Freiheit umzuschichten, anzupassen und zu reorganisieren, ohne sich oder ihr Handeln zu rechtfertigen" (Sennett, 1998, 154). Dies wird in den Interviews da deutlich, wo Umstrukturierungsprozesse und Rationalisierungsmaßnahmen als Prozesse geschildert werden, denen das Team beziehungsweise der Einzelne machtlos ausgeliefert ist.

Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland ist der Beruf relativ unbekannt. Innerhalb des stationären Bereichs befinden sich die Arbeitsplätze häufig im Untergeschoss des Krankenhauses. Es werden nur vereinzelt Kontakte zu Patienten oder dem Personal anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe hergestellt. Die Berufsangehörigen erhalten aus diesem Grund wenig Anerkennung von außen für ihre Arbeit. Bedingt dadurch, dass das im Hintergrund stehen teilweise bewusst die Berufswahl beeinflusst hat, fällt es vielen Berufsangehörigen schwer, sich zu präsentieren und auf sich aufmerksam zu machen.

Der Personenkreis, der sich für diesen Beruf eignet, ist stark eingegrenzt, da ausgeprägte technische und soziale Kompetenzen vorhanden sein müssen. Des Weiteren erfordert die Diskrepanz zwischen hoher Verantwortung und geringer Anerkennung ein beträchtliches Maß an intrinsischer Motivation und eine ethische Grundhaltung.

## 6.2 Berufsform ohne Flexibilität

Wie wichtig und erforderlich ein Beruf tatsächlich ist, hängt zum einen vom betrieblichen Bedarf ab, zum anderen vom faktischen Berufsbild, welches sich durch die qualitativ-fachliche Breite und die quantitativ-räumliche Ausdehnung definiert (Beck et al., 1980, 82). Wie andere nichtärztliche Gesundheitsberufe ist der Beruf der MTLA/BMA hochgradig spezialisiert und auf ein klar definiertes Berufsbild auf dem Arbeitsmarkt zugeschnitten. Die Arbeitsplätze befinden sich weitgehend im stationären Sektor. Dies führt dazu, dass die arbeitsmarktstrategische Stellung der Berufsgruppe wenig Flexibilität aufweist, so dass eine starke Abhängigkeit zu den Veränderungsprozessen im betrieblichen Bedarf besteht. Eine kurzfristige Anpassung auf die Arbeitsmarktdynamik ist nur begrenzt möglich, Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt sind nur schwer auszubalancieren.

Anhand der erhobenen Daten kann gezeigt werden, dass sich die Berufsausbildung in beiden Ländern unabhängig vom Ausbildungsniveau am Berufsprinzip orientiert und sich hinsichtlich des Berufsbildes nicht unterscheidet. Von den Befragten mussten kaum Anpassungsleistungen erbracht werden, die über die gewöhnliche Einarbeitung bei einem Stellenwechsel hinausgehen. Das Tätigkeitsspektrum umfasst die Gewinnung und Aufbereitung von Proben sowie die Durchführung von Untersuchungsgängen zu medizinisch-diagnostischen oder wissenschaftlichen Zwecken einschließlich der Ergebniserstellung, der Durchführung von Qualitäts- und Plausibilitätskontrollen

und der Befundübermittlung (Kachler, 2010). Die Berufsausbildung ist in beiden Ländern auf diesen Aufgabenzuschnitt ausgerichtet. Die Anhebung des Ausbildungsniveaus in der Schweiz führte nicht zu einem breiter angelegten Arbeitskraftmuster, wie dies für Hochschulabgänger üblich ist (Bollinger, 2012, 21). Dies führt zur Beschränkung der beruflichen Mobilität, da allgemeine Qualifikationen nur bedingt außerhalb des erlernten Berufes honoriert werden. Ein hochgradig spezialisiertes Arbeitskräftemuster, wie dies bei MTLA/BMA der Fall ist, hat es schwer, seine besondere Brauchbarkeit außerhalb der gewohnten Tätigkeitsbereiche auf dem Arbeitsmarkt zu demonstrieren (Beck et al., 1980, 90). Dies bestätigen die vergeblichen Bemühungen von B4, sich auf dem freien Markt außerhalb der Humanmedizin zu bewerben.

Das Verlassen des Ausbildungsberufes ist häufig mit einem Statusverlust und einem vergrößerten Risiko des beruflichen Abstiegs verknüpft (Konietzka, 1999).

Die Mobilität auf dem Arbeitsmarkt ist in beiden Ländern nur berufsintern gegeben. Die in der Berufsausbildung vorgenommene Strukturierung in die Tätigkeitsbereiche Klinische Chemie, Hämatologie, Immunhämatologie, Histologie und Mikrobiologie ist im Berufsalltag präsent. Dies wird da ersichtlich, wo sich BMA/MTLA bewusst für einen Fachbereich entscheiden und diesen im Vergleich zu den anderen bewerten. Die Möglichkeit, innerhalb der Fachbereiche wechseln zu können, wird als Bereicherung empfunden.

Die berufsspezifische Differenzierung des Arbeitsmarkts gibt dem Individuum eine entscheidende Ressource zur Stabilisierung von Erwerbsmustern, so dass eine Abkehr vom Berufsprinzip, die vielfach von der Berufsbildungsforschung gefordert wird, fraglich ist (ebd.). Eine weitere Funktion der klar definierten Qualifikationsbündel ist die Reduzierung der Konkurrenz aus anderen Berufen. Durch die institutionell mangelnde Austauschbarkeit kann erst die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass der Einzelne auf dem Arbeitsmarkt eigene Interessen durchsetzen kann (Beck et al., 1980, 77). Die Flexibilität und Übertragbarkeit des beruflich geformten Arbeitsvermögens haben wichtige Folgen für die arbeitenden Personen: Sie begründen in Grenzen ihre berufliche Autonomie und sind Grundlage für einen *Berufsstolz* (Brater, 2010). Für die Befragten trägt es zur Berufszufriedenheit bei, das in der Ausbildung Gelernte beruflich anwenden zu können. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, wenn beispielsweise B6 ihre Arbeit als Dialysepflegerin aufgibt, weil sie wieder in *ihrem* Beruf arbeiten will.

Ein weiteres strukturelles Merkmal des Berufs ist der hohe Anteil an Frauen. Arbeitsstellen werden in der Regel im familiären Umfeld gesucht und deren Rahmenbedingungen müssen zu den privaten Bedürfnissen passen. Fast alle Interviewteilnehmer geben als Migrationsgrund den Aufenthalt des Partners im jeweiligen Migrationsland an. B3 äußert explizit: „Also ich bin erst mal Mutter und organisiere mein Berufsleben um die Kinder herum“. Dadurch wird die berufliche Flexibilität zusätzlich eingeschränkt.

### 6.3 Akademisierung

In beiden Ländern hat sich der Beruf historisch als nichtärztlicher Gesundheitsberuf in starker Ausrichtung auf die ärztliche Profession entwickelt. Durch die Anhebung der Berufsausbildung auf Tertiärniveau in der Schweiz ist es nicht gelungen, Anschluss an den ärztlichen Berufsstatus und dessen Handlungsspielraum herzustellen bezie-



ungsweise eine eigenständige Grundlagendisziplin zu entwickeln. Der Beruf der BMA ist immer noch der ärztlichen Leitprofession untergeordnet, wodurch eine systematische Weiterentwicklung der Qualifikations- und Kompetenzprofile teilweise blockiert wird (Kachler, 2007, 3). Die Möglichkeit, einen Karriereweg einzuschlagen, wird in beiden Ländern von den Befragten als sehr begrenzt eingeschätzt. Nach entsprechenden Weiterbildungen können lediglich Lehr- und Leitungsfunktionen innerhalb des eigenen Berufsbildes eingenommen werden. Ein Anschluss an den wissenschaftlichen Diskurs konnte auch in der Schweiz nicht hergestellt werden. Denkbar wären hier beispielsweise Bereiche wie Medizintechnik oder Bio- und Gentechnologie, die aufgrund der Entwicklungen zu wachsender Multidisziplinarität und stärkerer Interdependenz von Wissenschaft und Gesellschaft entsprechende Bildungs- und Ausbildungswege fordern (Duddeck, 2012, 51).

Die Entlohnung fällt im Vergleich zu den akademischen Berufen niedrig aus und bewegt sich insgesamt im mittleren Sektor. Auch konnte aus Sicht der Befragten die gesellschaftliche Anerkennung nicht gesteigert werden. Dies bestätigt die Annahme, dass die mit der Akademisierung verbundenen Erwartungen in Richtung Professionalisierung und Steigerung der Selbstbestimmung und Anerkennung nicht zwangsläufig erfüllt werden (Kälble, 2008, 196). Die Änderung der Berufsbezeichnung in der Schweiz zu *Biomedizinischer Analytiker* konnte sich nach Aussagen der Befragten bislang nicht im Berufsalltag durchsetzen und führte bislang nicht zu einem anderen Selbstverständnis der Berufstätigen oder einer merkbaren Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes.

Aus den empirischen Daten geht hervor, dass deutsche MTLA, mit Ausnahme des Erlernens der venösen Blutentnahme, keine fachlichen Anpassungsleistungen erbringen müssen und sich für die Anforderungen im Arbeitsalltag in der Schweiz bestens vorbereitet fühlen. Dies zeigt, dass von der Verortung des Berufes nicht auf die Fähigkeit und Kompetenzen der Absolventen oder die Verwertbarkeit des Berufes geschlossen werden kann (BMBF, 2014). Dennoch erschwert die fehlende Akademisierung der deutschen Ausbildung die Migration und verstößt gegen die Prinzipien der beruflichen Mobilität und Vergleichbarkeit innerhalb Europas (vgl. Still, 2012). Seit der Anhebung der Ausbildung in der Schweiz werden seitens des SRK von deutschen Migranten Anpassungsleistungen in Form einer Prüfung oder eines Seminars und zusätzlich einer Facharbeit verlangt, um die offizielle Anerkennung zu erhalten. Es darf der Titel *BMA Niveau HF* getragen werden, allerdings ohne die Zusatzbezeichnung *Diplom*. Zusätzlich geraten deutsche MTLA zunehmend unter Druck, ihre Ausbildung gegenüber den schweizerischen Kollegen rechtfertigen und unter Beweis stellen zu müssen. Dies löst bei deutschen MTLA Verärgerung aus, zumal sie die Ausbildungsqualität in beiden Ländern gleich einschätzen und sich hinsichtlich ihrer fachlichen Kompetenz den schweizerischen BMA mindestens ebenbürtig fühlen.

Dennoch unterscheidet sich die Konzeption des Unterrichts erheblich. Im kompetenzorientierten Rahmenlehrplan für BMA ist ein wesentlich höherer Praxisanteil vorgesehen. Methodisch findet das Problemorientierte Lernen (POL) in Ausrichtung an bildungspolitische Vorgaben Anwendung, das heißt anhand von fachlichen Problemstellungen sind die Schüler angehalten, selbstständig und selbstorganisiert Lösungen zu finden. Dies hat zum Ziel, den Erwerb von anwendbarem Wissen und entsprechenden Fertigkeiten zu unterstützen, ohne den Erwerb von Fachwissen zu beeinträchtigen (Krapp & Weidenmann, 2006). Die Auswirkungen werden von den mig-

rierten MTLA kritisch beobachtet. Interessant ist, dass von deutschen MTLA die Vermittlung eines umfassenden, auf die Praxis übertragbaren Fachwissens an der deutschen Ausbildung geschätzt wird und sie den Erwerb dieser Kompetenz durch die schweizerische Ausbildung in Frage stellen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Rahmenlehrplan in der Schweiz erst 2008 in Kraft trat (OdASanté, 2012) und POL erst danach sukzessive an den Fachschulen eingeführt wurde, so dass die Auswirkungen im Berufsalltag noch kaum spürbar sein dürften. Die Verteidigung der deutschen Ausbildung kann als Reaktion auf die Verärgerung über die nominelle Abstufung der deutschen Ausbildung zurückzuführen sein. Zur Frage, ob und in welcher Weise sich das neue Ausbildungskonzept in der Schweiz im Arbeitshandeln bewährt, kann und soll in dieser Studie nicht Stellung bezogen werden. Dennoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass es in Deutschland seitens der Laborleitungen erwünscht ist, für den praktischen Ausbildungsanteil mehr Zeit einzuräumen, damit zukünftig noch mehr *klinische Momente* integriert und Raum für modernere Verfahren bereitgestellt werden können (Kachler, 2010, 84). Auch sollten die Schüler während der Berufspraktika eine kompetente Anleitung und Betreuung erhalten. Gegen eine Erhöhung der praktischen Anteile in der deutschen Ausbildung spricht, dass sich bei Beibehaltung der dreijährigen Ausbildungszeit die theoretischen Anteile zwangsläufig verringern würden.

Die für die berufliche Bildung zuständigen europäischen Minister, deren Sozialpartner und die Europäische Kommission sehen im praxisorientierten Lernen die Möglichkeit, die berufliche Identität nachhaltig zu entwickeln und die Persönlichkeit zu stärken. Da sich die Qualifikationsanforderungen aufgrund des gesellschaftlichen Wandels kontinuierlich verändern, ist die Vermittlung der Kompetenz, sich Wissen selbst aneignen zu können und die Etablierung regelmäßiger Weiterbildungsangebote unabdingbar (Europäische Bildungsminister, Europäische Kommission, 2010). Das tradierte Konzept des *Lernens auf Vorrat* reicht nicht mehr für die Zeitspanne der Berufstätigkeit aus. Die Befragten argumentieren vor dem Hintergrund des tradierten Bildungskonzeptes, nach dem von B7 explizierten Motto: *Die Schule ist für das theoretische, die Arbeit für das praktische Lernen zuständig*. In den Interviews wurde berichtet, dass in Deutschland die Teilnahme an Weiterbildungen kaum eingefordert wird, während dies in der Schweiz üblich ist, damit eine kontinuierliche Anpassung an den Qualifikationsbedarf erfolgt. Diesbezüglich sind die Aussagen von B2 aufschlussreich. Sie migrierte nach langjähriger Berufstätigkeit in der Schweiz nach Deutschland. Aufgrund des Wissens, das sie sich während ihrer Berufstätigkeit in der Schweiz auf Kongressen und Seminaren angeeignet hatte, ist sie nun nach eigenen Aussagen an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz die am besten qualifizierte MTLA, die seitens ihrer Vorgesetzten viel Verantwortung übertragen bekommt. Währenddessen konnten ihre deutschen Kollegen teilweise über Jahre keine Weiterbildungen in Anspruch nehmen. Dies zeigt, dass das Konzept des lebenslangen Lernens in der Schweiz eher umgesetzt wird, während in Deutschland noch tradierte Lernvorstellungen überwiegen.

#### 6.4 Fachkräftemangel in der Schweiz

Laut des Nationalen Versorgungsberichts für nichtärztliche Gesundheitsberufe zeichnet sich in der Schweiz ein Mangel an BMA ab (Grüning & Dolder, 2009). Privatlabore lösen das Problem, indem sie vermehrt ausländisches Personal einstellen. Öffentliche

Einrichtungen müssen die Einstellung von Bewerbern aus dem Ausland begründen, da die Schweizer Regierung die Zuwanderung aus dem Ausland eindämmen will. Insbesondere von MTLA/BMA mit Leitungsfunktion wird diese Entwicklung besorgt verfolgt, da die adäquate Besetzung freier Stellen zunehmend schwieriger wird.

Für den Fachkräftemangel werden in den Interviews verschiedene Erklärungsmuster herangezogen, die nachfolgend hypothetisch ausgeführt und diskutiert werden:

- (1) Die Schulen können in der Schweiz nicht genügend BMA ausbilden, da auf Grund der Akademisierung zu wenige Bewerber vorhanden sind.

Die Zahlen des Nationalen Versorgungsberichts belegen, dass die Ausbildungszahlen in der Schweiz in den letzten Jahren stetig gesunken sind (Grüning & Dolder, 2009). Durch die Höherstufung der Ausbildung wird nun ein Abschluss der Sekundarstufe II vorausgesetzt, während in Deutschland ein Abschluss auf Sekundarstufe I ausreicht. Das heißt, Bewerber in der Schweiz brauchen entweder die Matura oder eine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Verhältnis zu den begrenzten Aufstiegsmöglichkeiten, dem relativ niedrigen Berufsstatus und den teilweise ungeregelten Arbeitszeiten sei der Ausbildungsweg zu kompliziert. Laut statistisch ermittelten Werten haben 2007 in Deutschland 1.393 Absolventen die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (Reisch & Christe, 2009), in der Schweiz waren es 143 (Grüning & Dolder, 2009). In Relation zur Einwohnerzahl ist die Zahl etwa gleich hoch. In Kapitel 6.5 wird jedoch aufgezeigt, dass der Stellenbedarf in der Schweiz höher ist und dadurch die Ausbildungszahl zu niedrig.

- (2) Ein Grund für das mangelnde Interesse an der Berufsausbildung zur BMA ist die geringe Anerkennung, die dem Beruf aus der Gesellschaft entgegengebracht wird.

Rudolph (2003) beschreibt, dass der Pflegeberuf in der Schweiz aufgrund der für schweizerische Verhältnisse schlechten Bezahlung und unattraktiven Arbeitszeiten ein schlechtes Image hat, wohingegen die Pflegepersonen für ihr soziales Wirken geachtet werden. Die BMA hat ähnlich schlechte Arbeitsbedingungen, ihr soziales Engagement kommt aber nicht direkt dem Patienten zugute und insgesamt verfügt der Beruf über einen niedrigen Bekanntheitsgrad. Deshalb ist davon auszugehen, dass das Ansehen von BMA in der Schweiz geringer als das von Pflegekräften eingeschätzt wird, was durch die Aussagen von B3(67) bestätigt wird. Als Argument zieht sie die Tatsache hinzu, dass BMA in der Schweiz nicht wie die Pflege an der Fachhochschule, sondern *nur* an der höheren Fachschule ausgebildet werden. Generell ist der Beruf ein zentral wichtiges Bindeglied sozialer Beziehungen, dem eine konstitutive Bedeutung für den Aufbau und die Regelung sozialer Beziehungen zukommt (Beck et al., 1980). Die ausbleibende gesellschaftliche Verwertbarkeit kann dazu führen, dass bereits berufstätige BMA weniger stark mit dem Beruf verhaftet sind und eine andere Laufbahn einschlagen.

- (3) Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gestaltet sich in der Schweiz problematischer als in Deutschland.

Frauen, die nach der Niederkunft ihre Arbeitsstelle nicht verlieren wollen, müssen in der Regel 16 Wochen nach der Entbindung wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, weil der Kündigungsschutz nur bis zu diesem Zeitpunkt gewährleistet wird. Es gibt im Gegensatz zu Deutschland weder Elternzeit noch Erziehungsurlaub (Rudolph, 2003, B3). Die Unterbringung in Kinderkrippen ist sowohl schwierig als auch teuer.

Dies zwingt viele Frauen dazu, die Berufstätigkeit aufzugeben oder ihre Arbeitszeit deutlich zu reduzieren (ebd.). Erhebungen des Bundesamts für Statistik (BFS) zeigen jedoch, dass die Frauenbeteiligung bei der Erwerbsarbeit in der Schweiz fast in allen Altersgruppen über der in Deutschland liegt, allerdings durch einen sehr hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigungen geprägt ist (Branger, 2008). Inwieweit der Mangel an BMA in der Schweiz durch einen erhöhten Abgang aus dem Beruf verursacht wird, lässt sich anhand der Daten nicht einschätzen. Die Befragten berichten, dass Frauen mit Kindern vermehrt Teilzeitarbeit in Anspruch nehmen.

- (4) Die variierenden Arbeitszeiten und Schichtdienste werden von den Schwestern ungern in Kauf genommen.

Diese strukturellen Rahmenbedingungen sind häufig mit der Betreuung kleiner Kinder unvereinbar, stellen aber auch generell mögliche Ursachen für die Wahl eines alternativen Berufs, die Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder die Reduzierung der Arbeitszeit dar. Dies kann an unterschiedlichen kulturellen Prägungen liegen. Möglicherweise wirken sich aber auch die längeren Ausbildungszeiten auf die Ansprüche und Einstellungen der Berufstätigen aus. Nach Baethge (1991) fördert das längere Verweilen in altershomogenen Gruppen individualistische Identitätsbildungsmuster und führt zur emotionalen Stabilisierung des *Eigensinns*. Das heißt, dass vermehrt subjektive Ansprüche an den Arbeitgeber herangetragen werden.

- (5) In der Schweiz werden vermehrt Ansprüche an den Arbeitnehmer gestellt.

BMA sind in der Regel zur Teilnahme an Weiterbildungen und Mitarbeitergesprächen verpflichtet. Sie müssen sich in wechselnden Teams bewähren und die Verantwortung für die geleistete Arbeit übernehmen. Insgesamt wird ein beträchtliches Engagement erwartet und möglicherweise sind viele BMA nicht bereit, sich diesen Anforderungen zu stellen. Es stellt sich die Frage, wie sich das Berufsbild in der Schweiz in den letzten Jahren verändert hat und ob es zu einer Veränderung der Ansprüche, die an die MTLA/BMA gestellt werden, gekommen ist. Diesbezüglich war das Interview mit B9 sehr aufschlussreich. Sie arbeitet schon seit 23 Jahren in einem schweizerischen polyvalenten Labor und konnte die Entwicklung über diesen Zeitraum mitverfolgen. Sie berichtet beispielsweise, dass erst im Verlauf der letzten Jahre wöchentlich stattfindende Teamsitzungen etabliert wurden, bei denen Probleme, Dienste oder Neuerungen besprochen werden können. Auch die anderen Befragten berichten, dass wesentlich mehr Zeiträume für die Kommunikation auf allen Ebenen eingeräumt werden. Neben dem täglichen Rapport und den Teamsitzungen sind noch jährliche Mitarbeitergespräche üblich, bei denen Ziele und individuelle Entwicklungspotenziale aufgegriffen werden, beispielsweise auch, welche Weiterbildungen besucht werden sollten. Kommunikative Kompetenzen werden zunehmend eingefordert.

Eine weitere Veränderung ergibt sich durch den gerätetechnischen Fortschritt, der schon weitgehend das Bild der polyvalenten Arbeitsbereiche prägt, inzwischen aber auch in den anderen Fachbereichen Einzug hält. Während die sogenannte *Handarbeit* in den Hintergrund tritt, wird mehr Zeit für die Wartung und Pflege der Geräte benötigt. Die BMA muss ihre Arbeit eigenständig strukturieren und einteilen, kann eigene Ideen einbringen und übernimmt die volle Verantwortung für ihr Handeln. Von den Befragten werden die Arbeitsbedingungen weitgehend sehr positiv bewertet, was den Arbeitskräftemangel paradox erscheinen lässt. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass Subjektivierungsprozesse eine Kehrseite haben. An die Arbeitskräfte

werden dadurch auch höhere Erwartungen bezüglich Selbst-Motivation, Selbst-Organisation und Selbst-Kontrolle herangetragen (Lohr, 2003). Für die Teilnahme am Interview mussten die Befragten ein hohes Maß an Eigeninitiative und Motivation mitbringen, so dass die Ergebnisse kritisch unter Einbeziehung dieses Bias interpretiert werden müssen. Möglicherweise empfinden Mitarbeiter, die sich weniger stark im Beruf engagieren wollen, die an sie gestellten hohen subjektiven Erwartungen als Belastung oder Zwang.

Eine Folge des Fachkräftemangels, der sich gegenwärtig schon abzeichnet, ist eine hohe Fluktuation innerhalb der Laborteams. Die Befragten beschreiben, dass es überraschend einfach war, in der Schweiz einen Arbeitsplatz zu finden. Manchmal genügte ein Telefongespräch oder ein einziges Bewerbungsschreiben. Eigene Ansprüche, beispielsweise Arbeitszeitwünsche, konnten geltend gemacht und auf Veränderungen im privaten Bereich angepasst werden. Obwohl die Arbeitgeber bemüht sind, das Personal an sich zu binden, nehmen viele BMA die Möglichkeit wahr, aus privaten Gründen oder aus Überdruß die Arbeitsstelle zu verlassen oder die Arbeitszeiten zu reduzieren. Dies hat folgende Konsequenzen: Es entsteht Unsicherheit bei den Kollegen, die Arbeits- und Verantwortungsbereiche im Laborteam müssen neu ausgehandelt, Regeln neu festgelegt werden, teilweise müssen neue Rollen übernommen und das Vertrauen zueinander neu aufgebaut werden (Stahl, 2002). Dies kann zu Spannungen und Konflikten führen, welche die Funktionalität des Teams und die Arbeitssituation des Einzelnen stark belasten. Der personelle Wechsel in den Laborteams wurde von den Befragten häufig als Grund für Abstriche bei der Bewertung der eigenen Berufszufriedenheit genannt.

Die Befragten berichten, dass das Scheitern der Migration von Deutschen in die Schweiz in der Regel auf mangelnde Anpassung an die schweizerische Eigenart zurückzuführen ist. In der Schweiz ist es nicht üblich, Anliegen und Wünsche direkt zu äußern oder sich selbst hervorzuheben. Sowohl von Rudolph (2003) als auch von den Befragten wird das schweizerische Naturell als freundlich und zurückhaltend beschrieben, Entscheidungen werden gut überlegt und brauchen Zeit. Kontakte werden nur schwer außerhalb einer bestehenden Gruppe geknüpft. Vermutlich wird aus diesem Grund in der Schweiz mehr Zeit für die Teambildung benötigt, wobei ein funktionierendes Team einen höheren Stellenwert einnimmt. Carron (2002) beschreibt, dass insbesondere Frauen ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl ausbilden, vorausgesetzt die Gruppenzusammensetzung ist über längere Zeit stabil. Die Befragten bezeichnen teilweise ihre Teamsituation als *familiär*, dies zeigt, dass ein hohes Maß an Vertrauen und Intimität aufgebaut wurde. Die kollektive Integration ist eng mit der beruflichen Identität verknüpft (Schnell, 2012). Der häufige Wechsel von Arbeitskollegen kann die Stabilisierung der eigenen beruflichen Identität verhindern und so zur eigendynamischen Entwicklung der Fluktuation beitragen.

Der Arbeitskräftemangel in der Schweiz ergibt sich aus dem Zusammenspiel der eingeführten Berufsstruktur, der Anforderungskonstellation und der Rahmenbedingungen, die den Beruf nur für einen kleinen Personenkreis attraktiv macht. Durch die Akademisierung des Berufes wurde dieser Personenkreis zusätzlich verringert, da die Anforderungen erhöht, die Möglichkeiten oder das Ansehen für den Berufsinhaber aber nicht entsprechend gestiegen sind. Ganz anders stellt sich diese Situation in Deutschland dar, wo durch die starke Personalkürzung der Bedarf an Arbeitskräften stark verringert wurde.

## 6.5 Automatisierung und Rationalisierung

Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind Rationalisierung und Automatisierung eine Möglichkeit, mit weniger Ressourceneinsatz produzieren zu können. Im Laborbereich werden Ergebnisse mit hoher Präzision innerhalb kurzer Zeit erzielt, Patientenverwechslungen können durch den Einsatz von Barcode-Etiketten weitgehend vermieden werden, die eingesparten Ressourcen können an anderer Stelle genutzt werden (Kägi, 2012). In den Interviews wurde berichtet, dass in Deutschland die Stellen für MTLA radikal gestrichen und Labore in kleinen Krankenhäusern geschlossen wurden. Diese Entwicklung kann dadurch untermauert werden, dass die Zahl der berufstätigen MTLA von 2000 bis 2007 um 14 % reduziert wurde (Blum & Grohmann, 2009), wobei B10 berichtet, dass hauptsächlich in den 90er Jahren starke Personalkürzungen vorgenommen wurden. Reisch und Christe (2009, 46) gehen davon aus, dass die Umstrukturierungsprozesse noch nicht abgeschlossen sind. Die Veränderungen in der Krankenhausorganisation, technische Entwicklungen und EDV-Lösungen würden Rationalisierungspotenziale freisetzen, die tendenziell zu einer Verringerung des Personals, zumindest aber zu einer Stagnation des Bedarfs an ausgebildeten MTLA führen. Ganz anders sieht es in der Schweiz aus. Hier stieg die Zahl der beschäftigten Fachkräfte in medizinischen Laboren laut der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE von 2001 bis 2008 um 20 % (Kägi, 2012). Desgleichen unterscheiden sich die Prognosen: Es gäbe in der Schweiz insgesamt wenig Anzeichen, dass der Umfang der Labordienstleistungen reduziert wird. Es wird davon ausgegangen, dass Laboruntersuchungen trotz des Spardrucks durch die Einführung der DRG an Bedeutung gewinnen, da sie dazu beitragen, in kurzer Zeit die Diagnosestellung zu sichern und bei der Codierung der DRGs eine wichtige Rolle spielen. Zudem gäbe es immer mehr Tests, die per Hand durchgeführt werden. Des Weiteren gäbe es neue Herausforderungen in der Labororganisation. Deshalb wäre auch weiterhin davon auszugehen, dass der Personalstand der BMA nicht reduziert wird (ebd., 7).

Eine Folge der unterschiedlichen Rationalisierungsprozesse ist ein Überschuss an Fachkräften in Deutschland (Reisch & Christe, 2009), während in der Schweiz von einem Fachkräftemangel ausgegangen wird. In den Interviews wird die unterschiedliche Arbeitsmarktsituation in den beiden Vergleichsländern sehr deutlich artikuliert. Sie hat massive Auswirkungen auf das Arbeitshandeln und die Bewertung der Berufszufriedenheit. Für manche Interviewpartner war es ein einschneidendes, krisenhaftes Erlebnis, in Deutschland an der sogenannten zweiten Schwelle nicht ohne Weiteres Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden. Die Erfahrung führt zu Selbstzweifeln und zum Empfinden der eigenen Wertlosigkeit aufgrund des ökonomischen Urteils, nicht gebraucht zu werden (vgl. Krömmelbein, 2010). Auf Basis dessen wird davon ausgegangen, dass sich auch ein Stellenwechsel innerhalb Deutschlands nicht unbedingt realisieren lässt. Dies führt dazu, dass die MTLA bemüht sind, die erworbenen Arbeitsstellen so lang wie möglich zu erhalten und mitunter erhebliche Belastungen in Kauf nehmen, um eine Wiederholung des krisenhaften Erlebens auszuschließen. Damit verliert der Arbeitsmarkt an Dynamik und die Auswahl an freien Stellen verringert sich zusätzlich.

Berufsbiografische Forschungen zeigen, dass biografische Erfahrungen weit mehr das Bewusstsein von Arbeitern prägen als die Berufssituation selbst (Baethge, Hantsche, Pelull & Voskamp, 1989; Deppe, 1982). Dies erklärt die Vehemenz, mit der die biogra-

fische Dimension der gegensätzlichen Erfahrungen bei der Arbeitsplatzsuche in Deutschland und in der Schweiz geschildert werden. Vermutlich kann erst durch die positiv verbuchte Erfahrung in der Schweiz die Erfahrung in Deutschland von individuellen Erklärungsmustern gelöst und artikuliert werden. Die Intensität dieses Phänomens zeigt sich auch darin, dass häufig nach der Interviewsituation auf dieses Thema zurückgegriffen und nach möglichen Erklärungsmustern gesucht wurde. In Deutschland wird der Engpass auf dem Arbeitsmarkt auf die massive Rationalisierung im Laborbereich zurückgeführt. Auch in der Schweiz wird die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zum Anlass genommen, zahlreiche Strategien zur Einsparung zu entwickeln und umzusetzen (Schölkopf, 2010). Die Veränderungen im Laborbereich sind wie in Deutschland durch eine Zunahme der Automatisierung geprägt.

Unter Einbeziehung der empirischen Ergebnisse können vier strukturelle Unterschiede ausgemacht werden, die hypothetisch erklären, warum sich in Deutschland die Kostendämpfung stärker auf die Stellensituation der Labore auswirkt als in der Schweiz:

- (1) Insgesamt steht dem Gesundheitswesen in der Schweiz mehr Geld zur Verfügung, so dass sich die Sparpolitik nicht so stark auswirkt.

Entscheidend sind hier die Entwicklungen im stationären Bereich, da hier die meisten MTLA/BMA tätig sind. Während in der Schweiz 2007 3,8 % des Bruttoinlandsproduktes für die stationäre Versorgung ausgegeben wurden, waren es in Deutschland nur 3,0 %. In der Schweiz kamen 2008 auf ein Bett in der stationären Akutversorgung 3,85 Personal- und 1,39 Pflegestellen, in Deutschland dagegen nur 2,1 Personal- und 0,77 Pflegestellen (Schölkopf, 2010, 104, 112). Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz im stationären Sektor generell der Personalschlüssel höher angesetzt wird als in Deutschland.

- (2) Bedingt durch die geografischen Gegebenheiten ist es in Deutschland eher möglich, Labore oder kleine Krankenhäuser zu schließen oder zusammenzulegen.

Durch die naturräumliche Gliederung, hauptsächlich durch Alpen und Jura, müssten teilweise lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden und die Bearbeitung der Proben beziehungsweise die Patiententransporte würden mit einer zeitlichen Verzögerung einhergehen. Da jedes Akutlabor im Krankenhaus ein bestimmtes Analysespektrum bei Tag und Nacht abzudecken hat, müssen insgesamt mehr MTLA/BMA-Stellen zur Verfügung gestellt werden. Tatsächlich ist in der Schweiz eine höhere Krankenhausdichte vorzufinden. Das BFS verzeichnete 2011 in der Schweiz 299 Krankenhäuser bei einer Einwohnerzahl von knapp acht Millionen (Bundesamt für Statistik, 2013), während in Deutschland 2010 nur 2.064 Krankenhäuser registriert wurden, bei einer Einwohnerzahl von etwas über 80 Millionen (Bölt & Graf, 2012).

- (3) Die Arbeit von MTLA wird in Deutschland weniger wahrgenommen, da die hierarchischen Strukturen stärker ausgeprägt sind.

Die Distanz zwischen BMA/MTLA und den Ärzten beziehungsweise Akademikern ist größer. Dies führt dazu, dass die im Labor geleistete Arbeit weniger wahrgenommen und geschätzt wird. Des Weiteren wird der Mehrwert des krankenhausinternen Labors häufig nicht erkannt und die Bereitschaft, durch die Auslagerung Kosten einzusparen, ist größer. Die Interviewpartner fühlen sich gegenüber den durchgeführten Maßnahmen machtlos. Das Ausmaß der Einsparungen zeigt sich auch darin, dass nur

noch 22 % der Häuser ein internes Labor vorzuweisen haben (Aufenanger et al., 2010).

(4) Deutsche MTLA sind eher bereit, unter Zeitdruck zu arbeiten.

Sowohl die Interviewpartner, hier insbesondere B3, als auch Rudolph (2003, 114) beschreiben, dass Schweizer generell nicht gerne unter Zeitdruck arbeiten. Dies macht sich nicht nur im Labor, sondern auch in alltäglichen Situationen, wie beispielsweise beim Einkauf, bemerkbar. Für einzelne Arbeitsschritte wird mehr Zeit eingeräumt, Pausen werden rigoros eingehalten, die Arbeit darf auch mal liegenbleiben. In der Schweiz würden Arbeitgeber bei Erhöhung der Arbeitsdichte auf stärkeren Widerstand der Arbeitskräfte stoßen und Gefahr laufen, diese zu verlieren. Dies führt dazu, dass Einsparungsmaßnahmen in Bezug auf das Laborpersonal nicht in der gleichen Intensität durchgeführt werden können wie in Deutschland.

Anhand dieser Aussagen wird ersichtlich, wie komplex die strukturellen Unterschiede zu betrachten sind. Des Weiteren zeigt sich, dass sich in diesem Bereich der Arbeitsmarkt nicht selbst regulieren kann, da sich die Problemlage über die Folgen eher konsolidiert und verschärft. So führt beispielsweise die drastische Kürzung der MTLA-Stellen in Deutschland dazu, dass die Möglichkeit, individuelle Anfragen bearbeiten zu können, nicht mehr gegeben ist und so der Mehrwert eines krankenhausinternen Labors sinkt. Dies begünstigt wiederum dessen Auslagerung und somit den Abbau weiterer Stellen.

## 6.6 Schlechte Arbeitsbedingungen in Deutschland

In allen Interviews äußern die Befragten, dass das Arbeiten in der Schweiz viel angenehmer sei und die Beurteilung ihrer Berufszufriedenheit fällt dort entsprechend höher aus. Begründet wird dies damit, dass in Deutschland ein größerer Druck vorhanden ist und gleichzeitig wenig Verantwortung übertragen und kaum subjektive Fähigkeiten eingefordert werden. Der Druck wird in zwei Dimensionen beschrieben: horizontal als Konkurrenzdruck und vertikal als Leistungsdruck.

Der Konkurrenzdruck wird durch die Arbeitsmarktsituation ausgelöst, die durch die schlechte Stellensituation und den berufsstrukturellen Engpass gekennzeichnet ist (vgl. 6.2). Beck et al. (1980) nennen drei Strategien zur innerberuflichen Konkurrenzreduzierung: Als Erstes kann sich der einzelne Berufsinhaber bemühen, das Einmalige und Individuelle seines Arbeitsvermögens herauszustreichen und auf diese Weise seine Leistung als Sonderleistung ausgeben. Als Zweites können die Berufsinhaber die Konkurrenz untereinander dadurch reduzieren, dass sie versuchen, die Zahl ihrer Kollegen möglichst klein zu halten. Als Drittes können sich Berufsorganisationen darum bemühen, Binnenkonkurrenz durch Absprachen zu vermeiden.

Die ersten beiden, für den Arbeitnehmer unmittelbar anwendbaren Strategien, werden im empirischen Datenmaterial sehr eindrücklich und umfangreich geschildert. Die Angst, bei weiteren Sparmaßnahmen selbst den Arbeitsplatz zu verlieren, führt dazu, dass der Einzelne sich im Vergleich zum anderen misst und bestrebt ist, sich von seinen Kollegen abzuheben und abzugrenzen. Dies führt zu Isolation und zu Misstrauen. Der Angestellten meinen, keine Fehler machen zu dürfen und Arbeitsaufträge optimal ausführen zu müssen. Bei den in Deutschland häufig ausgestellten befristeten Arbeitsverträgen (B10), verschärft sich die Situation zusätzlich. Dadurch entsteht eine kontinuierliche Anspannung und Abhängigkeit, die sich im schlechten Umgangs-



ton und insgesamt in einem schlechten Arbeitsklima manifestiert. Die Funktionalität des Teams ist bedroht, da kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Im Hinblick auf das berufliche Selbstbild, im Hintergrund helfen zu wollen und die Tatsache, dass die ärztliche Leitung in der Regel selten im Labor präsent ist, kann zumindest ansatzweise nachvollzogen werden, wie die in den Interviews geschilderten prekären Arbeitssituationen entstanden sein könnten und warum diese sehr ausführlich thematisiert wurden.

Als Beispiel für die dritte Strategie kann die gesetzliche Festlegung von Tätigkeitsmonopolen angeführt werden. Kachler (2010, 32) führt aus, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten der MTLA „im zähen Ringen zwischen den berufsständischen und fachgesellschaftlichen Vertretungen“ relativiert wurden. Dies zeigt, auf welche Weise der Konkurrenzkampf auf berufspolitischer Ebene ausgetragen wird.

Der Leistungsdruck kann direkt auf die Personalreduktion und die damit verbundene Arbeitsverdichtung zurückgeführt werden. Den Berufstätigen wird die Erwartung übertragen, in einer immer kürzeren Zeitspanne mehr Proben zu bearbeiten. Die Befragten schildern, dass sich durch die Personaleinsparungen in Deutschland die Arbeit derart verdichtet hat, dass Pausen nicht mehr eingehalten werden können, die Arbeitsgeschwindigkeit erhöht werden musste und administrative, organisatorische und kommunikative Arbeitstätigkeiten zurücktreten. Eine individuelle Bearbeitung einzelner Fälle ist nicht mehr möglich. Die MTLA wird zu „irgendjemand, der irgendwelche Röhrchen in Geräte schiebt“ (B7(13)) und damit beliebig austauschbar und jederzeit ersetzbar. Zwar würden MTLA (noch) auf einem hohen Niveau ausgebildet werden, die *Reduktion* erfolge anschließend im Berufsalltag. Die Rationalisierung folgt dem Grundsatz, dass man „alle Dinge - im Prinzip - durch Berechnen beherrschen könne“ (Weber, 1988, 594) mit der Maxime, die Arbeitskräfte als Subjekte weitgehend auszuschalten und dispositiv-planerische Tätigkeiten auf Vorgesetzte und das Management zu konzentrieren (Böhle, 2004, 28). Zu den Vorgesetzten fehlt häufig die notwendige Nähe, um eigene Ansprüche geltend machen zu können. Weiterbildungen können einerseits aufgrund der Arbeitsverdichtung nicht mehr während der Arbeitszeit realisiert werden, andererseits besteht seitens der Vorgesetzten wenig Interesse, die MTLA entsprechend zu fördern, da die Arbeitstätigkeit auf Effizienz und Masse und nicht auf Qualität und Individualität ausgerichtet ist. Dies führt zwangsläufig zu einer Destruktion des beruflichen Selbstverständnisses, da die subjektiv an die Arbeit herangetragenen Ansprüche nicht befriedigt werden können. Legt man die drei Bewertungskriterien zugrunde, die Baethge (1991) in Interviews mit Facharbeitern ermittelte, kann Folgendes subsumiert werden: Das Kriterium *Spaß* wird von den Befragten daran festgemacht, ob die Arbeit abwechslungsreich ist und subjektive Fähigkeiten in den Arbeitsprozess mit eingebracht werden können. Dies gelingt aufgrund der hohen Arbeitsdichte ebenso wenig wie das *selbstverantwortliche Handeln* und die *Entfaltung eigener Qualifikationen und die Kompetenzerweiterung*. Die Frage, warum in Deutschland unter schlechten Arbeitsbedingungen das Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten wird und diese nicht zu einem größeren Widerstand seitens der Arbeitnehmer führen, kann dadurch erklärt werden, dass der Bindung an den Beruf ein ökonomisches Interesse zugrunde liegt, denn wer nicht im gelernten Beruf arbeitet, hat falsch in seine Ausbildung investiert (Beck et al., 1980, 219), zum anderen zeigen berufssoziologische Untersuchungen, dass eine *psychische Barriere* Arbeiter daran hindert, sich die eigene Existenz bewusst vor Augen zu halten. Sie erlaubt es

nicht, das Leben nachträglich als erfolglos zu bezeichnen. Dies führe dazu, sich mit dem Gegebenen zu arrangieren (Osterland, 1978).

In den Interviews wird häufig die Validation der Ergebnisse herangezogen, um zu beschreiben, dass in der Schweiz den MTLA/BMA ein höheres Maß an Verantwortung eingeräumt wird. Nach § 9 Abs. 1 MTAG gehört die eigenverantwortliche Durchführung von Qualitäts- und Plausibilitätskontrollen zum Aufgabenspektrum der MTLA. Nach Kachler (2010) schließt dies sowohl die technische als auch die biomedizinische Validation als eine der MTLA vorbehaltene Tätigkeit mit ein, die nur in Ausnahmen durch andere qualifizierte Personen ausgeübt werden darf. Einige Befragten schildern, dass sie in den deutschen Laboren die Validation nicht selbst durchführen durften, während dies in der Schweiz selbstverständlich ist. In privaten Laboren ist die Ursache dafür in den Liquidationsbestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu suchen, die die Abrechnung der Leistung nur dann erlaubt, wenn diese durch einen Arzt erbracht wurden (GOÄ, 2013). Kachler beschreibt, dass MTLA, die einem Laborarzt unterstellt sind, seltener die Validation durchführen. Dies ist ein Beispiel dafür, dass in Deutschland der Handlungsspielraum, der von MTLA eingenommen wird, in der Praxis nicht von dem Berufsstand selbst festgelegt wird, sondern von den jeweiligen Schnittstellen zur ärztlichen Profession. Die Bilanz, die B4 zieht: „Stur alles abarbeiten und wieder heimgehen und am nächsten Morgen wieder kommen, alles abarbeiten“ zeigt, wie wenig Entfaltungsspielraum ihr die Arbeit bietet. Baethge (1991) führt aus, dass der Arbeiter im Falle, dass seine Ansprüche nicht erfüllt werden, die Arbeitsstelle wechselt oder sein Aktivitätspotenzial auf nichtberufliche Bereiche verlagert und in der Arbeit innerlich auf Tauchstation geht. Die Identifizierung mit der Organisation bleibt in diesem Falle aus.

Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland nur 7,3% der Krankenhauslabore unter laborärztlicher Leitung stehen (Aufenanger et al., 2010), stellt sich die Frage, wer für die im Labor geleistete Arbeit die Verantwortung übernimmt. Die Forderung der Bundesärztekammer (2012), dass jedes medizinische Laboratorium einer fachlich qualifizierten Leitung unterstellt sein muss, lässt einen großen Interpretationsspielraum zu. Wenn auch die fachlich qualifizierte Leitung wenig Identifikationsfläche mit der Labormedizin aufweist, verwundert es nicht, wenn Personalstreichungen ohne Widerstand vorgenommen werden können. Böhle et al. (2004) beschreiben, dass gerade da, wo Distanz zur Praxis besteht, kritische Situationen und die subjektiv in die Arbeit eingebrachten Fähigkeiten zu deren Bewältigung unterschätzt oder verdrängt werden, entweder weil sie erst gar nicht in den Blick geraten oder weil sie als menschliches Versagen interpretiert werden. Die Folge ist die Überschätzung des Plan- und Kontrollierbaren. Diese äußert sich in der vermeintlichen Möglichkeit, mehr Personal einzusparen zu können, ohne Qualitätseinbußen in Kauf nehmen zu müssen.

## 7. Fazit

### 7.1 Methodenreflexion

Ziel der Studie war es, aus der Perspektive des Vergleichs das Arbeitshandeln in Deutschland und in der Schweiz von BMA/MTLA zu beleuchten. Das Studiendesign war so konstruiert, dass ein Vergleich erster Ordnung im Längsschnitt aus der Retrospektive vorgenommen wurde, das heißt, die jeweiligen Erfahrungen wurden hinsichtlich der individuellen und strukturellen Entwicklungen zu einem anderen Zeitpunkt gemacht. Bezüglich der persönlichen Entwicklung ist davon auszugehen, dass sich im zeitlichen Verlauf die Persönlichkeit stabilisiert und die Befragten aufgrund der Berufserfahrung mehr Verantwortung übertragen bekommen. Hinsichtlich der strukturellen Entwicklung ist in den letzten Jahren von einer Zunahme der Automatisierung und administrativer Tätigkeiten auszugehen. Dies kann zu einer entsprechenden Verzerrung der Aussagen führen. Das Vorgehen wird vor dem Hintergrund gerechtfertigt, dass die Befragten erst durch die Migration das subjektive Erleben der Arbeitssituation im Herkunftsland realisieren und offenlegen konnten, weil erst durch die Distanz psychische Barrieren bei der Bewertung negativ erlebter Situationen fallen. Um dieses Phänomen optimal zu nutzen und zugleich die unvermeidbaren Verzerrungen einer Längsschnittstudie zu kontrollieren, wäre es notwendig gewesen, etwa die gleiche Anzahl schweizerische Migranten, die derzeit in Deutschland arbeiten, zu interviewen wie Migranten entgegengesetzter Migrationsrichtung. Dies ist jedoch nicht gelungen, da die deutsche Arbeitssituation für schweizerische BMA kaum Anreize bietet. Die einzige Befragte, die einen Stellenwechsel aus der Schweiz nach Deutschland vollzog, konnte dennoch erheblich zur Validation der Ergebnisse beitragen.

Zur besseren Beurteilung der Arbeitssituation und des Arbeitshandelns in der Schweiz wäre es hilfreich gewesen, zumindest in der Schweiz sozialisierte MTLA/BMA in die Untersuchung miteinzubeziehen. Der Einwirkung der unterschiedlichen Mentalität konnte aus diesem Grund nur vage in die Studie mit einfließen. Ebenso wurde die Genderperspektive weitgehend ausgeklammert, obwohl diesbezüglich auch interessante Ergebnisse zu erwarten gewesen wären. Ein Problem stellte der durchgeführte Vergleich erster Ordnung in der Hinsicht dar, dass die Arbeitssituation des Einzelnen in den beiden Vergleichsländern sich auch hinsichtlich der Laborgröße, des Trägers und des Tätigkeitsbereiches unterschied. Aus diesem Grund wurden alle zehn rekrutierten Teilnehmer interviewt, da es erst durch die Durchführung und Analyse mehrerer Interviews möglich war, die geschilderten Unterschiede auf nationaler Ebene zu verorten und eine entsprechende interne Validität der Daten zu erreichen.

In einer qualitativen Studie können aufgrund des offenen und rekonstruktiven Vorgehens nicht alle Auswertungsmöglichkeiten und Analysedimensionen einbezogen werden. Die Daten wurden mit offenen Fragen erhoben, daraus resultieren offene Antworten. Die vorliegende Studie erhebt aber vor allem wegen ihres bewusst gewählten breiten Ansatzes nicht den Anspruch, erschöpfende Antworten auf die ihr zugrunde liegenden Fragestellungen zu liefern. Die komparative Betrachtung führt zusätzlich zu einer Anreicherung der Datenmenge, so dass die Gefahr innerhalb der Studie darin bestand, dass der rote Faden verloren geht. Dem wurde dadurch begegnet, dass die Daten entlang der Teilfragen themenreduziert analog dargestellt wur-

den und so die Emergenz der rekonstruktiven Analyse ermöglicht wurde. Ein weiterer Kritikpunkt könnte darin bestehen, dass die Auswahl der Daten nicht nach objektiven Kriterien und die Auswertung nicht kategoriegeleitet erfolgte. Durch die konkrete Darstellung der Forschungsmethode sowie die weitgehende Einbindung der Zitate konnte die Transparenz des Vorgehens so weit wie möglich gewährleistet werden. Jedoch kann nicht der Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden.

Die eigene langjährige Berufserfahrung an verschiedenen Arbeitsplätzen als MTLA trägt zum besseren Verständnis der beruflichen Situation bei und erhöht nach Strauss und Corbin (1996) die theoretische Sensibilität. Theoretische Sensibilität bezieht sich hierbei auf die Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen sowie auf die Fähigkeit zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen (Strauss & Corbin, 1996, 25). Notwendig ist jedoch, den eigenen Standpunkt offenzulegen, um das Übertragen eigener vergleichender Forschungstechniken auszuschließen (Lauterbach, 2003, 94). Deshalb sei an dieser Stelle eingefügt, dass seitens der Autorin die berufliche Situation von MTLA in Deutschland derzeit durchaus als unbefriedigend empfunden wird und zu Studienbeginn davon ausgegangen wurde, dass im Ländervergleich durch die Interviewten die berufliche Situation in der Schweiz deutlich besser bewertet wird. Bei der Konzeptualisierung und Durchführung der Untersuchung sowie bei der Analyse und Interpretation wurde jedoch ausdrücklich die Neutralität gewahrt, um eine Beeinflussung der Ergebnisse durch die Autorin so weit wie möglich zu vermeiden. Interessenkonflikte bestehen nicht.

Der „Versuch, das Chaos des Vorgefundenen auf der Suche nach unbekanntem systematischen Zusammenhängen zu strukturieren“ (Berstecher, 1974, 37), kann insofern als gelungen bezeichnet werden, da Interdependenzen zwischen gesundheits- und berufspolitischen Diskursen und subjektiven Deutungsmustern aufgezeigt und geordnet werden konnten. Dennoch kann kein Problem, das in der natürlichen oder gesellschaftlichen Umwelt des Menschen auftritt, nur mit einem einzigen Ansatz gelöst werden (Lauterbach, 2003, 97). Wie sich auch schon bei anderen internationalen Vergleichsstudien zeigte, sind es die politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen, die für die Differenzierungen entscheidend sind (ebd., 111).

## 7.2 Ausblick

Im Mittelpunkt des Interesses der vorliegenden Studie stand, wie sich die Berufsangehörigen mit den strukturellen und organisatorischen Vorgaben und Rahmenbedingungen ihrer Berufstätigkeit auseinandersetzen und wie sich dies im praktischen Arbeitsalltag auswirkt. Als zentrales Bewertungskriterium für die eigene berufliche Arbeitssituation hat sich hierbei das Stellenangebot auf dem Arbeitsmarkt herauskristallisiert, das sich sowohl bei einem Stellenmangel als auch bei einem Angebotsüberschuss negativ auf das berufliche Selbstbild auswirkt.

Aufgrund der strukturell bedingt geringen beruflichen Flexibilität wäre es notwendig, Angebot und Nachfrage aufeinander abzustimmen. Hier fehlen verlässliche Daten zur Arbeitsmarktsituation und wissenschaftlich fundierte Prognosen zur Abschätzung der Entwicklung, da in den Statistiken beider Länder der Beruf der MTLA/BMA in der Regel mit anderen Gesundheitsberufen gemeinsam dargestellt wird. Der Bedarf entwickelt sich jedoch in jedem Berufszweig eigenständig und wird im diagnostischen Sektor stark von den Umstrukturierungen im stationären Bereich, den gerätetechnischen

Entwicklungen und den Veränderungen im EDV-Bereich bestimmt (Reisch & Christe, 2009). Doch selbst mit entsprechenden Daten wird es unter den Bedingungen des stetigen Wandels und der unterschiedlichen berufs- und gesundheitspolitischen Interessenlagen schwierig sein, eine vollständige Passung zwischen Angebot und Nachfrage zu erreichen. Das Problem besteht einerseits darin, dass in den Krankenhäusern nur selten Organisations- und Personalentwicklung miteinander verknüpft werden, andererseits dass Berufs-, Beschäftigungs- und Bildungssysteme weitgehend entkoppelt voneinander agieren (Hilbert & Evans, 2009). Am Beispiel der Schließung der MTLA-Schulen in Schleswig-Holstein wird diese Problematik erkennbar. Die Schließung erfolgte auf Grundlage der Studie von Reisch und Christe (2009), die so interpretiert wurde, dass es in Schleswig-Holstein keinen Bedarf mehr an MTLA gäbe. Die Vorsitzende des Berufsverbandes befürchtet, dass neben dem Verlust von Ausbildungsplätzen eine riesige Versorgungslücke im ganzen Bundesland entstünde (Pfeiffer, 2013).

Aus den geführten Interviews wird ersichtlich, dass die Rolle der MTLA/BMA in der Gesundheitsversorgung sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz wenig von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Speziell in Deutschland wird auch innerhalb des Gesundheitssystems das hohe Maß an Fachkompetenz und Erfahrung, das die Tätigkeit als MTLA erfordert, verkannt. Dies führte zu drastischen Stellenkürzungen. Aufgrund der Arbeitsverdichtung gelingt es den MTLA in Deutschland kaum, subjektive Ansprüche geltend zu machen und ihre fachliche Expertise in den Arbeitsprozess einzubringen.

In dieser Studie konnte weder eine Ausweitung der Arbeitsfelder noch eine Verbesserung der Berufszufriedenheit durch die Akademisierung in der Schweiz nachgewiesen werden. Dies legt nahe, dass auch in Deutschland allein durch eine Höherstufung der Ausbildung die Attraktivität des Berufes nicht gesteigert werden kann. Die berufliche Mobilität wird jedoch aufgrund der niedrigen Einstufung der Ausbildung im EQR zunehmend schwieriger. Möglicherweise könnte die Akademisierung der MTLA-Ausbildung in Deutschland dazu beitragen, die beruflich festgelegten Tätigkeitsfelder besser gegenüber der ärztlichen Profession abzugrenzen und eigene berufliche Ansprüche besser geltend zu machen. Die Erschließung weiterer Tätigkeitsfelder in der Gesundheitsversorgung auch außerhalb des stationären Sektors ist in beiden Ländern eine noch nicht bewältigte Aufgabe, die einerseits zur Verringerung der durch den Arbeitsmarkt bedingten Problematik führen könnte. Andererseits könnten neue berufliche Perspektiven zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit beitragen.

Da die in Deutschland beschriebenen prekären Arbeitsverhältnisse weitgehend individuell gedeutet werden, entziehen sie sich bislang der öffentlichen Diskussion. Es wird die Frage aufgeworfen, wie groß das Ausmaß prekärer Arbeitssituationen ist und wie viele Berufsangehörige in Deutschland unter hohem Druck ihren Berufsalltag meistern müssen. Dies kann durch die empirischen Daten dieser Studie aufgrund der nicht gegebenen Repräsentativität nicht beurteilt werden. Diesbezüglich sind weitere Erhebungen notwendig.

Ein weiterer kritischer Punkt ist das Verhältnis von Leistungsqualität und ökonomischer Rationalisierung. Die aus der Spirale von fehlendem Verständnis von Dienstleistungsqualität, mangelnder Wertschätzung und Entwertung einhergehenden Zwänge und Widersprüche bilden generell ein noch zu erschließendes Forschungsgebiet in der Arbeits- und Berufssoziologie (Schnell 2012, 31).

## Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aufenanger, J., Schernikau, E. & Wieland, E. (2010). Die zukünftige Rolle des Krankenhauslabors. *LaboratoriumsMedizin*, 34(5), 271-276.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin vom 25.04.1994. BGBl. I S. 922. (1994).* MTA-APrV.
- Baethge, M. (1991). Arbeit, Vergesellschaftung, Identität: Zur zunehmenden normativen Subjektivierung der Arbeit. *Soziale Welt*, 42(1), 6-19.
- Baethge, M., Hantsche, B., Pelull, W. & Voskamp, U. (1989). *Jugend: Arbeit und Identität: Lebensperspektiven und Interessenorientierungen von Jugendlichen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Barmettler, H. (2008). Verbundpartner und Integration als Grundzüge der schweizerischen Berufsbildungsreform. In G. Rothe (Hrsg.), *Berufliche Bildung in Deutschland* (S. 504-508). Karlsruhe: Universitätsverlag.
- Beck, U., Brater, M. & Daheim, H. (1980). *Soziologie der Arbeit und der Berufe: Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Becker, M. & Spöttl, G. (2008). *Berufswissenschaftliche Forschung: Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Berstecher, D. (1974). Bemerkungen zur Logik vergleichender Forschung. In A. Busch (Hrsg.), *Vergleichende Erziehungswissenschaft: Texte zur Methodologischen Diskussion* (S. 36-43). Pullach bei München: Dokumentation.
- Berufsbildungsgesetz, Neufassung vom 23.03.2005, BGBl. I S. 931. (2005).*
- Berufsqualifikationsgesetz: Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 06.12.2011, BGBl. I S. 2515. (2012).*
- Bischoff, C. (1997). *Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Campus.
- Blum, K. & Grohmann, J. (2009). *Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Böhle, F. (2004). Die Bewältigung des Unplanbaren als neue Herausforderung in der Arbeitswelt. In F. Böhle, S. Pfeiffer & N. Sevsay-Tegethoff (Hrsg.), *Die Bewältigung des Unplanbaren* (S. 12-54). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhle, F. (2010). Arbeit als Handeln. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie* (S. 151-176). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhle, F., Bolte, A., Neumer, J., Pfeiffer, S., Porschen, S., Ritter, T., Sauer, S. & Wühr, D. (2011). Subjektivierendes Arbeitshandeln: „Nice to have“ oder ein gesellschaftskritischer Blick auf „das Andere“ der Verwertung? *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*, 4(2), 16-26.
- Bohnsack, R. (2010). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (8. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich UTB.

- Bollinger, H. (2012). Profession - Dienst - Beruf: Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Sicht. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel: Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (S. 13-30). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bölt, U. & Graf, T. (2012). *20 Jahre Krankenhausstatistik*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden.
- Bolte, K. M. (Hrsg.). (1983). *Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie*. Frankfurt am Main: Campus.
- Branger, K. (2008). Gleichstellung von Frau und Mann: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Eine Auswahl von Gleichstellungsindikatoren in den Bereichen Bildung, Arbeit und Politik. *BFS Aktuell, Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung*, 20.
- Brater, M. (2010). Berufliche Bildung. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie* (S. 805-837). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brock, D. (1989). Historische Zäsuren im Arbeiterbewußtsein?: Thesen zum historischen Wandel der Lebensführung, der Verarbeitungsmuster und Bewußtseinsformen bei Industriearbeitern. In D. Brock, H. R. Leu, C. Preiß & H.-R. Vetter (Hrsg.), *Subjektivität im gesellschaftlichen Wandel* (S. 129-157). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Bundesagentur für Arbeit. (2011). *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Nürnberg.
- Bundesamt für Statistik. (2013). Krankenhausstatistik 2011: Standardtabellen. *BFS Aktuell*(14).
- Bundesärztekammer. (2012). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen gemäß Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 23.11.2007. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(12), 575-582.
- Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13.12.2002, SR 412.10*. (2004). BBG.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF. (Hrsg.). (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich: Band 15 der Reihe Bildungsforschung*. (Bezug über: publikationen@bundesregierung.de) Bielefeld: Bertelsmann
- Carron, A. V., Colman, M. M. & Wheeler, J. (2002). Cohesion and performance in sports: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*(24), 168-188.
- Caruso, M. (2010). *Die Vielfalt der vergleichenden Bildungsforschung: Forschungsdesigns und Textgattungen*. Weinheim: Juventa.
- Criblez, L. (Hrsg.). (2008). *Bildungsraum Schweiz: Historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen*. Bern: Haupt.
- Deppe, W. (1982). *Drei Generationen Arbeiterleben. Eine sozio-biographische Darstellung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Dolder, P. (2010). *Grundlagenbericht für die Versorgungsplanung 2011 bis 2014 nichtuniversitärer Gesundheitsberufe*. Bern.

- Duddeck, H. (2012). Entwicklungstendenzen zu Techniken der Zukunft. In U. Pfenning (Hrsg.), *Wissenschafts- und Technikbildung auf dem Prüfstand: Zum Fachkräftemangel und zur Attraktivität der MINT-Bildung und -Berufe im europäischen Vergleich* (S. 47-59). Baden-Baden: Nomos.
- Egert, G. (2011). MTLA - der europäische Weg. *MTA-Dialog*, 12(6), 480-481.
- Erste Verordnung über die Berufstätigkeit und die Ausbildung medizinisch-technischer Gehilfinnen und medizinisch-technischer Assistentinnen vom 17.02.1940, RGBl I S. 371 und S. 378. (1940).* MGVA.
- Europäische Bildungsminister, Europäische Kommission. (2002). *The Copenhagen Declaration: Declaration of the European Ministers of Vocational Education and Training and the European Commission.*
- Europäische Bildungsminister, Europäische Kommission. (2010). *Kommuniqué von Brügge zu einer verstärkten europäischen Zusammenarbeit in der beruflichen Bildung für den Zeitraum 2011-2020.* www.bmbf.de [01.10.13].
- Europäische Union. (2008). *Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR).* [http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08_de.pdf) [01.10.2013].
- Evans, M. & Schalk, C. (2007). Gesundheitsqualifikationen vor der Reifeprüfung. *Institut Arbeit und Technik, Jahrbuch 2007*, 25-37.
- Fahle, K. & Thiele, P. (2003). Der Brügge-Kopenhagen-Prozess: Beginn der Umsetzung der Ziele von Lissabon in der beruflichen Bildung. *Berufsbildung international*(4), 9-12.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2012). Triangulation in der qualitativen Sozialforschung. In U. Flick, E. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (9. Aufl., S. 309-318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Foucault, M. (2005). *Schriften in vier Bänden: Dits et Ecrits* (Bd. IV). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frommberger, D. (2010). *Berufsbildung im internationalen Vergleich.* Weinheim: Juventa.
- Gesetz über Technische Assistenten in der Medizin vom 02.08.1993, BGBl. I S.1402. (1994).* MTAG
- Giegel, H.-J. (1989). Der Lohnarbeiter als Subjekt: Von der Analyse des Arbeiterbewußtseins zur Biographieforschung. In D. Brock, H. R. Leu, C. Preiß & H.-R. Vetter (Hrsg.), *Subjektivität im gesellschaftlichen Wandel* (S. 100-128). München: Deutsches Jugendinstitut.
- GOÄ. (2013). *Gebührenordnung für Ärzte.* <http://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm> [01.10.2013].
- Gonon, P. (2001). Neue Reformbestrebungen im beruflichen Bildungswesen in der Schweiz. In T. Deißinger (Hrsg.), *Berufliche Bildung zwischen nationaler Tradition und globaler Entwicklung: Beiträge zur vergleichenden Berufsbildungsforschung* (S. 63-77). Baden-Baden: Nomos.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949, BGBl 1949 S. 1. (1949).* GG



- Grüning, A. & Dolder, P. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009: Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).
- Heidegger, G. (2006). Evaluationsforschung. In F. Rauner (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (2. Aufl., S. 413-421). Bielefeld: Bertelsmann.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hilbert, J. & Evans, M. (2009). Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten, Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistung. *Wiso-Diskurs: Experten und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*.
- Hoffmann, G. (2009). Laborstrategien im Zeitalter von DRGs und Globalisierung. *pipette*(5), 12-15.
- Holler, T. & Huber, A. R. (2010). Swiss-DRG-System. *pipette*(5), 17-18.
- Hörner, W. (1993). *Technische Bildung und Schule: Eine Problemanalyse im internationalen Vergleich*. Köln: Böhlau.
- Kachler, M. (Hrsg.). (2003). *Raus aus der Bildungssackgasse: Entwicklungsperspektiven und Innovationen für das Berufsfeld der Medizinisch-technischen Assistenz in Deutschland*. Berlin: Mensch & Buch.
- Kachler, M. (2007). *Qualifikationsforschung zum Handlungsfeld der biomedizinischen Analytik*. Berlin: Weißensee.
- Kachler, M. (2010). *Untersuchungen zur Professionalisierungsbedürftigkeit der Handlungsaufgabe Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistentinnen/-en in der biomedizinischen Analytik*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg.
- Kägi, W. (2012). Automation im Labor: Eine volkswirtschaftliche Einordnung und Überlegungen im Hinblick auf den Arbeitsmarkt. *pipette*(2), 6-7.
- Kälble, K. (2008). Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In S. Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 195-212). Weinheim: Juventa.
- Kirchberger, S. (1986). *Medizinisch-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung: Zur Berufsgeschichte der MTA*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kleemann, F. (2012). Subjektivierung von Arbeit: Eine Reflektion zum Stand des Diskurses. *Arbeits- und Industriosozologische Studien*, 5(2), 6-20.
- Kleemann, F., Matuschek, I. & Voß, G. G. (2003). Subjektivierung von Arbeit: Ein Überblick zum Stand der Diskussion. In M. Moldaschl & G. G. Voß (Hrsg.), *Subjektivierung von Arbeit: Arbeit, Innovation, Nachhaltigkeit* (Bd. 2, 2. Aufl., S. 57-114). München: Hampp.
- Kohl, K.-H. (2012). *Ethnologie - die Wissenschaft vom kulturell Fremden: Eine Einführung* (3. Aufl.). München: Beck.

- Konietzka, D. (1999). Die Verberuflichung von Marktchancen: Die Bedeutung des Ausbildungsberufs für die Platzierung im Arbeitsmarkt. *Zeitschrift für Soziologie*, 28(5), 379-400.
- Kraimer, K. (2010). Narratives als Erkenntnisquelle. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. Aufl., S. 845-855). Weinheim: Juventa.
- Krämer, K. (2009). *TAs in der Krise?: Ein neues Bündnis soll die Technischen Assistenten als Berufsgruppe stärken*. <http://www.laborjournal.de/editorials/636.lasso> [01.10.2013].
- Krapp, A. & Weidenmann, B. (Hrsg.). (2006). *Pädagogische Psychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kraus, K., Müller, S. & Gonon, P. (2004). *Gesundheitsberufe in der Grenzregion: Eine international vergleichende Regionalstudie zur beruflichen Bildung*. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Krömmelbein, S. (2000). Identitätskrisen als Anerkennungskrisen. In U. Holtgrewe, S. Voswinkel & G. Wagner (Hrsg.), *Anerkennung und Arbeit* (S. 193-216). Konstanz: Universitätsverlag.
- Kruse, J. (2004). *Arbeit und Ambivalenz: Die Professionalisierung Sozialer und Informatisierter Arbeit*. Bielefeld: Transcript.
- Kruse, J. (2011). *Reader: Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Freiburg (Bezug über: [www.qualitative-workshops.de](http://www.qualitative-workshops.de)).
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2011). *Leben in Metaphern: Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern* (7. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Langer, A. (2010). Transkribieren: Grundlagen und Regeln. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. Aufl., S. 515-526). Weinheim: Juventa.
- 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.
- Lauterbach, U. & Sellin, B. (2000). *Vergleichende Berufsbildungsforschung in Europa: Ansätze, Politikbezüge und Innovationstransfer*. Frankfurt am Main: CEDEFOP.
- Linke, A., Nussbaumer, M. & Portmann, P. (2004). *Studienbuch Linguistik* (5. Aufl.). Tübingen: Niemeyer.
- Lohr, K. (2003). Subjektivierung von Arbeit: Ausgangspunkt einer Neuorientierung der Industrie- und Arbeitssoziologie? *Berliner Journal für Soziologie*, 13(4), 511-529.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2011). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

- Minder, E. (2000). Sind Spitallaboratorien ineffizient und teuer? *competence Hospital Management Forum*, 64(2), 37-38.
- Minssen, H. (2012). *Arbeit in der modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moldaschl, M. & Voß, G. G. (Hrsg.). (2002). *Subjektivierung von Arbeit*. München: Hampp.
- Neuberger, O. (1985). Arbeitszufriedenheit: Kraft durch Freude oder Euphorie im Unglück? Ein Sammelreferat. *Die Betriebswirtschaft*, 45(2), 184-207.
- OdASanté. (2012). *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen „biomedizinische Analytik“ mit dem geschützten Titel „dipl. biomedizinische Analytikerin HF“ „dipl. biomedizinischer Analytiker HF“ vom 27.05.2008*.
- Oertle Bürki, C. (2008). *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz: Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung*. Bern: Peter Lang.
- Oertle Bürki, C. & Plattner, J.-M. (2003). *Diplomausbildungen im Gesundheitsbereich: Ausgewählte Daten und Fakten*. Bern: Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz.
- Osterland, M. (1978). Lebensbilanzen und Lebensperspektiven von Industriearbeitern. In M. Kohli (Hrsg.), *Soziologie des Lebenslaufs* (S. 272-290). Darmstadt: Luchterhand.
- Pauli, W. (2001). Die Ebeneneinteilung der International Standard Classification of Education. 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. 151-154). Villingen- Schwenningen: O' BV & HPT.
- Pfeiffer, A. (2013). Petitionsausschuss unterstützt Forderung für MTA-Ausbildung in Schleswig-Holstein. *MTA-Dialog*, 14(3), 278.
- QUALAB. (1999). *Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor: Konzept für Qualitätssicherung im medizinischen Labor. Ausführungsbestimmungen und integrierender Bestandteil des Grundvertrags zur Qualitätssicherung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im Rahmen der eidgenössischen Analytischenliste. Art. 3 Abs. 4 und Art. 4 Grundvertrag*.
- Raps, W. & Meltzer, W. (2002). *Gesetz über technische Assistenten in der Medizin und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin, erläutert* (2. Aufl.). Remagen: Reha-Verlag.
- Reisch, R. & Christe, G. (2009). *Arbeitsmarktsituation und Qualifikationsanforderungen an medizinisch-technische Laborassistentinnen (MTLA)*. Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe. Oldenburg.
- Riegel, G. (2009). *MTA-Studie 2009: Enquete zu Selbstbild und Zukunfts-Chancen der Berufsgruppe*. Prof. Riegl & Partner GmbH, Institut für Management im Gesundheitsdienst. Augsburg.
- Risch, M. (2011). Kostenstelle „Labor“ in der DRG-Welt. *pipette*(6), 9-11.
- Rossel, R. (2007). *Beschäftigte im Gesundheitswesen: Fakten und Trends auf der Basis der Betriebszählungen von 1995 bis 2005*. Neuchâtel: BFS, Sektion Gesundheit.

- Rothe, G. (2001). *Die Systeme beruflicher Qualifizierung Deutschlands, Österreichs und der Schweiz im Vergleich: Kompendium zur Aus- und Weiterbildung unter Einschluß der Problematik Lebensbegleitendes Lernen*. Villingen-Schwenningen: ÖBV & HPT.
- Rothe, G. (2008). *Berufliche Bildung in Deutschland*. Karlsruhe: Universitätsverlag.
- Rudolph, C. (2003). *Going Swiss: Lehren, Arbeiten und Pflegen in der Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt-Grunert, M. (Hrsg.). (1999). *Sozialarbeitsforschung konkret: Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg: Lambertus.
- Schnell, C. (2012). Eigensinnige Professionalität: Zur Bedeutung beruflicher Identität im Kontext von Subjektivierung. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*, 5(2), 21-34.
- Schölkopf, M. (2010). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schulz, M. & Ruddat, M. (2012). „Let’s talk about sex!“ Über die Eignung von Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung. *FQS*, 13(3).
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2013). *Bundesrat ruft Ventilklausel für EU-17 und EU-8-Staaten an*. <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=demsg-id=48623> [01.10.2013].
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (o. J.). *Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse*. <http://www.redcross.ch/activities/health/hoccc/d02a02a-de.php> [01.10.2013].
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
- Späni, M. (2008). Der Bund und die Berufsbildung: Von der „verfassungswidrigen Praxis“ zum kooperativen Monopol. In L. Criblez (Hrsg.), *Bildungsraum Schweiz: Historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen* (S. 183-217). Bern: Haupt.
- Stahl, E. (2002). *Dynamik in Gruppen: Handbuch der Gruppenleitung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.). (1997). *Internationale bildungsstatistische Grundlagen: Vergleich der Bildungssysteme ausgewählter europäischer Länder unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Bildung und Hochschulbildung; Projektbericht*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.). (2013). *Bildung und Kultur: Integrierte Ausbildungsberichterstattung*. Wiesbaden: Destatis.
- Stegmaier, W. (2008). *Philosophie der Orientierung*. Berlin: de Gruyter.
- Still, M. (2012). IFBLS-Kongress: Berlin fünf Tage lang Treffpunkt der biomedizinischen Analytik. *MTA-Dialog*, 13(9), 915-917.
- Still, M. (2013). Die Unsichtbaren sichtbar machen: MTA und Laborärzte protestieren gemeinsam gegen Unterfinanzierung in der Laboratoriumsmedizin. *MTA-Dialog*, 14 (8), 770-771.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

- Strebel, H. & Zatti, K. B. (2005). *Es gibt Dinge, die brauchen Zeit: Elisabeth Pletscher, Zeitzeugin des 20. Jahrhunderts*. Herisau: Appenzeller.
- Traue, B. (2005). *Das Subjekt in der Arbeitsforschung: Subjekttheoretische Arbeitsforschung und Perspektiven ihrer wissenssoziologischen/ diskursanalytischen Erweiterung*. Expertise im Auftrag des vom BMBF geförderten Projekts GendA - Netzwerk feministische Arbeitsforschung, <http://www.uni-marburg.de/fb03/genda/publ/dispsaps/dispap14-2005.pdf> [01.10.2013].
- Verordnung über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen, SR 412.101.61 vom 11.03.2005*. (2005). MiVo-HF.
- Weber, M. (1988). Wissenschaft als Beruf. In M. Weber (Hrsg.), *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre* (S. 582-613). Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Wessel, A. (2010). „Das ist ja nicht das, was ich gelernt habe“: Die subjektiven Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformen auf das berufliche Selbstverständnis von Krankenschwestern. In I. Götz, B. Lemberger, K. Lehnert & S. Schondelmayer (Hrsg.), *Mobilität und Mobilisierung: Arbeit im sozioökonomischen, politischen und kulturellen Wandel* (S. 243-258). Frankfurt am Main: Campus.
- Wiegel, B. (2013a). *Laborärzte verlangen volle Kostenerstattung: Chronische Unterfinanzierung schlägt sich auf die Versorgungsqualität durch*. Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V., [www.presseportal.de](http://www.presseportal.de) [01.10.2013].
- Wiegel, B. (2013b). *Laborärzte warnen: Reform gefährdet Patientenversorgung: Vergütung weit unter europäischem Niveau*. Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V., [www.presseportal.de](http://www.presseportal.de) [01.10.2013].
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Zettel, O. (Hrsg.). (1982). *Gesundheitsberufe: Studien zu ihrer Entstehung und Veränderung*. Frankfurt am Main: Campus.

## Anhang

### Leitfaden

**Eröffnung: Was war Ihre Motivation, am Interview teilzunehmen?**

**Leitfrage I: Erzählen Sie mir mal, wie es dazu gekommen ist, dass Sie jetzt in der Schweiz arbeiten?**

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Motive	Was war für Sie der Anreiz, eine Arbeitsstelle in der Schweiz zu suchen?	Was passierte dann? Wie war das konkret?
Erwartungen		
Zufriedenheit	Mit welchen <b>Erwartungen</b> sind Sie in die Schweiz gegangen?	Haben sich diese Erwartungen erfüllt?
Temporale Dimension der narrativen Identität	Hatten Sie auch <b>Vorbehalte</b> , Ängste?	Welche?
	Wie waren generell die <b>Arbeitsmöglichkeiten</b> für Sie in Deutschland und in der Schweiz?	War es schwierig, eine Stelle zu finden? Was hat Sie an der Stelle besonders gereizt?

**Leitfrage II: Über welche Aspekte oder Situationen haben Sie sich am Anfang am meisten gewundert? Was hat Sie überrascht, irritiert?**

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Unterschiede/ Gemeinsamkeiten	Was ist Ihnen zuerst aufgefallen?	An Ihren Kollegen? Bei der Arbeit? Im Institut? Was fällt Ihnen zuerst ein?
Anpassungsleistung	Wo mussten Sie sich <b>anpassen</b> ?	Können Sie das genauer beschreiben?
Deutungsmuster	Was ist Ihnen am Anfang schwer gefallen?	
Selbstbezügliche Dimension der narrativen Identität	Wie sind Sie <b>eingearbeitet</b> worden?  Hatten Sie Nachteile dadurch, dass Sie Ihre <b>Ausbildung</b> in Deutschland gemacht haben?	War das anders als in Deutschland?  Wurde Ihre Ausbildung in der Schweiz anerkannt?

**Leitfrage III: Was schätzen Sie am meisten an ihren schweizerischen Kolleginnen?**

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Horizontale Positionierung	Fühlen Sie sich in das Laborteam integriert?	Sehen Sie hier Unterschiede zu ihrer früheren Arbeit?
Integration	Wie wird damit umgegangen, wenn ein <b>Fehler</b> passiert?	Wie ist der Umgangston?
Teil vom Ganzen	Wie werden <b>Spannungen</b> innerhalb des Teams ausgetragen?	Was passiert, wenn man sich nicht an die schweizerische Art anpasst?
Soziale Dimension der narrativen Identität	Wie finden <b>Absprachen</b> innerhalb des Teams statt?	Gibt es hier Unterschiede zu Deutschland?

**Leitfrage IV: Welche Unterschiede fallen Ihnen im Arbeitsablauf auf?**

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Vertikale Positionierung	Wie ist die Arbeit organisiert, strukturiert?	War das bei Ihrer Tätigkeit in Deutschland anders?
Strukturierung	Gibt es Unterschiede im <b>Umgang mit den Ärzten</b> oder Laborchefs?	
Handlungsspielraum		Wie werden Absprachen bei größeren Anschaffungen getroffen?
Selbstbezügliche Dimension der narrativen Identität	Bei welchen Entscheidungen haben Sie <b>Mitspracherecht</b> ?	Hatten Sie in Deutschland die gleichen Möglichkeiten?
	Wie schätzen Sie Ihren <b>Handlungsspielraum</b> ein?	
	Wie ist es mit der Trennung von <b>Privatem</b> und Beruflichem?	

**Leitfrage V: Was macht Ihnen an der Arbeit am meisten Spaß?**

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Verantwortung	Welche <b>Verantwortung</b> übernehmen Sie bei ihrer jetzigen Tätigkeit?	Was fordert Sie am meisten heraus?
Über-/ Unterforderung		
Zufriedenheit	Von welchen <b>Erfahrungen</b> können Sie am meisten profitieren?	
Persönlichkeitsentfaltung	Wie würden Sie ihre jetzige berufliche <b>Zufriedenheit</b> auf einer Skala von 1 bis 10 einordnen?	Was macht Sie zufrieden/ unzufrieden? Warum?
Selbstbezügliche Dimension der narrativen Identität	Wie war das in Deutschland?	



### Leitfrage VI: Welche Rolle spielt Ihre fachliche Kompetenz?

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Subjektives Arbeitshandeln	Welche <b>Kompetenzen</b> sind noch wichtig?	Welche Rolle spielen praktische und personale Kompetenzen?
Deutungsmuster	Gibt es Situationen, die nicht <b>planmäßig</b> verlaufen?	Gibt es Unvorhersehbares?
Selbstbezügliche Dimension narrativer Identität	Wie gehen Sie damit um?  Sind solche Situationen jetzt häufiger als zuvor in Deutschland?  Was sagen Sie zu der Aussage: " <u>MTLA/BMA sind Dolmetscher zwischen Mensch und Maschine?</u> "	Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern?  Gibt es Unterschiede im Umgang mit den Geräten in Deutschland und in der Schweiz?

### Leitfrage VII: Von welcher Seite bekommen Sie die meiste Anerkennung?

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Vertikale Positionierung	Für <b>was</b> erhalten Sie Anerkennung? Wie war das in Deutschland?	Welche Probleme entdecken Sie da?
Integration/Teil des Ganzen	Wie schätzen Sie generell den <b>Berufsstatus</b> ein?	Was würden Sie sich anders wünschen?
Anerkennung	Wie präsent sind die <b>Patienten</b> in Ihrem Arbeitsalltag?	
Soziale Dimension narrativer Identität	Wie sind Sie in den Arbeitsablauf ihres Hauses <b>eingebunden</b> ?	Wie sind Sie in den Diagnose-Therapie-Ablauf eingebunden?

### Leitfrage VIII: Was haben Sie beruflich noch vor?

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Perspektiven Ängste Erwartungen	Welche <b>Aufstiegchancen</b> sehen Sie? Haben Sie in der Schweiz mehr Möglichkeiten?	Was reizt Sie daran? Was hindert Sie daran?
Persönlichkeits- entfaltung	Werden <b>Weiterbildungen</b> gefördert?	Kommen Anregungen seitens des Chefs, der Kollegen?
Deutungsmuster	Würden Sie mit Ihrem heutigen Erkenntnis- und Erfahrungsstand den Beruf <b>noch einmal wählen</b> ?	Warum, warum nicht?
Temporal und selbstbezogene Dimension		

### Leitfrage IX: Wenn Sie nun eine Bilanz ziehen: Was können wir Deutsche von den Schweizern lernen?

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Möglichkeit zur Gewichtung, Korrektur, Ergänzung, Bewertung	Würden Sie es anderen auch empfehlen, in die Schweiz zu migrieren? Warum?  Was können die Schweizer von uns Deutschen lernen?  Ist Ihnen noch irgendetwas wichtig?	Wie würden Sie argumentieren?  <u>Abschluss:</u>  Ich sehe noch einmal meine Fragen durch, ob ich nichts vergessen habe!  Sind Sie bereit, dass ich Sie noch einmal anspreche, falls noch Unklarheiten sind?  Ich bedanke mich herzlich für das Gespräch!

## Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln in Anlehnung nach GAT (vgl. Kruse, 2011)

### Pausen und verlaufsstrukturelle Notationen

(.)	Mikropause bis 1 s
(2),(3),(4)	Pausen in Sekundenlänge
=	Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern
-	Wort- oder Satzabbruch
{{gleichzeitig}...}	Gleichzeitige Rede, Überschneidungen

### Akzentuierung

akzent	nicht akzentuiert, alle Buchstaben in Kleinbuchstaben
akZENT	Primärakzent, betonte Silben in Großbuchstaben dargestellt
ak!ZENT!	extra starker Akzent

### Endnotationen

?	hoch steigend
,	mittel steigend, schwebend
.	fallend
:	Dehnung

### Sonstige Konventionen

(lachen), (husten)	außersprachliche Handlung, Ereignisse, Störung
[...]	Auslassungen im Transkript
[mhm, ja]	Redebeitrag des Interviewers innerhalb des Redebeitrags des Befragten
(Name, Stadt 1)	Anonymisierung